

## FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo Nazionale: ON 1 – Accoglienza/Asilo – lett. C – Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza –  
Tutela della salute Obiettivo Specifico: 1 Asilo

**Azioni del Servizio sanitario della Regione Marche per la salute psico-fisica dei migranti forzati  
e dei minori non accompagnati – FAMI n. 2219**

# LA SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI FORZATI: COSTRUZIONE DI UN PERCORSO DI "CURA" TERRITORIALE NELLA REGIONE MARCHE

## Comunicazione e relazione interculturale

*Antonio Chiarenza, Anna Ciannameo  
AUSL-IRCCS Reggio Emilia, Università di Bologna*

17 febbraio 2021

# CONTENUTI

## ■ PRIMA PARTE:

- BARRIERE LINGUISTICO-CULTURALI
- COMPETENZA CULTURALE
- INTERSEZIONALITÀ

## ■ SECONDA PARTE:

- COMPETENZE RELAZIONALI
- SOFT-SKILLS
- COMUNICAZIONE INCLUSIVA

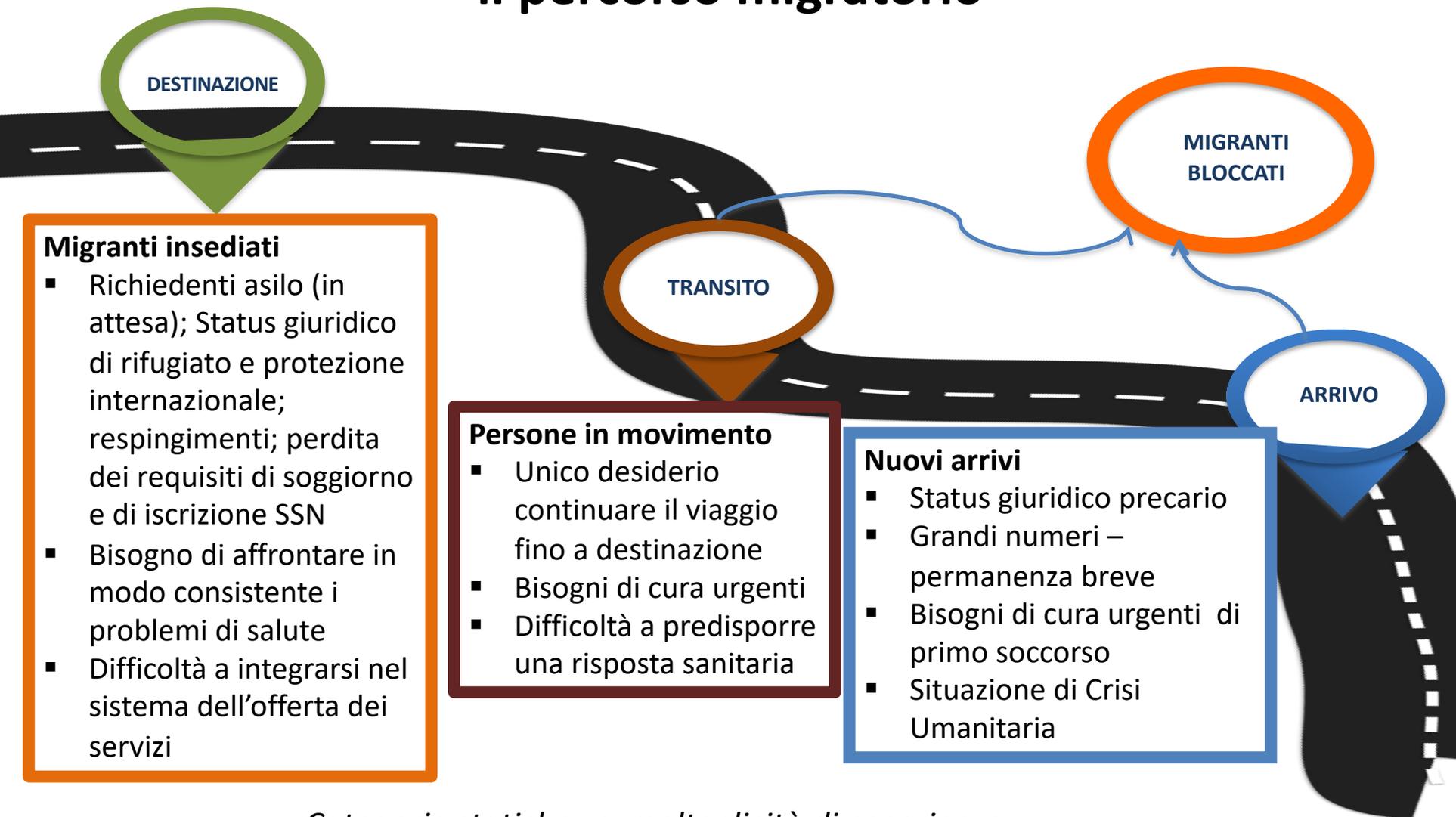
## ■ TERZA PARTE:

- SISTEMA SANITARIO CULTURALMENTE COMPETENTE

## Chi sono i nostri interlocutori (stranieri e no)?

- Adulti, famiglie, adolescenti, bambini costretti a lasciare il loro paese a causa di violazioni dei diritti umani.
- Persone che hanno vissuto eventi traumatici e subito violenze (guerre, carestie, omicidi, incarcerazioni,...)
- Persone che hanno rischiato di perdere la vita o che hanno assistito alla morte violenta di parenti o amici.
- Persone vittime di tortura, donne vittime di stupri, minori non accompagnati.
- Persone che hanno affrontato esperienze traumatiche durante il viaggio (maltrattamenti, naufragi, ..)
- Persone che hanno trovato condizioni di vita e di prima accoglienza spesso inadeguate rispetto ai bisogni di salute e salute mentale.
- ...?

# Situazioni diverse (salute e diritto all'assistenza) lungo il percorso migratorio



DESTINAZIONE

## Migranti insediati

- Richiedenti asilo (in attesa); Status giuridico di rifugiato e protezione internazionale; respingimenti; perdita dei requisiti di soggiorno e di iscrizione SSN
- Bisogno di affrontare in modo consistente i problemi di salute
- Difficoltà a integrarsi nel sistema dell'offerta dei servizi

TRANSITO

## Persone in movimento

- Unico desiderio continuare il viaggio fino a destinazione
- Bisogni di cura urgenti
- Difficoltà a predisporre una risposta sanitaria

MIGRANTI BLOCCATI

ARRIVO

## Nuovi arrivi

- Status giuridico precario
- Grandi numeri – permanenza breve
- Bisogni di cura urgenti di primo soccorso
- Situazione di Crisi Umanitaria

*Categorie statiche vs. molteplicità di esperienze*

# Principali barriere nell'accesso alle cure

**Mancanza di informazioni/Health Literacy**



## Complessità del contesto di cura

- **Diversità linguistica:** incomprensioni, fraintendimenti
- **Presupposti culturali diversi:** conflitto, stereotipi, negoziazione.
- **Relazioni interpersonali:** empatia, fiducia, atteggiamenti
- **Rapporti di ‘potere’:** diversa possibilità di partecipare alla comunicazione/negoziazione delle decisioni;
- **Mondo della sanità Vs mondo della vita:** problemi sanitari; problemi sociali, storie di migrazione (spesso problemi collegati)
- **Tempo limitato:** quali priorità? Chi/come le definisce?
- **Health literacy:** capire il linguaggio medico; esprimere i propri sintomi; scarsa conoscenza del sistema dei servizi.

Le **barriere culturali** nella **relazione di cura** hanno un impatto negativo sulla comunicazione e comprensione reciproca, ciò conduce una mancata compliance del paziente e risultati di cura non ottimali.

## BARRIERE:

- Quadri di riferimento differenti in materia di salute
- Modi diversi di intendere e di concepire la malattia
- Aspettative diverse relative alla funzione e ai comportamenti di operatore e paziente
- Esperienze negative e/o di discriminazione nei servizi

## CONSEGUENZE:

- Non considerare che diverse concezioni di salute e di percepire la malattia hanno un impatto sulla salute e sulla richiesta di cura
- Mancanza di fiducia da parte del paziente e pregiudizi da parte dell'operatore sanitario
- Non riuscire a negoziare una soluzione che permetta la realizzazione di un percorso di cura sicuro ed efficace

# Fattori che influenzano la comunicazione operatore- paziente

## MESSAGGIO

**PAZIENTE**

Formulazione  
Comprensione



Comprensione  
Formulazione

**OPERATORE**

- Competenza linguistica
- Competenza interculturale
- Atteggiamento
- Relazione interpersonale



- Competenza linguistica
- Competenza interculturale
- Atteggiamento
- Relazione interpersonale

Ha difficoltà a riferire sui sintomi e sul problema di salute percepito.

Non riceve informazioni chiare e complete riguardo alla sua salute.

## CONTESTO DELLA COMUNICAZIONE

**Fraintendimenti e incomprensioni**

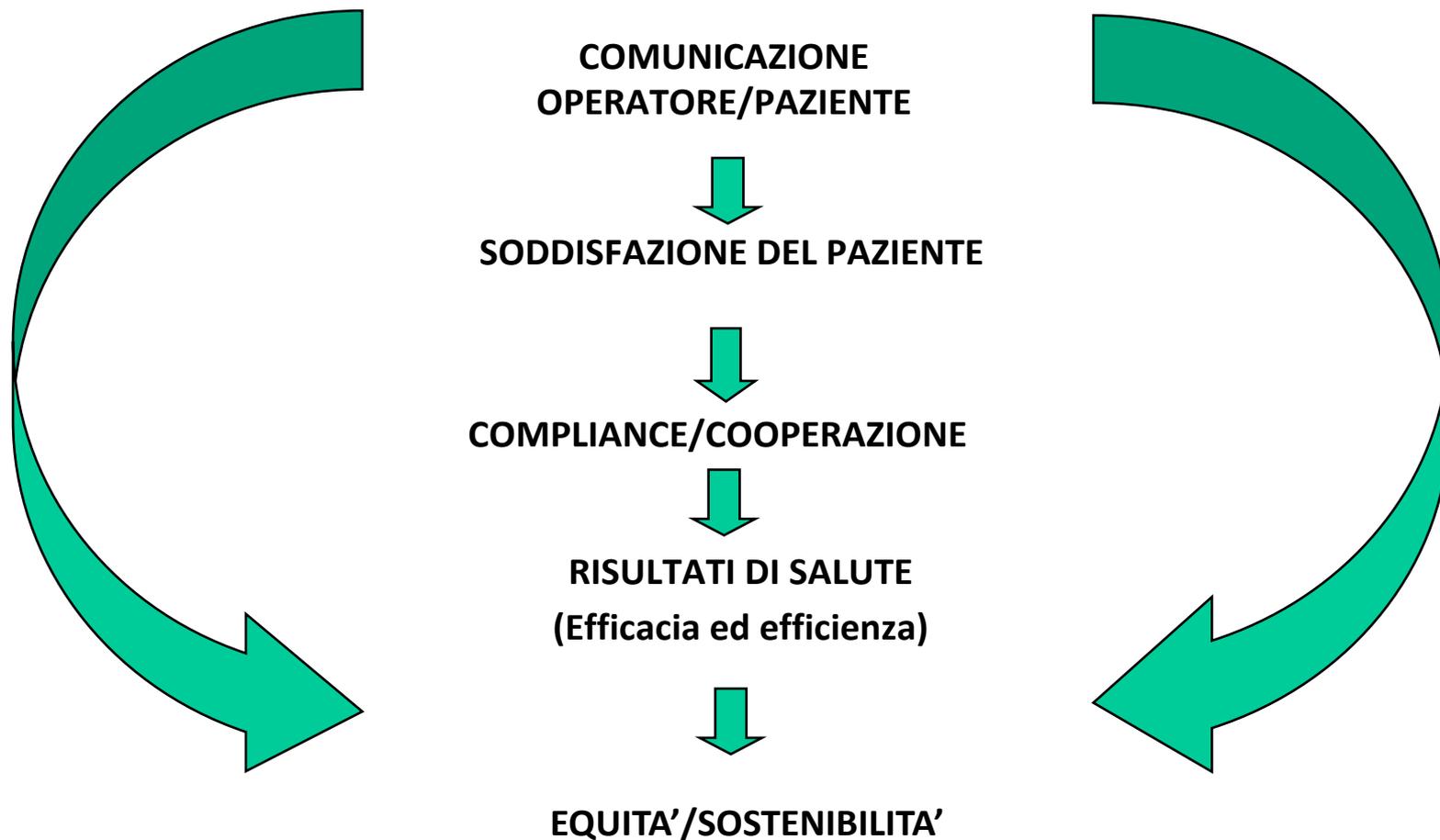
Non riesce a cogliere il tipo di spiegazione e le cause del problema

Ha difficoltà a definire una diagnosi e trattamento adeguati.

## Barriere linguistico-culturali

- Frequenti problemi di comunicazione e alto tasso di fraintendimenti / incomprensioni
- Limitazioni nell'accesso ed uso inappropriato ai servizi
- Livelli inferiori nella qualità delle cure e dell'assistenza
- Risultati di salute peggiori

# Come si collega la comunicazione ai risultati di salute?



**Per superare le barriere nella relazione di cura  
(promozione della salute)  
è necessario sviluppare specifiche  
«competenze culturali»**

- **Cosa vuol dire competenza culturale?**
  - ✓ **Cosa vuol dire cultura?**
  - ✓ **Cosa vuol dire competenza?**

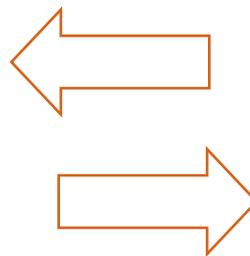
*Cross, et al. (1989). Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*

# Brainstorming

**Cosa pensate che  
sia la cultura?**

Oggi la cultura è pensata come un processo intersoggettivo di attribuzione di significato alla realtà e di formazione dell'esperienza personale della stessa.

*La cultura non è soltanto qualcosa che "abbiamo" in quanto membri di un gruppo ....*



*... è anche qualcosa che "facciamo" nell'interazione sociale.*

# Cultura: la metafora dell'iceberg



**CIÒ CHE SI VEDE**  
*COMPORAMENTO*  
«Il modo in cui facciamo  
le cose»

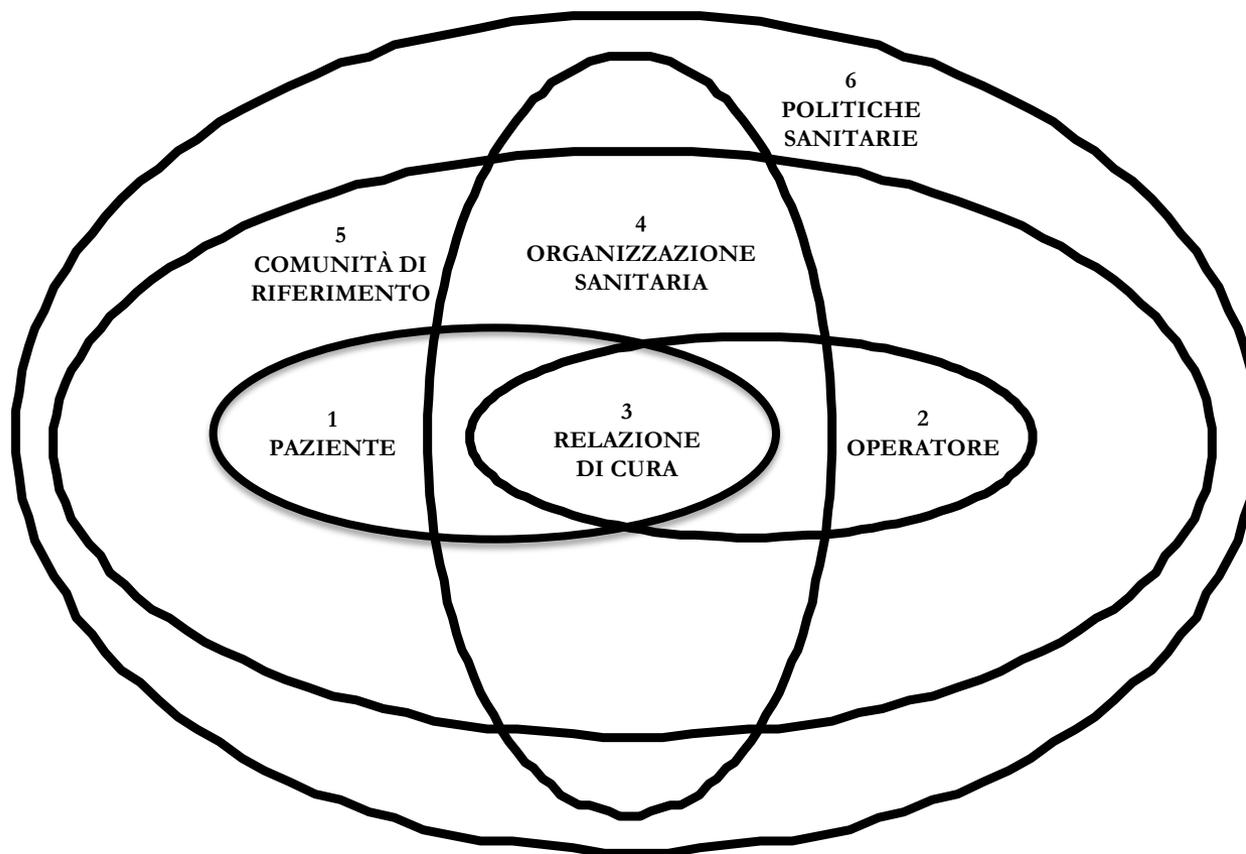
**CIÒ CHE NON SI VEDE**  
*VALORI*  
«perché facciamo le cose  
in un certo modo»

I nostri valori hanno un  
impatto inconsapevole sul  
nostro comportamento

## Cosa vuol dire competenza culturale?

- **Cultura** = sistema complesso e **dinamico** che comprende il modo di pensare, di agire, di comunicare, la lingua, le tradizioni, regole di comportamento di un gruppo sociale/etnico.
- **Competenza** = capacità di agire in modo efficace
- **Competenza culturale** si riferisce alla capacità di agire efficacemente come **professionista** e come **organizzazione** in un **contesto pluriculturale** dove interagiscono persone con valori, credenze e comportamenti diversi.

# Ecologia di un sistema di cura





nuovaricerca.agenziaresearch



<https://www.youtube.com/watch?v=ZYZxgmHHPgQ>

## «Cultura»: potenzialità e limiti 1 di 2

- La competenza culturale si è basata a lungo sulla idea che la cultura potesse essere ridotta a una abilità tecnica su cui gli operatori sanitari possono essere formati. (Kleinman & Benson, 2006).
- Le culture vengono ancora rappresentate come statiche senza tenere conto delle trasformazioni all'interno di ogni cultura (Williams, 2006)
- Rappresentazioni semplicistiche delle culture rischiano di creare stereotipi ed ETICHETTARE gli individui con modelli preconcati di credenze e comportamenti (Johnson & Munch, 2009).

## ‘BINOCOLI’ CULTURALI

Ognuno di noi ha determinate percezioni di se stesso, dell’ambiente in cui vive, degli altri.

### IMMAGINI MENTALI

Es. percezioni delle altre culture nazionali

- I tedeschi sono puntuali
- I francesi sono eleganti
- I norvegesi amano la natura
- Gli italiani ?
- I nigeriani?
- I marocchini?
- I cinesi?
- ....

### STEREOTIPI

Queste percezioni sono chiamate stereotipi

- Spesso non corrispondono alla realtà
- Sono dei luoghi comuni
- Sono generalizzazioni
- Non sono basate su esperienze dirette
- Sono un modo per catalogare le persone, che influenza il modo con cui interagiamo con gli altri ‘diversi’ da noi

## «Cultura»: potenzialità e limiti 2 di 2

- La cultura è spesso presentata come un concetto che appartiene solo all'*altro* (*straniero*), come se gli operatori sanitari non ne avessero una. È l'*altro* ad essere (o ad avere) il problema. (Chiarenza, 2012; Quaranta & Ricca, 2012)
- Il contenuto dei corsi di formazione è spesso centrato sulla trasmissione di conoscenze riguardo le caratteristiche culturali dei gruppi etnici (Adams, 1995).
- Focalizzare l'attenzione sulle differenze culturali ha distolto l'attenzione dal ruolo dei fattori socio-economici nel determinare lo stato di salute. (Simon and Mosavel, 2008) .

# Necessità di ridefinire il concetto di competenza culturale

## Il mutato contesto della competenza culturale:

- Il recente fenomeno migratorio ha reso evidente che l'attenzione alla **diversità culturale** e l'identità etnica non sono sufficienti a esprimere i bisogni della popolazione immigrata.
- L'idea stessa di differenza è cambiata per includere **altre dimensioni** della differenza come status giuridico, livello di diritti e di inclusione, storia d'immigrazione, genere, età, condizione socio-economica. (“Super-diversity» - Vertovec, 2008)
- **Diversità all'interno dei gruppi.** Le persone non appartengono solo a un gruppo sociale, ma a molti (per provenienza geografica, genere, età, stato sociale, abilità fisica, orientamento sessuale, ...).
- Non ci sono “bisogni culturali specifici”, poiché i bisogni delle persone sono espressi dall'**intersezione di molte differenze** (origine geografica, genere, età, stato socio-economico, etc).

# Dalla competenza culturale alla sensibilità alle differenze

## Competenza culturale

- ✓ Attenzione alla consapevolezza di abitudini, credenze ed esigenze a valenza culturale specifica.

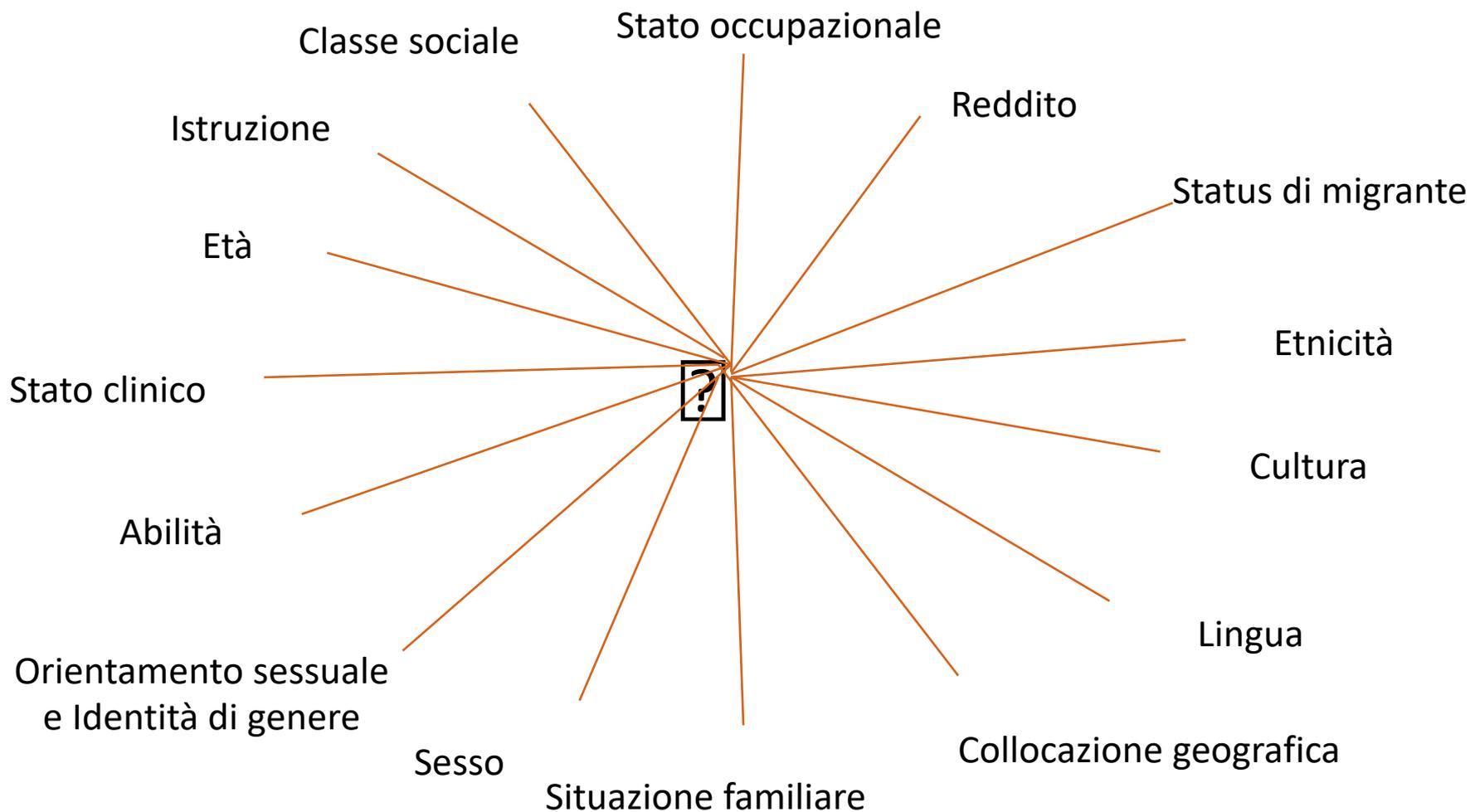
## Competenza interculturale

- ✓ Attenzione all'interazione intersoggettiva e al dialogo tra culture differenti.

## Sensibilità alle differenze

- ✓ Attenzione alla consapevolezza delle molteplici diversità e del carattere intersezionale delle diseguaglianze sociali

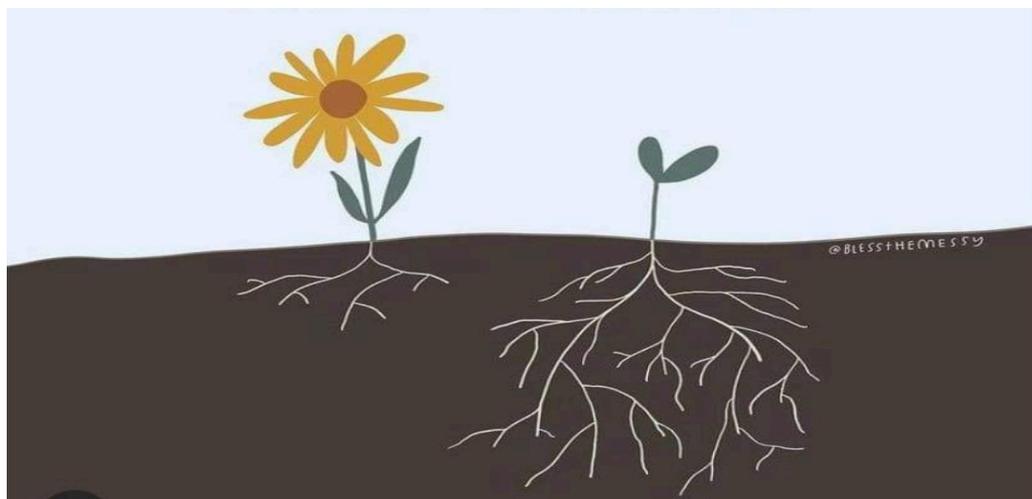
# Intersezionalità: diverse dimensioni dell'identità

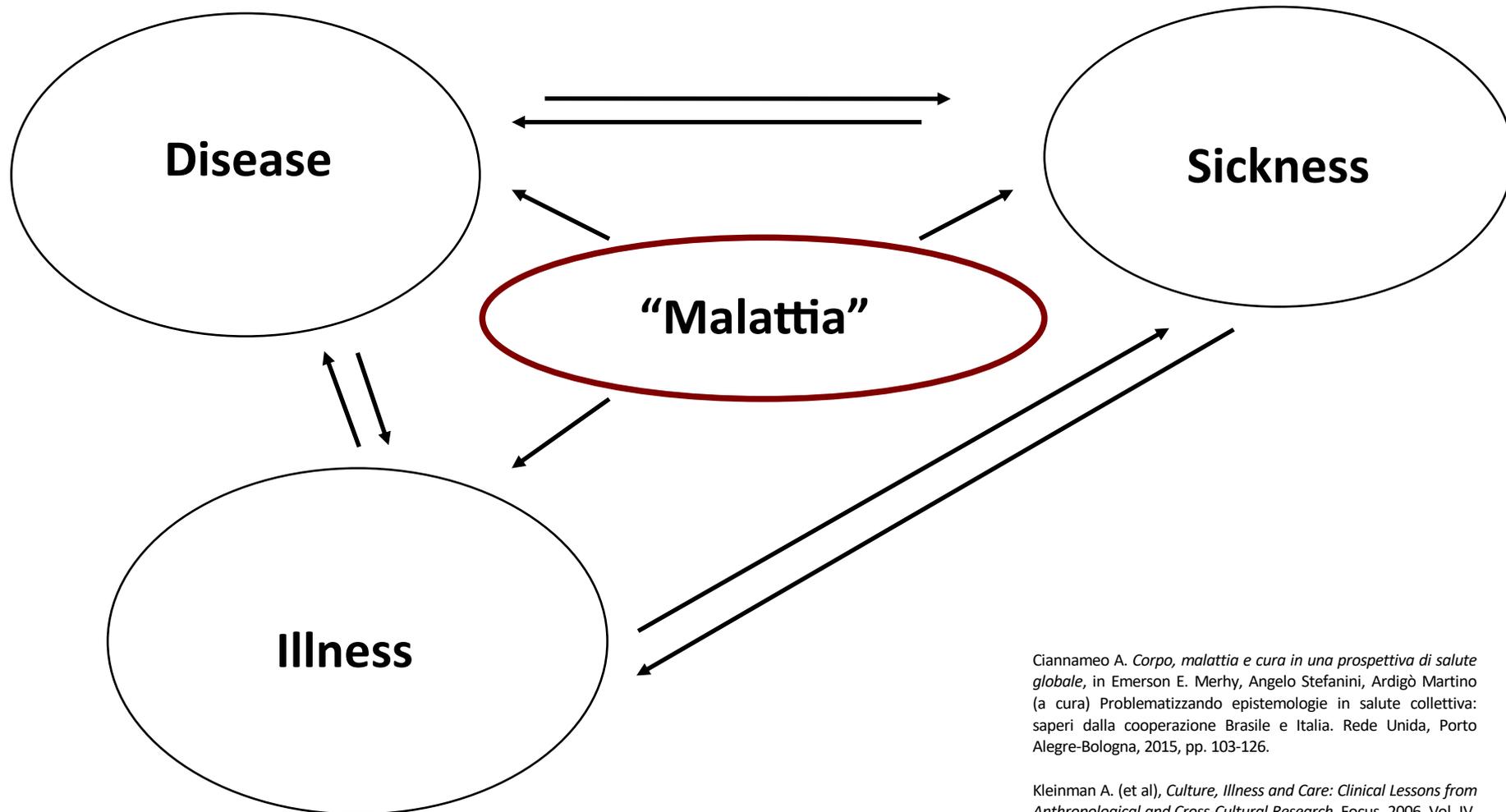


## Intersezionalità: punti chiave

- Si deve comprendere come il genere, cultura, classe sociale, disabilità e altri aspetti dell'identità interagiscono su più livelli spesso simultaneamente determinando **diseguaglianze** sociali in modo sistematico. *(Yuval-Davis, 2006)*
- Quando parliamo di gruppi vulnerabili si deve prendere in esame l'intersezione di forme multiple di **discriminazione**, ed i fattori che le hanno determinate *(FRA, European Union Agency of Fundamental Rights, 2013)*
- Quando parliamo di immigrati dobbiamo includere più **dimensioni della diversità**: non solo cultura e lingua, ma anche status d'immigrazione, diritto alle cure, durata della residenza, genere, età, e stato socioeconomico. *(Marmot et al., 2010; Jayaweera, 2010)*

## PARTE SECONDA: RELAZIONE INTERCULTURALE, RELAZIONE DI CURA





Ciannameo A. *Corpo, malattia e cura in una prospettiva di salute globale*, in Emerson E. Merhy, Angelo Stefanini, Ardigò Martino (a cura) *Problematizzando epistemologie in salute collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia*. Rede Unida, Porto Alegre-Bologna, 2015, pp. 103-126.

Kleinman A. (et al), *Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research*, Focus, 2006, Vol. IV, n.1.

## Disease

Malattia interpretata clinicamente come alterazione nella struttura o nel funzionamento dell'organismo bio-psicologico;  
deviazione da parametri numerici di riferimento che tracciano oggettivamente una linea tra quel che è normale o patologico

## Illness

Esperienza soggettiva del malessere, vissuto del disagio,  
stato di sofferenza così come è percepito da chi soffre.

Idea personale di benessere;  
percezione di (in)soddisfazione rispetto a “come” ci si vorrebbe  
sentire.

*Modelli sociali e codici culturali definiscono la ‘normalità’ e ciò a  
cui si aspira.*

## L'incontro terapeutico prevede differenti costruzioni culturali della realtà clinica

### Disease:

Aderenza al trattamento  
immaginata come azione  
coerente e razionale rispetto alle  
prescrizioni degli operatori

- ✓ promozione di atteggiamenti  
“corretti”:
- ✓ informare
- ✓ educare
- ✓ motivare
- ✓ responsabilizzare

### Illness:

L'esperienza di malattia e l'itinerario  
terapeutico si inseriscono in un più  
ampio momento biografico, in un  
preciso momento di vita, di ruoli  
sociali, di limitazioni economiche e in  
cui gli atteggiamenti e le scelte  
quotidiane dipendono da una fitta  
trama di relazioni.

**La non aderenza non è un  
comportamento irrazionale o  
irresponsabile o autonomamente  
assunto.**

## Sickness

Costruzione / Produzione sociale della malattia

Alcuni esempi:

- Omosessualità come malattia
- Patologie infettive come oggetto di biasimo
  - Isteria femminile
  - Patologie associate a condizioni di lavoro (es. associazione tra precarietà e infortuni)

Fattori che non dipendono dalla volontà personale o da scelte 'libere' ma da fattori strutturali

## Illness, Disease, Sickness



Esperienza soggettiva del  
malessere



Alterazione organica



Significato  
sociale/Costruzione sociale  
dello star male

## La comunicazione è parte essenziale della relazione operatore-paziente:

- motivi della visita
- anamnesi
- diagnosi e prognosi
- istruzioni terapeutiche
- informazione per il consenso
- motivazione dei pazienti al trattamento
- trattamento dei problemi di salute

- La comunicazione  
nella relazione operatore-paziente  
è sempre un processo interculturale  
(che ci siano pazienti stranieri o meno)
- Una buona comunicazione ha ricadute  
terapeutiche

## **Quando il personale sanitario ha buone competenze comunicative e relazionali, aumenta la capacità dei pazienti di:**

- attenersi alle raccomandazioni
- gestire in modo autonomo le malattie
- adottare comportamenti di prevenzione

## **La capacità dell'operatore di spiegare, ascoltare e manifestare comprensione influenza:**

- risultati dell'assistenza
- esperienza e soddisfazione del paziente

# Una buona relazione di cura

## Richiede competenze trasversali (Soft-skills):

- ✓ **Comunicazione inclusiva**
  - Abilità nello spiegare, nell'ascolto, nell'empatia
- ✓ **Consapevolezza delle proprie pratiche culturali**
  - Evitare generalizzazioni e stereotipi; capacità di riflettere sui propri atteggiamenti (culturali)
- ✓ **Competenza interculturale**
  - Capacità di definire insieme all'altro problemi e circostanze, di cercare soluzioni condivise e soddisfacenti per entrambi, di evitare possibili fraintendimenti e conflitti, di negoziare
- ✓ **Capacità di lavorare in team**
  - Saper condividere lo spazio di cura rispettando ruoli, competenze, visioni dei colleghi/e

## Facilitare la comunicazione

Una buona comunicazione richiede competenze relazionali. Queste competenze riguardano una doppia dimensione della relazione:

- *Relazione inter-personale* (me e gli altri)
- *Relazione intra-personale* (me e me stesso)

## ▪ Dimensione inter-personale

- ✓ Comunicazione verbale
- ✓ Comunicazione non verbale
- ✓ Ascolto attivo e riflessivo

***Affinché la comunicazione sia efficace, non è sufficiente la conoscenza della lingua comune***

## Comunicazione verbale

- Manifestare interesse mediante il tono di voce, non distrarsi o interrompere.
- Feedback: chiarimenti, conferme, smentite etc.
  - ✓ segni di ricezione (*si, mhm, aha* etc.), riformulare il messaggio per ottenere conferma della propria interpretazione ed evitare fraintendimenti
  - ✓ evitare di esprimere critiche e giudizi di valore
  - ✓ fare domande per chiarimenti

## Comunicazione non verbale

- Attraverso il proprio corpo è possibile incidere positivamente sulla comunicazione con il paziente:
  - ✓ Sorridere
  - ✓ Mantenere il contatto visivo
  - ✓ Utilizzare un tono di voce espressivo
  - ✓ Annuire
- Attraverso l'osservazione dei segni corporei nel paziente è possibile comprendere il suo grado di comprensione, soddisfazione, timore etc.

## Ascolto come processo attivo e riflessivo

*“Ascoltare vuol dire capire ciò che l’altro non dice” (C. Rogers)*

- Empatia come meccanismo affettivo:
  - ✓ (tentativo di) considerare la situazione dal punto di vista dell'interlocutore e le emozioni che prova
  - ✓ (tentativo di) non separare il problema dalla persona

- **Dimensione intra-personale della relazione:**
  - ✓ **ascolto delle proprie emozioni** per una maggiore consapevolezza dello stato d'animo altrui
  - ✓ **rethinking e decentramento** per una riflessione sui propri atteggiamenti

## Consapevolezza emotiva

- Le emozioni sono costantemente in atto, più e meno consapevolmente
- Le emozioni incidono su pensieri, comportamenti e azioni dell'operatore
- La capacità di ascolto delle proprie emozioni contribuisce a rafforzare una motivazione personale
- L'auto-consapevolezza delle proprie emozioni contribuisce a comprendere le emozioni altrui
- Ciò contribuisce sulla capacità di fornire pratiche assistenziali più efficaci

## Re-thinking

- Nell'interazione possono 'agire' pensieri e pratiche 'automatiche' che, anche inconsapevolmente, possono condizionare i propri atteggiamenti (stereotipi etc).
- Per individuare le dissonanze tra pensiero automatico e riflessione è utile fare esercizi di ripensamento (re-thinking) di situazioni vissute in chiave migliorativa.

## Decentramento

Prendere distanza da sé, riflettere su se stessi come portatori di cultura (emozioni, modelli familiari, professionali, norme, valori etc)

- Analizzare circostanze specifiche
- Riflettere sui propri presupposti
- Diffidare delle prime impressioni
- Tentare di riconoscere le matrici dei propri comportamenti, reazioni, pratiche
- Riflettere sulle esperienze altrui
- Considerare l'altro come pari, nella legittimità dei punti di vista e dei bisogni/domande/desideri
- Ipotizzare, in chiave migliorativa, cosa e come si sarebbe potuto fare in modo diverso.

**Tra le abilità comunicative e relazionali c'è il saper creare le condizioni affinché il paziente elabori la propria esperienza ed esprima i suoi significati**

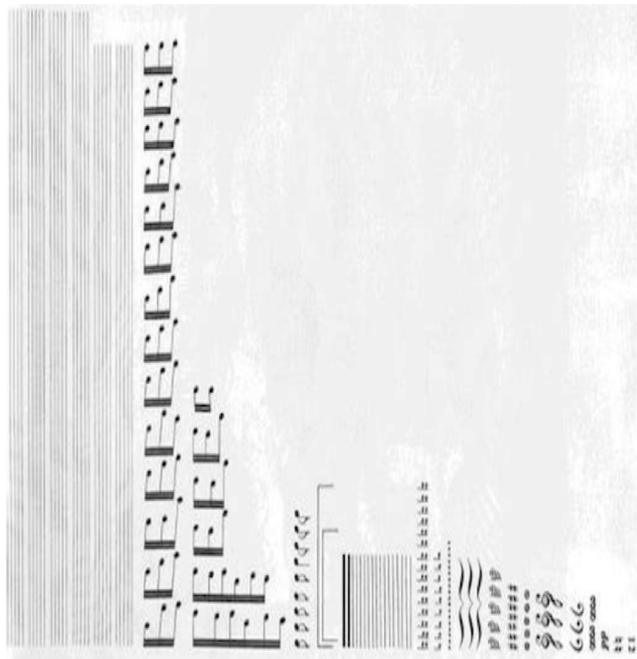
## Approccio biografico-narrativo

- Sollecitare nel paziente il racconto della circostanza che sta vivendo (esperienza di malattia o sofferenza o inquietudine) tentando di “agganciarla” ad altri eventi del più ampio contesto di vita.
- E’ un processo di ripensamento che favorisce, nel paziente, l’emersione dei significati personali.
- Questo processo permette di elaborare una nuova consapevolezza e nuove competenze rispetto alla propria condizione : «*rimettere in fila*».

## Approccio biografico-narrativo

Questo approccio intende, tra le altre cose, superare un limite ancora diffuso: fornire informazioni senza negoziazione o coinvolgimento dell'altro.

Per migliorare l'effetto delle informazioni, bisogna comprendere come la persona stessa percepisca certi temi.



***Narrazione dell'esperienza di malattia***

# Attività: “Competenze intrapersonali”

## Compito individuale

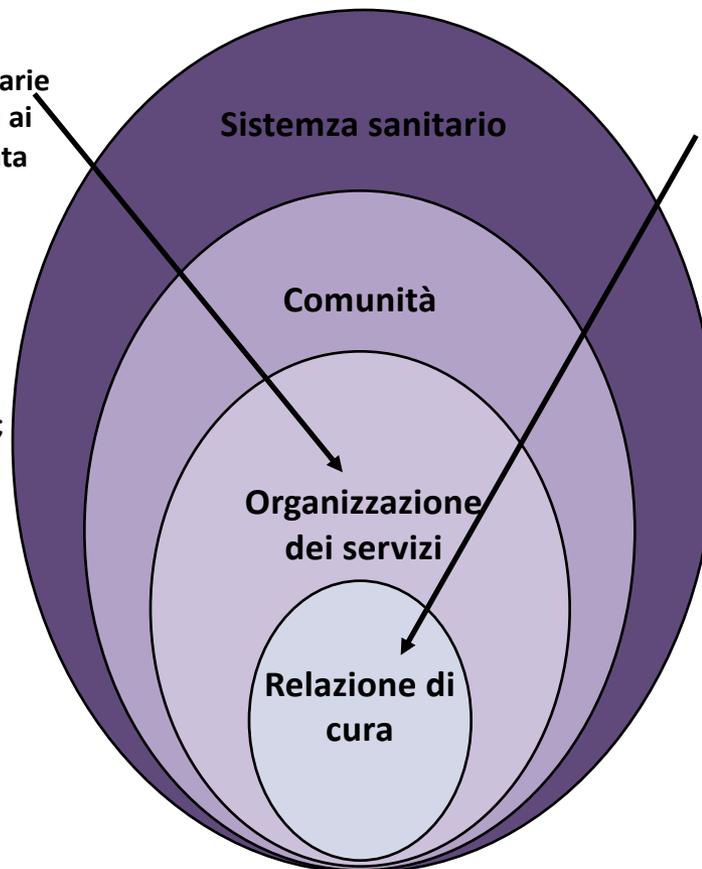
1. Pensate a una situazione difficile che vi è capitata in ambito lavorativo ed analizzatela considerando i vostri pensieri e le vostre emozioni.
2. Perché considerate difficile questa situazione? Spiegate lo individuando tre caratteristiche che la rendono una situazione difficile da gestire per voi:
  - ...
  - ...
  - ...
3. Come avete gestito questa situazione?
4. Come vi siete sentiti in seguito?
5. Come credete si sia sentito il paziente in seguito?

# PARTE TERZA: Sistema sanitario culturalmente competente

## Nell'organizzazione:

Capacità delle organizzazioni sanitarie di rendere i propri servizi adeguati ai bisogni della popolazione immigrata

- Politiche aziendali attente alla diversità culturale della popolazione di riferimento
- Disponibilità di servizi di mediazione-linguistica e culturale;
- Formazione continua degli operatori sulla competenza culturale
- Monitoraggio della qualità dell'assistenza per i pazienti immigrati
- Coinvolgimento delle comunità immigrate nella identificazione delle priorità e miglioramento dei servizi



## Nella relazione col paziente:

Capacità dell'operatore di colmare le differenze culturali per costruire una relazione efficace con il paziente:

- Riconosce e rispetta i valori, le concezioni di salute, le preferenze e i bisogni del paziente
- Conosce aspetti delle diverse culture
- Costruisce un rapporto di fiducia
- Ricerca un terreno comune di senso
- È consapevole dei propri pregiudizi e assunti culturali
- È consapevole delle condizioni svantaggiate e delle discriminazioni cui sono spesso soggetti i gruppi di immigrati

(adattato da Beach et al. 2006)

# Come diventare culturalmente competenti?

Per l'**operatore** diventare *Culturalmente Competente* significa ingaggiarsi in un **percorso formativo** per acquisire :

- Consapevolezza riguardo le differenze culturali, come fondamento della pratica assistenziale (**Sensibilità**);
- Conoscenza delle culture, quindi delle caratteristiche culturali, dei valori e delle credenze di un particolare gruppo di popolazione (**Conoscenza**);
- Capacità di utilizzare queste conoscenze/consapevolezza nella pratica assistenziale (**Abilità**).

Per le **organizzazioni sanitarie** diventare CC implica l'acquisizione **di determinati elementi**:

- Servizi di **mediazione linguistico-culturale** per garantire la comunicazione efficace con pazienti che hanno scarsa conoscenza della lingua nazionale;
- **Percorsi formativi strutturati** per sviluppare la competenza culturale degli operatori
- **Servizi adeguati** alle caratteristiche etno-culturali della popolazione immigrata (es. Ambulatori per migranti; percorsi specifici per le donne immigrate,...)

# FAVORIRE IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO

## Principali ostacoli

- Mancanza di un approccio strategico a livello della direzione aziendale
- Servizi e processi non sempre adeguati alla diversità
- Barriere organizzative e burocratiche
- Mancanza di strumenti di valutazione della qualità dei servizi ed efficacia degli interventi
- Mancanza di dati e informazioni riguardo alla salute e modalità di accesso dei migranti

## Raccomandazioni

- Programmazione aziendale: piano delle azioni, allocazione risorse,
- Specifici servizi: mediazione culturale, traduzioni, menu in lingua, ..
- Adattamento dei percorsi assistenziali e dimissioni protette per i gruppi più vulnerabili
- Adottare standard di misurazione e monitoraggio della qualità/equità dei servizi e interventi
- Ricerca e Monitoraggio: profili di salute degli immigrati, accesso ai servizi
- Sviluppare reti e forme di collaborazione nel territorio (alleanze e partnership)

## Principali strategie d'intervento

- **Programmi e servizi per garantire il diritto alle cure** (*assistenza STP, rifugiati, chiedenti asilo*)
- **Servizi di mediazione linguistica e culturale** (*ridurre le barriere linguistiche e comunicative*)
- **Interventi informativi ed educativi rivolti a utenti e cittadini** (*Migliorare le conoscenze e la fruibilità dei servizi*)
- **Interventi formativi efficaci e continuativi del personale** (*Garantire la qualità delle cure e la rispondenza ai bisogni*)
- **Favorire il cambiamento organizzativo** (*adattamento dei processi e dei servizi*)
- **Favorire il coinvolgimento e la partecipazione.** (*Incontri con le comunità, Servizi di prossimità*)
- **Approccio di sistema / continuità delle cure** (*Rete di servizi, Protocolli d'intesa*)



nuovaricerca.agenziaries



Informazioni e documenti  
Anna Ciannameo  
anna.ciannameo2@unibo.it