International journal of migration studies

STUDI EMIGRAZIONE

rivista trimestrale del

CENTRO STUDI EMIGRAZIONE
ROMA

Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire
a cura di SALVATORE GERACI, BIANCA MAISANO e MARCO MAZZETTI

PRENCIPE / La salute: un diritto per tutti. GERACI - MAISANO - MAZZETTI / Migrazione e salute. Un lessico per capire. GERACI / La medicina delle migrazioni in Italia. Un percorso di conoscenza e di diritti. MAISANO / La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità. GERACI - BAGLIO - DE BENEDICTIS - MAZZETTI / Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri. MARCECA - GERACI - MAZZETTI / Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni. Note a margine di una decennale esperienza. MAZZETTI / Migrazioni, cultura e salute. MAZZETTI / Tra due culture: la crescita dei bambini stranieri in Italia. EL-HAMAD - SCARCELLA - PEZZOLI - SCOLARI - GERACI / Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. TARSITANI - ARAGONA - MARTINELLI - COLOSIMO - MAISANO - GERACI / Un disagio nascosto: le somatizzazioni negli immigrati. ANTONELLI - PEZZOLI - SCARCELLA - MAZZETTI - EL-HAMAD / Ricerca sul disagio psico-sociale negli immigrati afferenti al Centro di salute internazionale dell'Asl di Brescia.

157

Poste Italiane S.p.A. – Spedizione in Abb. Postale – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, DCB Roma

Rivista trimestrale di ricerca, studio e dibattito sul fenomeno migratorio

Il Centro Studi Emigrazione di Roma (CSER) è un'istituzione con finalità culturali sorta nel 1963 per promuovere "la puntualizzazione e l'approfondimento dei problemi relativi al fenomeno migratorio". Il CSER fa parte della Federazione dei Centri Studi per le migrazioni "G.B. Scalabrini".

Comitato scientifico: Graziano Battistella, Gabriele Bentoglio, Anna Maria Birindelli, Paolo Bonetti, Corrado Bonifazi, Pietro Borzomati, Raimondo Cagiano de Azevedo, Claudio Calvaruso, Renato Cavallaro, Vincenzo Cesareo, Antonino Colajanni, Marcello Colantoni, Paola Corti, Tullio De Mauro, Velasio De Paolis, Giuseppe De Rita, Fernando Devoto, Emilio Franzina, Luigi Frey, Salvatore Geraci, Graeme Hugo, Russel King, Francesco Lazzari, Maria Immacolata Macioti, Lélio Marmora, Marco Martiniello, Antonio Messia, Italo Musillo, Bruno Nascimbene, Desmond O'Connor, Antonio Paganoni, Gaetano Parolin, Franco Pittau, Maffeo Pretto, Enrico Pugliese, Mauro Reginato, M. Beatriz Rocha-Trindade, John Salt, Franco Salvatori, Matteo Sanfilippo, Ricciarda Simoncelli, Salvatore Strozza, Francesco Susi, Graziano Tassello, Enrico Todisco, Lydio Tomasi, Luciano Trincia, Massimo Vedovelli, Stefano Zamagni, Laura Zanfrini, Eugenio Zucchetti.

Direttore responsabile: Lorenzo Prencipe

Comitato editoriale: Matteo Sanfilippo (coordinatore), Laura Camerini, Sabina Eleonori, Mariella Guidotti, Antonietta Tosoni.

Direzione: Via Dandolo 58 - 00153 Roma - Tel. 06.58.09.764 - Fax 06.58.14.651
E-mail: studiemigrazione@cser.it - Web site: http://www.cser.it

Abbonamento 2005	Italia	48 €
	Estero	55 €

Dopo un anno un fascicolo si considera arretrato e costa il doppio.

I versamenti in euro vanno intestati a Centro Studi Emigrazione (specificare la causale)
- Conto BancoPosta n. 57678005
- Banco di Sicilia, Ag. 3, Viale Trastevere 95 - 00153 Roma c/c n. 600000884
  Per l'Italia - BBAN: J 01020 03203 00600000884
  Per l'Estero - IBAN: IT18 J010 2003 2030 0060 0000 884
  BIC: BSICITR1335

I riassunti dei saggi della rivista sono pubblicati in "Historical Abstracts" ABC-Clio, "Sociological Abstracts", "Review of Population Reviews" CICRED, "Population Index", "International Migration Review", "Bulletin analytique de documentation politique économique et sociale contemporaine", "International Migration", "PAIS Foreign Language Index".

Autorizzazione del Tribunale di Roma, 26 febbraio 1964, n. 9677
Iscrizione al Registro Nazionale della Stampa, 8 ottobre 1982, n. 00389
Numero iscrizione nel R.O.C.: 6533
Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abb. Postale - D.L. 353/2003
(Conv. In L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma

Associato all'USPI - Unione Stampa Periodica Italiana

STUDI EMIGRAZIONE MIGRATION STUDIES

rivista trimestrale — quarterly journal

CENTRO STUDI EMIGRAZIONE - ROMA

ANNO XLII - MARZO 2005 - N. 157

SOMMARIO

Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire

a cura di S. GERACI, B. MAISANO, M. MAZZETTI

3 – La salute: un diritto per tutti, *Lorenzo Prencipe*

7 – Migrazione e salute. Un lessico per capire, *Salvatore Geraci, Bianca Maisano, Marco Mazzetti*

53 – La medicina delle migrazioni in Italia. Un percorso di conoscenza e di diritti, *Salvatore Geraci*

75 – La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità, *Bianca Maisano*

87 – Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri, *Salvatore Geraci, Giovanni Baglio, Anna De Benedictis, Marco Mazzetti*

105 – Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni. Note a margine di una decennale esperienza, *Maurizio Marceca, Salvatore Geraci, Marco Mazzetti*

117 – Migrazioni, cultura e salute, *Marco Mazzetti*

125 – Tra due culture: la crescita dei bambini stranieri in Italia, *Marco Mazzetti*

133 – Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione, *Issa El-Hamad, Carmelo Scarcella, Maria Chiara Pezzoli, Carla Scolari, Salvatore Geraci*

153 – Un disagio nascosto: le somatizzazioni negli immigrati, *Lorenzo Tarsitani, Massimiliano Aragona, Barbara Martinelli, Francesco Colosimo, Bianca Maisano, Salvatore Geraci*

169 – Ricerca sul disagio psico-sociale negli immigrati afferenti al Centro di salute internazionale dell'Asl di Brescia, *Silvia Antonelli, Maria Chiara Pezzoli, Carmelo Scarcella, Marco Mazzetti, Issa El-Hamad*

183 – *Indicazioni bibliografiche*

199 – *Recensioni e segnalazioni*

Coordinatore editoriale: Matteo Sanfilippo

© - Centro Studi Emigrazione - Roma 2005

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

La salute: un diritto per tutti

La situazione europea circa l'accesso dei migranti alla protezione sanitaria è abbastanza critica. Nel 2000, la Commissione dei migranti, dei rifugiati e della demografia dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa rilevava che in numerosi paesi europei i migranti, soprattutto quelli in situazione irregolare, non erano coperti dai servizi medici e sociali oppure non beneficiavano di servizi medici socialmente e culturalemente adatti ai loro bisogni.

Con questa situazione, che accomuna la maggiornaza dei paesi europei, è abbastanza comprensibile perché si parla poco della salute degli immigrati e, in genere, se ne vorrebbe parlare sempre meno.

L'argomento, infatti, è "classificato" come tema a rischio, perché ritenuto capace di favorire il discorso xenofobo sul "pericolo" rappresentato dalle popolazioni straniere di diffondere ogni sorta di malattia infettiva e sui "costi", giudicati eccessivi e non dovuti, che le loro cure produrrebbero sul sistema sanitario nazionale.

Nei nostri paesi, non sono rari gli allarmi del tipo: *"il flusso incontrollato d'immigrazione verso l'Europa può diffondere malattie infettive"*, *"con gli immigrati più rischio-infezioni"*. Allarmi tali da causare proposte come: *"vaccinare tutti gli stranieri"*, anche contro la malaria per la quale non c'è vaccino o contro la thalassemia mediterranea che è una malattia genetica non infettiva.

L'immigrato, portatore di virus, diventa così un utile "oggetto propagandistico" (per politici, media e opinione pubblica), perché corrisponde sia alla necessità di trovare un capro espiatorio, sia all'esigenza di ripresentare in termini "più politicamente corretti" il razzismo di una volta.

In realtà, l'immigrazione non modifica significativamente il rischio di salute pubblica. E' l'immigrato, invece, ad essere a rischio, per le condizioni di emarginazione che spesso trova nei paesi di accoglienza: tubercolosi, infezioni alle vie respiratorie o all'apparato digerente sono spesso la conseguenza della scarsa qualità delle abitazioni, della cattiva alimentazione, delle condizioni di lavoro.

E' questa la ragione per cui per parlare di precarietà sanitaria bisogna, soprattutto, parlare di produzione di disugualianze e di processi generali di fragilizzazione di cui le cattive condizioni di salute sono spesso la conseguenza.

Ora, gli stranieri e gli immigrati, pur condividendo con la popolazione autoctona lo stesso rischio di precarietà, ne sono toccati in maniera specifica. Infatti, le difficoltà economiche generali, la crisi del mercato del lavoro legale e la disoccupazione, oltre alle difficoltà, sempre più accentuate, di accedere all'alloggio (sia privato che sociale), riguardano particolarmente stranieri ed immigrati che vivono così una specifica situazione di vulnerabilità.

Tali fenomeni d'esclusione, di discriminazione e di precarietà hanno inevitabili ripercussioni sulla salute fisica e psichica; ripercussioni che assumono al forma di sentimenti di paura, di colpevolezza, di frustrazione, di negazione di sé e che sono causa di svariati disturbi mentali.

Questa realtà generalizzata di fragilità e di vulnerabiltà richiede così una rivisitazione di certi modelli descrittivi della "salute degli immigrati"; modelli che si limitavano spesso ad una ripartizione meccanica delle "malattie" in «patologie d'importazione», «patologie d'acquisizione» e «patologie d'adatamento»...

E' sempre più urgente prendere in considerazione i meccanismi e le logiche generatrici dei problemi ai quali sono confrontati gli immigrati, specialmente nelle loro dimensioni socio-economiche e socio-politiche.

Quest'approccio permetterebbe, infatti, di superare ciò che Michel de Certeau definiva «*la passività delle appartenenze*» e non avrebbe solo lo scopo di produrre conoscenze, ma soprattutto assumerebbe la prospettiva di trasformare le attuali realtà sociosanitarie.

In effetti, qualsiasi azione di prevenzione non può essere slegata dall'accesso reale ai diritti della salute. La prevenzione sarà così tanto più credibile ed efficace se i servizi medici sono correttamente dispensati e se prendono in considerazione le dimensioni fisiche, mentali, sociali e ambientali delle persone coinvolte.

La strada da percorrere è quella di garantire a tutti – autoctoni e immigrati (anche in situazione irregolare) gli stessi doveri e diritti in materia di assistenza sanitaria, e non solo.

In questo senso, proponiamo il seguente *lessico per capire* come contributo utile a risituare i termini di un argomento complesso e sintomatico del grado di coesione di una società.

Lorenzo Prencipe
renzoprencipe@cser.it
Presidente del CSER

Health, a right for all

Within Europe, access of migrants to healh care is in a rather critical status. In the year 2000, the Commission for migrants, refugees and demography of the Parliamentary Assembly – Council of Europe, observed that in a number of countries, migrants, especially those with irregular status, were not at all covered under provisions of the National Heath and Social Services, or there was no proper cultural mediation in addressing their needs.

Given this situation, widely shared by the European countries, it is rather understandable why the health of immigrant communities is not an issue at stake.

Indeed, this topic is "classified" as "risky", due to the fact that it may facilitate the xenophobic discourse on the "danger" represented by foreign people that are supposed to spread all sorts of infective diseases – and furthermore weighing heavily on expeditures of the National Health Service.

In our countries, it is rather common to hear warnings like: "*the uncontrolled flux of immigrants towards Europe can spread infective diseases*", or "*more immigrants, more risks of infections*". On such a kind of unjustified warnings are based some campaigns like "vaccines for all immigrants" - even against malaria for which there is no vaccine, or against Mediterranean thalassemia that is a genetic, not an infective, disease... The "INFECTED" immigrant then becomes the perfect propagandistic object (available to politicians, media and the public opinion), responding both to the need of finding a scapegoat and of disguising the old racism into more "politically" correct terms.

As a matter of fact, immigration does not significantly affect the risk for public health. On the contrary, immigrants themselves become subjects at risk, due to the marginalisation experienced in the host countries: tuberculosis, infections of the digestive or respiratory apparatus are often the consequence of bad housing and working conditions, inadequate diet...

For these reasons, to face issues of precarious health intervention requires above all facing issues concerning the production of inequalities and of increasing fragility, of which bad health conditions are often a consequence.

Foreigners and immigrants, while sharing with the local population the same risk of precariousness, are the most affected as a group, being more vulnerable to the widespread economic crisis, the downtrends of the job market, unemployment, together with increasing difficulties in accessing both private and social housing opportunities. These phenomena of exclusion, discrimination and uncertainty inevitably affect the physical and mental health of migrants, are translated into feelings of fear, guilt, frustration, negation of the self, and generate several mental disorders.

This generalized situation of fragility and vulnerability requires revising some descriptive models of immigrants' health that have too often been limited to a typology, distributing diseases into "imported pathologies", "acquired pathologies", "pathologies of adaptation"...

Dealing with immigrant population, it is increasingly urgent to activate a mechanism of awareness raising that goes into the root causes of problems, especially in their socio-economic and socio-political dimensions.

This approach would allow to overcome what Michel de Certeau defined "the passivity of memberships", which would not only enhance knowledge, but also transform the existing health situation.

As a matter of fact, any preventive action cannot be disconnected from a real access to health as a right. Prevention will be even more credible and effective if medical services are fairly distributed, taking into consideration the physical, mental, social and environmental dimensions of clients.

The direction must be that of guaranteeing to all – autochthons and immigrants, even in an irregular situation – the same rights and duties in terms of health care – and well beyond that.

For this purpose, we offer this *Basic Lexicon*, an effort to re-define the terms of such a complex issue.

Lorenzo Prencipe
renzoprencipe@cser.it
President of CSER

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

Migrazione e salute. Un lessico per capire

Introduzione

Questo lavoro prende spunto da un saggio uscito diciotto anni fa dal titolo *Lessico migratorio* curato da Graziano Tassello per il Centro Studi Emigrazione Roma[1]. Questo volumetto è stato per anni un prezioso strumento, unico nel suo genere, per tanti studiosi che si sono interessati e spesso appassionati del tema delle migrazioni. Un tentativo riuscito di dare una visione complessiva e multidisciplinare del fenomeno e di indicare un linguaggio comune. Più recentemente, all'inizio del 1998, è stato pubblicato un libro dal titolo *Dizionario della diversità* dove sono state raccolte "le parole dell'immigrazione, del razzismo e della xenofobia"; un interessante lavoro realizzato da una equipe multidisciplinare che ha dato una lettura originale e documentata al fenomeno migratorio ed alcune significative chiavi di lettura[2]. Dall'utilizzo di queste "utili esperienze editoriali" è nata l'idea di questo Lessico dedicato in particolare ai temi della salute.

La presenza degli immigrati in Italia in questi anni, apportando una diversificazione culturale, sociale e demografica, ha stimolato una rilettura della società, provocando una graduale trasformazione in ambito normativo, istituzionale, formativo ed organizzativo. Questo processo ha interessato anche l'ambito sanitario consigliando percorsi istituzionali e tragitti alternativi per cercare di adeguare le risposte ad una domanda in continuo mutamento. Come spesso accade la prassi, mossa da un bisogno non differibile come quello dell'assistenza sanitaria, ha preceduto i lenti percorsi del diritto dando luogo ad originali esperienze di assistenza transculturale in diverse regioni ad opera so-

[1] TASSELLO, G. (a cura di), *Lessico migratorio*. Roma, Centro Studi Emigrazione, 1986.

[2] BOLAFFI, G.; GINDRO, S.; TENTORI, T. (a cura di), *Dizionario della diversità. Le parole dell'immigrazione, del razzismo e della xenofobia*. Firenze, Liberal Libri, 1998.

prattutto dell'associazionismo e del volontariato. L'affermazione del diritto alla salute come patrimonio irrinunciabile della persona migrante, a prescindere dal suo status giuridico, ha successivamente potuto sancire quanto la prassi aveva già fatto emergere contribuendo allo stesso iter legislativo.

Una volta creati e garantiti gli strumenti giuridici, è ora il tempo di mettere mano all'opera più impegnativa e difficile, vale a dire la creazione di nuovi strumenti culturali per dare luogo a quella profonda e necessaria trasformazione della società che ci chiama tutti in gioco nell'edificare un ambiente interculturale umano e vivibile. In questo senso ci auguriamo che lo sforzo di iniziare ad elaborare un *lessico per capire* qualcosa in più sulle tematiche della Salute nella Migrazione possa fornire un contributo sintetico e preciso utile a chiarire e sistematizzare i termini di un argomento tanto complesso e dibattuto.

Ci accorgiamo infatti che sempre più spesso operatori sanitari, dirigenti di strutture ospedaliere, addetti amministrativi, studenti di medicina, ed anche politici e ministri, si trovano ad affrontare, senza essere dotati degli strumenti culturali adeguati, problemi sanitari apparentemente insormontabili, ma in realtà facilmente superabili con un'opportuna formazione. Sembra proprio questa la vera emergenza sanitaria, se così si può dire, su cui focalizzare energie intellettuali e creative. Ci proponiamo dunque un fine innanzitutto didattico e scientifico: di qui la scelta dell'utilizzo di parole chiave e l'opzione di non elaborare un glossario, ma di offrire un servizio di interpretazione che valorizzi, ove necessario, tutto lo spessore della storia di questi venti anni.

Ogni voce del *Lessico* pur non rispondendo ad uno schema rigido, è spiegata con una definizione inserita nel panorama storico in cui si è sviluppato il concetto o l'esperienza cui si riferisce, ed è corredata dei riferimenti bilbliografici essenziali. Abbiamo scelto di presentare questa prima bozza, che costituisce il nucleo iniziale di un lavoro *in itinere* da completare e arricchire nel tempo, consapevoli che molte delle parole chiave scelte potranno essere ulteriormente arricchite e completate prima di giungere alla versione definitiva. Crediamo che ciò sia utile per iniziare a delineare un linguaggio comune indispensabile per favorire un approccio multidisciplinare e lo scambio tra addetti ai lavori e non.

Voci commentate

Antropologia medica
Assistenza sanitaria
Bambini stranieri
Bioetica transculturale

Comunicazione transculturale in medicina
Dhat
Disturbi somatoformi
Disturbo post traumatico da stress
Effetto migrante sano
Etnopediatria
Etnopsichiatria
Gruppo Immigrazione e Salute (Gris)
Infermieristica transculturale
Interruzione volontaria di gravidanza
Mediazione interculturale
Medicina transculturale
Mutilazioni genitali femminili
Patologie di importazione, di adattamento e di acquisizione
Prevenzione
Progetto migratorio
Prurito sine materia
Relazione medico-paziente
Sindrome di Salgari e Sindrome da General Hospital
Sindromi legate alla cultura
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)
Stress da transculturazione
Tortura
Volontariato in sanità

Antropologia medica

L'antropologia medica è un ramo dell'antropologia culturale che si prefigge lo studio dei concetti di salute, di malattia e di pratiche curative nel loro manifestarsi all'interno delle culture, cioè all'interno dell'organizzazione delle diverse società umane. In Italia il precursore di questi studi è stato Ernesto De Martino e oggi l'antropologia medica è un ramo della scienza ampiamente approfondito, che offre una bibliografia sterminata. Ci limitiamo quindi a fornire qualche indicazione relativa a testi pubblicati in italiano, con particolare attenzione a quei (pochi) che prestano specifica attenzione all'antropologia medica applicata all'immigrazione nel nostro paese.

Bibliografia

Antropologia medica

AUGÉ, M.; HERZLICH, C., *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano, Il Saggiatore, 1986.

BARBETTA, P., *Le radici culturali della diagnosi*. Roma, Meltemi editore, 2003.
COPPO, P., *Guaritori di follia*. Torino, Bollati Boringhieri, 1994.
DE MARTINO, E., *Sud e magia*. Milano, Feltrinelli, 1959.
DE MARTINO, E., *Magia e civiltà*. Milano, Garzanti, 1962 (le pubblicazioni di De Martino sono numerose e tutte consigliate).
GIARELLI, G., *Medicine, culture e sviluppo. Un contributo antropologico alle problematiche della cooperazione sanitaria internazionale*. Padova, Quaderni CUAMM, 1992.
LANTERNARI, V., *Medicina, magia, religione, valori*. Napoli, Liguori, 1994.
NATHAN, T., *La folie des autres*. Paris, Gunod, 1986. Tr. it.: *La follia degli altri*. Firenze, Ponte alle Grazie, 1990.
NATHAN, T.; LEWERTOWSKI, C., *Curare. Il virus e il feticcio*. Bologna, Clueb, 2001.
PERRIN, M., *Lo Sciamanismo*. Milano, Edizioni di Terrenuove, 2002.
RIVIÈRE, C., *Introduction à l'anthropologie*. Paris, Hachette, 1995. Tr. it. *Introduzione all'antropologia*. Bologna, Il Mulino, 1998.
SEPPILLI, T., *La medicina popolare in Italia*. Milano, Electa, 1989.

Antropologia medica e immigrazione in Italia

DIASIO, N., *Diventare bianco: crisi di passaggio e riformulazione dell'identità in un poliambulatorio per immigrati a Roma*. In: DELLE DONNE, M.; MELOTTI, U.; PETILLI, S. (a cura di), *Immigrazione in Europa: solidarietà e conflitto*. Roma, CEDISS, 1993, pp. 457-469.
DIASIO, N., *Differenze culturali e percezioni di salute*. In: GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995. Riedito in: GERACI, S. (a cura di), *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Caritas Diocesana, 2000.
DIASIO, N., *L'uomo di vetro e l'uomo velato: la relazione terapeutica con il paziente eteroculturale*, «Annali di Igiene», (7), 3, 1995, pp. 209-216.
DIASIO, N., *Patrie provvisorie*. Milano, Franco Angeli, 2001.
DIASIO, N.; GERACI, S., *L'angelo triste: operatori socio-sanitari e percezione dello straniero*. In: DELLE DONNE, M. (a cura di), *Relazioni etniche, stereotipi e pregiudizi. Fenomeno immigratorio ed esclusione sociale*. Roma, EdUP, 1998.
GIARELLI, G., *I problemi della comunicazione nella consultazione clinica in prospettiva interculturale*. In: CUAMM, *Il paziente immigrato*. Padova, CUAMM, 1991, pp. 9-21. Riedito con il titolo: *La consultazione clinica in prospettiva interculturale*. In: CUAMM, *Il paziente immigrato*. Bologna, Editeam, 1994, pp. 5-26.
MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.
MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci Editore, 2003.

Assistenza sanitaria

L'assistenza sanitaria al cittadino straniero è regolata da alcune norme nazionali e condizionata da politiche locali. La Legge 40 del marzo 1998 poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo:

«Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero», d'ora in poi indicato come TU, ha dato le basi per il diritto assistenziale. L'articolo n. 34 del TU dal titolo "Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)" contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul nostro territorio cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35 dal titolo "Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale" affronta il tema di tutela sanitaria "a salvaguardia della salute individuale e collettiva" anche nei confronti di coloro "non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno", i cosiddetti irregolari e/o clandestini. L'articolo 36, dal titolo "Ingresso e soggiorno per cure mediche", definisce le condizioni necessarie perchè un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del Regolamento d'attuazione (il D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999) e ulteriori chiarimenti al riguardo sono stati inoltre forniti dal Ministero della Sanità con Circolare 24 marzo 2000, n. 5 (*Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria*, "Gazzetta Ufficiale" n. 126 del 1.6.2000 – Serie generale).

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a chi è presente in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendogli oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato alle strutture sanitarie di segnalare all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

A supporto di questa impostazione avanzata e lungimirante, quasi tutte le Regioni, con tempi e modalità diverse, hanno diramato delibere, circolari e note per facilitare l'applicazione diffusa della normativa in vi-

gore. Ciò ha prodotto, soprattutto sul piano organizzativo, diversità e talvolta disuguaglianze nell'accesso ai servizi in ambiti territoriali diversi.

Bibliografia

BAGLIO, G.; LOIUDICE, M.; GERACI, S., *Immigrazione e salute: aspetti normativi.* In: GERACI, S.; MARCECA, M.; DEL VECCHIO, R. (a cura di), *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*, "Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità", 7, numero monografico, Roma, Società Editrice Universo, 1995, pp. 165-177.

BARRO, G.; CISLAGHI, C.; COSTA, G.; LEMMA, P.; BANDIERA, L., *I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni*, «Epidemiologia & Prevenzione», 17, 1993, pp. 239-243.

CIDIS, *La tutela della salute in una società multietnica.* Atti del seminario tenuto a Perugia il 14-15-16 dicembre 1995. Perugia, Cidis-Regione Umbria, 1996.

D'ANDREA, M.S., *La tutela sanitaria dei cittadini extracomunitari in Italia*, «Autonomie Locali e Servizi Sociali», 2, 1996 (dispensa).

DI MAIO, L.; PROTO, M.; LONGARZIA, M.C., *Manuale di legislazione sugli stranieri.* Roma, Edizioni Laurus Robuffo, 2000.

FARFAN, M.M. (a cura di), *Immigrazione. La legislazione vigente in Italia.* Roma, Inas Cisl, 2003.

FUMAGALLI, G.; GERACI, S.; MALSANO, B.; MARCECA, M.; SCAPIGLIATI, A., *Il diritto alla salute degli immigrati nelle leggi regionali Italiane.* In: Atti del 37° Congresso Nazionale *L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000.* Napoli, Siti, 1996, 239 p.

GENNARI, M.; D'ANDREA, M.S., *Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico*, "FM Federazione Medica", supplemento al «Medico d'Italia», 37, dicembre 1995, pp. 426-430.

GERACI, S.; MARCECA, M., *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali.* In: Atti della Conferenza Nazionale *Migrazioni e Salute*, supplemento a «OER Puglia», IV, 3, 2002, pp. 36-51.

GERACI, S.; MARTINELLI, B., *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali.* Roma, Nuova Anterem, 2002.

GERACI, S., *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale.* Roma, Anterem, 1996.

GERACI, S., *La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria*, «Agenzia Sanitaria Italiana», 9, 1998, pp. 46-48.

GERACI, S.; MARTINELLI, B.; OLIVATI, P., *Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranazionale.* Atti del I Workshop *Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, Roma, 9 giugno 2003. Roma, Istituto Italiano Medicina Sociale (in corso di stampa).

MAGLIONA, B., *Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizioni di "irregolarità": problemi medico-legali*, «Professione sanità pubblica e medicina pratica», 1996, pp. 55-56.

MARCECA, M.; GERACI, S., *Immigrazione e salute.* In GEDDES, M.; BERLINGUER, G. (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1997.* Roma, Ediesse, 1997, pp. 169-199.

MARCECA, M., *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*, «L'arco di Giano», 22, 1999, pp. 27-35.
MIELE, R.; PALANCA, V.; PALOMBO, V.; PELLICCIA, L.; TOMASELLI, M.L., *La nuova legislazione sugli stranieri*. Viterbo, Union Printing Edizioni, 1998.
MONTECCHI, R., *Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri*. In: *Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale*. Milano, Edizioni S. Paolo, 2001, pp. 190-218.
NASCIMBENE, B. (a cura di), *Diritto degli stranieri*. Padova, Cedam, 2004.

Bambini Stranieri

I minori figli di immigrati erano stimati (Caritas, 2002) in circa 326.000 al 31 dicembre 2001 (alla fine del 2003 se ne stimavano invece circa 404.000, il 15,6% della presenza regolare). Il 48,9% di essi era nato in Italia e non era quindi definibile come immigrato. La questione della presenza dei figli di immigrati in Italia deve dunque essere considerata da diversi punti di vista.

La prima prospettiva è quella sociale: si tratta di bambini che appaiono per molti aspetti discriminati, rispetto ai loro coetanei italiani, sul piano dei diritti civili. I percorsi per l'acquisizione della cittadinanza sono difficili e lunghi e la precarietà del loro insediamento nel nostro paese è aumentata con le recenti disposizioni legislative, che rendono meno certa la permanenza dei nuclei familiari (permessi di soggiorno abbreviati e troppo rigidamente legati al contratto di lavoro) e limitano quindi la possibilità di progettare un futuro. Tali questioni sono rilevanti per la salute, perché hanno effetti sul benessere psicologico dei bambini.

La seconda prospettiva riguarda l'inserimento scolastico. La bibliografia sul tema è ormai vasta: la scuola è stata uno dei settori che prima e più diffusamente ha dovuto fare fronte alle nuove esigenze e sono ormai numerosi gli studi dedicati alla didattica interculturale.

La terza prospettiva è più strettamente legata alla salute. Le condizioni sanitarie dei bambini stranieri sono state indagate da alcune ricerche di tipo epidemiologico, che hanno univocamente messo in evidenza come **l'effetto migrante sano** (vedi) valga anche per essi, come per gli immigrati adulti. Le malattie da importazione sono eventi rari, senza significatività statistica e per lo più conseguenza di viaggi di vacanza a trovare i nonni al paese di origine della famiglia.

I bambini stranieri non vanno considerati una categoria uniforme: esistono infatti differenze socio-demografiche che possono avere effetti sulla salute dei piccoli, sia dal punto di vista organico che psicologico. Una possibile lista di tipologie può essere la seguente:

- nati in Italia da genitori regolari
- immigrati con i genitori

– nati in Italia o immigrati, ma con una prolungata separazione dai genitori
– figli di genitori irregolari e clandestini
– figli di rifugiati
– nomadi
– bambini in nuclei monoparentali
– bambini giunti in Italia tramite adozioni internazionali
– minori non accompagnati

Per quanto riguarda la salute psicologica, la vera sfida cui sono chiamati i bambini stranieri è quella di appropriarsi e godere di una "doppia cittadinanza" culturale, di sviluppare cioè un'identità che sappia essere al tempo stesso italiana e legata al contesto familiare, cioè di "parlare due lingue", non solo in senso letterale ma anche metaforico. La condizione di figlio di immigrati è infatti di grande ricchezza potenziale, e merita di venire sfruttata a pieno, per il benessere sia dei piccoli, sia della società ospitante.

Bibliografia

Per i dati demografici

I Dossier annuali sull'immigrazione della Caritas romana.

Per la salute (pediatria e puericultura)

BONA, G., *Il bambino immigrato*. Bologna, Editeam, 2002.

BONA, G.; ZAFFARONI, M. (*et al.*), *Stato di salute dei neonati figli di immigrati*, «Rivista Italiana di Pediatria», 24, 1998, pp. 713-718.

CHINOSI, L., *Sguardi di mamme*. Milano, Franco Angeli, 2002.

LA CASA DI TUTTI I COLORI, *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*. Milano, Franco Angeli, 2002.

DEL MIGLIO, C.; POSA, M.F.; BARONCELLI, E. (a cura di), *Infanzia straniera*. Roma, Borla, 2004.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.

Per gli aspetti psicologici e psico-pedagogici

AA.VV., *Scolari stranieri*, «Famiglia Oggi», XXIII, 11, 2000.

DEMETRIO, D.; FAVARO, G., *Bambini stranieri a scuola*. Firenze, La Nuova Italia, 1997.

FAVARO, G., *Bambini e bambine di qui e d'altrove*. Milano, Guerini e associati, 1998.

FAVARO, G.; COLOMBO, T., *I bambini della nostalgia*. Milano, Mondadori, 1993.

FAVARO, G.; NAPOLI, M., *Come un pesce fuor d'acqua*. Milano, Guerini e associati, 2002.

MAZZETTI, M., *La crescita psicologica dei bambini stranieri*. In: MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003, pp. 153-175.
MORO, M.R., *Psychothérapie transculturelle des enfants des migrants*. Paris, Dunod, 1998. Trad. it. (a cura di) D. Demetrio, *Bambini immigrati in cerca di aiuto*. Torino, Utet, 2001.

Bioetica Transculturale

Se la bioetica è l'etica delle scienze della vita e della cura della salute in relazione al progresso, la bioetica transculturale potrebbe definirsi come un nuovo e sempre più complesso ambito di riflessione all'interno del quale i problemi che riguardano la vita e la salute di persone appartenenti a differenti culture vengono affrontate da un punto di vista etico.

Il problema di fondo tuttavia è quello di individuare quale etica debba essere a fondamento di tale riflessione. Esiste un'etica che possa essere riconosciuta come universale, e dunque transculturale, capace cioè di attraversare le diverse culture ed essere da tutte condivisa? O è invece necessario parlare di più etiche che devono essere messe in dialogo alla ricerca di elementi comuni?

Il dibattito è molto recente e tuttora aperto. I riferimenti in letteratura per quanto riguarda l'Italia sono scarsi. In questo quadro ancora non ben definito assumono un significato analogo i termini di bioetica multiculturale e bioetica interculturale nell'ambito delle quali si studiano e si confrontano le bioetiche delle diverse culture.

Bibliografia

ACCETTELLA, U.; PORCU, P., *Si può parlare di "Bioetica Transculturale"?*. In: *Abstracts Book* del Convegno Internazionale *Le radici della bioetica*. Roma, Centro di Bioetica Università Cattolica del Sacro Cuore, 1996.
ALLASINO, E., *Etica professionale, conflitti e cambiamenti organizzativi nei servizi sociosanitari di fronte all'immigrazione*. In: IRES, *Atteggiamenti e comportamenti verso gli immigrati in alcuni ambienti istituzionali*. Torino, Rosenberg & Sellier, 1995, pp. 91-121.
ATIGHETCHI, D., *Islam, Musulmani e Bioetica*. Roma, Armando, 2002.
BERLINGUER, G., *Etica della salute*. Milano, Il Saggiatore, 1994.
CAGIANO DE AZEVEDO, R.; SPOSATO, A. C., *Migrazioni internazionali ed etica istituzionale*, «People on the move», 71, 1996, pp. 31-40.
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (a cura di), *Bioetica e formazione nel Sistema Sanitario*. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'informazione e l'Editoria, 1992.
COMPAGNONI, F. (a cura di), *Etica della vita*. Milano, Edizioni S. Paolo, 1996.
COMPAGNONI, F.; D'AGOSTINO, F. (a cura di), *Bioetica, Diritti Umani e Multietnicità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale*. Milano, Edizioni S. Paolo, 2001.

COMPAGNONI, F.; D'AGOSTINO, F. (a cura di), *Dinamiche multiculturali e servizi sociosanitari in Italia*. Milano, Edizioni S. Paolo, 2003.
DELLA TORRE, G.; PALAZZANI, L. (a cura di), *La bioetica. Profili culturali, sociali, politici e giuridici*. Roma, Edizioni Studium, 1997.
DELLA TORRE, G. (a cura di), *Immigrazione e salute. Questione di biogiuridica*. Roma, Edizioni Studium, 1999.
Dichiarazione di Erice su Equità e Diritto alla salute. Mozione conclusiva del Corso "Flussi migratori e politiche per la salute", organizzato dal dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze. Erice (Tp), 2001. In: CUAMM, "Salute e Sviluppo", 2001, pp. 2-4.
ENGELHARDT, H.G. jr., *Manuale di bioetica*. Milano, Il Saggiatore, 1991.
GERIN, G., *I diritti umani*. In: ROMANO, C.; GRASSONI, G., *Bioetica*. Torino, Utet, 1995, pp. 147-152.
GRACIA, D., *I diritti in sanità nella prospettiva della bioetica*, «L'Arco di Giano», 4, 1994, pp. 29-44.
LA TORRE, M.A., *Il multiculturalismo come problema etico-filosofico*. In: AA.VV., *Medicina e Multiculturalismo. Dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*. Bologna, Apèiron Editoria, 2000, pp. 105-128.
MAGLIETTA, G., *Il diritto alla salute. Una lettura etica in prospettiva mondiale*, «Documentazione Italia Caritas» (Roma), 3, 1997, pp. 24-36.
MONGILLO, D., *Per non concludere: aspetti etici*. In: MORRONE, A. (in coll. con GERACI, S.), *Salute e società multiculturale. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995, pp. 257-260.
SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica*. Roma, Vita e Pensiero, 1988.
SGRECCIA, E.; SPAGNOLO, A.G. (a cura di), *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*. Roma, Vita e Pensiero, 1996.

Comunicazione transculturale in medicina

La comunicazione transculturale in medicina si prefigge di comprendere le dinamiche che avvengono nel corso della relazione d'aiuto in campo sanitario, quando operatore e paziente appartengono a sistemi culturali differenti. È sempre necessario rifarsi, in primo luogo, alle differenze tra definizione esterna, "scientifica", di malattia (*disease* nella terminologia degli antropologi medici di ambito anglosassone), e percezione soggettiva della stessa (*illness*), perché possono essere sensibilmente differenti. Analogamente differenti possono essere le percezioni e le opinioni riguardo a cosa sia la salute e ai processi terapeutici, che non di rado divergono anche in ambito isoculturale.

In ambito transculturale, e specificatamente in quello della realtà immigratoria in Italia, i possibili livelli di incomprensione possono ulteriormente aumentare, perché non solo cresce la complessità dei sistemi di riferimento che si confrontano, ma anche perché intervengono specifiche difficoltà comunicative (prelinguistiche, linguistiche, metalinguistiche, culturali e metaculturali). Esistono poi particolari feno-

meni che si osservano nella comunicazione e che sono stati definiti "percorsi paralleli della relazione": si veda anche **Sindrome di Salgari** e **Sindrome da General Hospital**.

Bibliografia

BACCETTI, S., *La comunicazione interculturale in sanità*. Torino, Centro Scientifico editore, 2001.

COLASANTI, R.; GERACI, S., *I livelli di incomprensione medico - paziente migrante*. In: GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995, pp. 81-89. Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Anterem, 2000.

DE MICCO, V. (a cura di), *Le culture della salute*. Napoli, Liguori, 2002.

DIASIO, N., *Differenze culturali e percezioni di salute*. In: GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995, pp. 182-192. Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Anterem, 2000.

DIASIO, N., *La relazione terapeutica in un contesto interculturale*. In: GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995, pp. 193-203. Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Anterem, 2000.

DIASIO, N., *L'uomo di vetro e l'uomo velato: la relazione terapeutica con il paziente eteroculturale*, «Annali di Igiene», (7), 3, 1995, pp. 209-216.

GIARELLI, G., *I problemi della comunicazione nella consultazione clinica in prospettiva interculturale*. In: CUAMM, *Il paziente immigrato*. Padova, CUAMM, 1991, pp. 9-21. Riedito con il titolo *La consultazione clinica in prospettiva interculturale*. In: CUAMM, *Il paziente immigrato*. Bologna, Editeam, 1994, pp. 5-26.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale in medicina*, «L'Arco di Giano», 22, 1999, pp. 37-56.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.

RIZZI, R.; IOSSA FASANO, A., *Ospitare e curare*. Milano, Franco Angeli, 2002.

Dhat

Il Daht è una **sindrome legata alla cultura** (vedi), cioè un disturbo psichico legato a uno specifico contesto culturale. Esso è diffuso nel subcontinente indiano ed è stato ripetutamente descritto in Italia tra gli immigrati provenienti da quell'area. I pazienti lamentano sintomi somatici e psichici generici: apatia, astenia, perdita di appetito, dimagrimento, ansia, che talora si accompagnano a disfunzioni sessuali (o presunte tali dal paziente): impotenza, eiaculazione precoce, masturbazione eccessiva o polluzioni notturne. In molti casi la presentazione della sindrome avviene in compagnia di disturbi di tipo simil-ipocondriaco:

cefalea e malesseri in vari distretti corporei (torace e addome soprattutto). Le casistiche indiane riferiscono di associazione con disturbi depressivi in circa la metà dei pazienti e con disturbi d'ansia nel 20-25%.

I pazienti attribuiscono esplicitamente questa condizione ad un'eccessiva perdita di sperma o di una sostanza simil-spermatica (il *Dhat*) attraverso polluzioni notturne o con il passaggio di seme nell'urina all'inizio, durante o al termine della minzione. L'interesse di questo quadro clinico non è dato solo dal suo riscontro tra gli immigrati in Italia, ma anche dal fatto che può essere considerato un efficace paradigma di come la cultura irrompa nella relazione medico-paziente transculturale.

Bibliografia

BHATIA, M.S.; MALIK, S.C., *Dhat Syndrome: A Useful Diagnostic Entity in Indian Culture*, «British Journal of Psychiatry», 159, 1991, pp. 691-695.

BOTTÉRO, A., *Dépression, Spermatorrée et "Culture-Bound Syndromes"*, «I fogli di Oriss», 3, 1993, pp. 7-30.

CHADDA, R.K., *Dhat Syndrome: is it a Distinct Clinical Entity? A Study of Illness Behaviour Characteristics*, «Acta Psychiatrica Scandinavica», 91, 1995, pp. 136-139.

CHADDA, R.K.; AHUJA, N., *Dhat Syndrome: A Sex Neurosis of the Indian Subcontinent*, «British Journal of Psychiatry», 156, 1990, pp. 577-579.

INGLESE, S.; PECCARISI, C., *Dhat*. In: INGLESE, S., PECCARISI, C., *Psichiatria oltre frontiera*. Torino, Utet, 1997, pp. 38-39.

MAZZETTI, M., *Il "Dhat"*. In: MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996, pp. 97-106.

SINGH, S.P., *Is Dhat Culture Bound?*, «British Journal of Psychiatry», 160, 1992, pp. 280-281.

Disturbi somatoformi

I disturbi somatoformi sono una categoria nosologica della psichiatria occidentale, la cui caratteristica determinante è una lamentela fisica o una preoccupazione somatica non attribuibili a un altro disturbo mentale o ad una patologia di tipo medico generale. Essi comprendono, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), diversi tipi di disturbi: di somatizzazione, somatoforme indifferenziato, di conversione, algico, di dismorfismo, e infine l'ipocondria.

Ne parliamo qui perché non di rado i pazienti stranieri richiedono cure per disturbi che non rivelano tracce cliniche organiche (si veda, ad esempio, il **prurito sine materia**): non siamo molto favorevoli a includere questi pazienti nella classificazione del DSM-IV (in tal caso corrisponderebbero per lo più al **disturbo somatoforme indifferenziato**)

perché ci pare che essa non renda ragione della peculiarità in cui questi pazienti si trovano.

In realtà, in molti casi, i pazienti che lamentano disturbi (apparentemente) somatoformi sono persone che hanno strutturato la loro identità senza la rigida distinzione mente-corpo, in uso nella nostra cultura. Quindi tendono ad avere una percezione complessiva del loro malessere: lo esprimono cioè come un *unicum* psichico-corporeo (e talora, in alcuni casi, anche sociale). Classificarli come "disturbo somatoforme" può così distrarci dalla ricerca fenomenologica della loro specifica esperienza di malessere.

Bibliografia

ARAGONA, M.; COLOSIMO, F., *Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. I Dati epidemiologici e psicopatologia clinica*, «Psichiatria e Territorio», (17), 1, 2000, pp. 1-6.

BARSKY, A.J.; PEEKNA, H.M.; BORUS, J.F., *Somatic symptom reporting in woman and men*, «Journal of General Internal Medicine», 16, 2001, pp. 266-275.

BRIDGES, K.; GOLDBERG, D.; EVANS, B.; SHARPE, T., *Determinants of somatization in primary care*, «Psychological Medicine», 21, 1991, pp. 473-483.

COLOSIMO, F.; ARAGONA, M.; *Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. Confronto tra i principali test e valutazione del Bradford Somatic Inventor*, «Psichiatria e Territorio», (17), 1, 2000, pp. 7-12.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Disturbi Somatoformi*. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - 4ª edizione (DSM-IV)*. Milano, Masson, 1994.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

Disturbo Post-Traumatico da Stress

Il DSM-IV, il manuale diagnostico e statistico dei disturbi psichici redatto dall'associazione degli psichiatri degli Stati Uniti, specifica che, perché si possa parlare di Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), è necessario che siano presenti queste condizioni: 1) La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, minaccia di morte, gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri; 2) La risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.

Sul piano clinico il paziente appare invaso dalle sue emozioni, in particolare dalla paura, e si oppone ad esse in ogni modo. L'invasione si manifesta attraverso incubi notturni o ricordi intrusivi che possono arrivare a configurarsi come vere e proprie allucinazioni. Gli incubi possono essere così terrifici che la persona evita in ogni modo di addormen-

tarsi per evitare il rischio di sognare. Il disagio può essere scatenato dall'esposizione a stimoli anche apparentemente innocui ma che in qualche modo evocano l'evento traumatico.

L'insieme di questi sintomi determina una situazione di ipereccitabilità e di ipervigilanza che comporta affaticamento e deficit della concentrazione. Si tratta di una condizione che ha anche l'effetto di rallentare l'integrazione dell'immigrato nel paese ospite, perché la difficoltà a concentrarsi ostacola l'apprendimento della lingua della terra d'asilo. È, per esempio, molto comune il caso di rifugiati che, persino molto tempo dopo l'arrivo nel nuovo paese, non sono in grado di padroneggiarne sufficientemente il linguaggio.

Per quanto riguarda la medicina dell'immigrazione, questi quadri clinici sono riscontrabili in persone che hanno subito violenze o torture, o ne sono stati testimoni prima di rifugiarsi nel paese d'asilo.

Per quanto riguarda la bibliografia, si veda anche alla voce **Tortura**.

Bibliografia

AA.VV., *Book of best practices. Trauma and the role of mental health in post conflict recovery*. Roma, Project "One Billion", 2004.

American Psychiatric Association, *Il Disturbo Post-Traumatico da Stress*. In: American Psychiatric Association, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - 4^ edizione (DSM-IV)*. Milano, Masson, 1994.

Bhugra, D., *Migration and mental health*, «Acta Psychiatrica Scandinavica», 109, 2004, pp. 243-258.

Sinnerbrink, I.; Silove, D.; Field, A.; Steel, Z.; Manicavasagar, V., *Compounding of pre-migration trauma and post-migration stress in asylum seekers*, «Journal of Psychology», 131, 1997, pp. 463-470.

Effetto migrante sano

Nel giugno 1990, nel volume *La salute degli italiani*, è stato trattato per la prima volta, seppur sinteticamente, il tema dello stato di salute degli stranieri in Italia. Non che esso non fosse stato affrontato precedentemente (già nel 1988 un Convegno internazionale a Roma aveva posto specificatamente l'attenzione sui "problemi di salute fisica e mentale degli immigrati da paesi in via di sviluppo" e nel 1989 un dossier dell'edizione italiana della rivista "Practitioner" aveva affrontato diffusamente l'argomento), ma per la prima volta un gruppo di epidemiologi e ricercatori di diverse città italiane avevano definito un profilo di salute dell'immigrato, dopo una rilevazione sul campo in collaborazione con quelle strutture di **volontariato sanitario** (vedi) che da anni garantivano l'assistenza primaria a coloro in quel periodo per legge esclusi dal **Servizio sanitario pubblico** (vedi **Assistenza sanitaria**).

In quella occasione venne coniato dal dr. Giuseppe Costa e dai suoi collaboratori il termine **"effetto migrante sano"** che con efficace sintesi descriveva come la condizione di salute dello straniero in Italia fosse buona perché si verificava una autoselezione al momento della partenza o meglio della decisione del migrare, quando l'emigrante era investito di un progetto finalizzato a portare benefici al suo nucleo familiare (che in contesto africano può allargarsi a 15-20 persone). Tra molti era scelto il più forte ed adattabile, l'individuo cioè che per caratteristiche ed attitudini personali (fisiche e mentali) massimizzava le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio.

Le diverse esperienze già maturate in quegli anni e confermate successivamente, hanno evidenziato come non sia possibile approfondire l'indagine sullo stato di salute degli immigrati se non correlandola allo specifico **progetto migratorio** di partenza (vedi).

La progettualità migratoria, sebbene quasi sempre riconducibile ad una situazione personale o familiare di disagio od insoddisfazione, si motiva e si orienta verso un ventaglio di diverse possibilità: lavoro, ricongiungimento familiare, studio, asilo politico, migrazione ulteriore, ecc. Per quanto riguarda i progetti migratori a fini di lavoro (nel 2003 il 66,1% dei permessi di soggiorno rilasciati a cittadini di paesi esterni all' U.E.), accanto alle tradizionali forme di emigrazione 'coatta', motivate da indigenza e volte alla ricerca di una qualunque occupazione, anche la più umile, è possibile riscontrare casi in cui l'arrivo in Italia è il risultato di una precisa programmazione familiare: con i differenti poteri di acquisto oggi esistenti tra paesi del nord e del sud del mondo un giovane peruviano o una giovane coppia filippina potranno essere in grado, dopo qualche anno, di avviare una promettente attività commerciale nel paese di origine o di acquistare un terreno e costruirvi una casa. A partire dal primo quinquennio degli anni 90 è stata progressivamente crescente la migrazione per ricongiungimento familiare, tipica di una seconda fase di migrazione, quella in cui il resto della famiglia raggiunge l'immigrato, qualora questi sia riuscito a realizzare una qualche forma di inserimento sociale (i permessi di soggiorno per motivi familiari alla fine del 2003 erano quasi il 24%).

Quali che siano le motivazioni iniziali, appare evidente come il tentativo migratorio sia messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, hanno le massime possibilità di successo prevedibili, all'interno della comunità di riferimento, familiare o allargata. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra sia spesso un giovane adulto, appartenente, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio) e dotato

per lo più di un medio grado di istruzione. Il fisico sano garantisce possibilità maggiori di inserimento sociale, che spesso, soprattutto nelle prime fasi della permanenza nel paese ospite, è particolarmente difficile. Inoltre permette di rispondere ad un mercato del lavoro che offre opportunità spesso molto faticose e usuranti sul piano fisico.

Tali premesse spiegano perché le **patologie d'importazione** (vedi) si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, meno frequenti di quelle **acquisite** (vedi) nel paese ospitante e di quelle cosiddette di **adattamento** (vedi). Le strutture sanitarie (sia di tipo istituzionale che del privato sociale)dedicate all'assistenza di questa popolazione, hanno sottolineato come, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di cura si manifesti a distanza dall'arrivo in Italia: il cosiddetto 'intervallo di benessere' che viene abitualmente calcolato ricostruendo, su base anamnestica, il periodo intercorso tra l'arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza sanitaria). L'immigrato, in particolare colui che viene per motivi di lavoro, arriva dunque con un patrimonio di salute pressoché integro, ma le complessive condizioni di vita, cui deve conformarsi, possono poi erodere e dilapidare tale patrimonio in tempi più o meno brevi.

Queste considerazioni valgono anche per la salute psichica: infatti patologie ricadenti in questo ambito clinico si riscontrano generalmente a distanza di tempo dall'arrivo e sono spesso correlate al fallimento di specifici progetti migratori.

Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo, che si può ritenere ancora valido seppur con un progressivo indebolimento, le situazioni in cui il migrante sia portatore di patologie che, in quanto ancora asintomatiche per scarso livello sanitario del paese di origine o perchè culturalmente non considerate come tali, non lo scoraggino a partire. Sono da escludersi anche coloro che "fuggono" dal loro paese per rischio di persecuzioni, tortura e morte. In questo ultimo caso potremmo dire che la selezione dovrebbe avvenire in senso opposto, fuggono cioè per primi i più fragili. In realtà i dati finora raccolti, se da una parte evidenziano nei richiedenti asilo e nei rifugiati una maggior incidenza di esiti di tortura (vedi), dall'altra mostrano come all'arrivo in Italia non siano rilevabili particolari malattie, se non quelle legate alla condizione del viaggio/fuga spesso rischiosissimo.

Bibliografia

Libri

BENEDUCE, R.; COSTA, G.; FARETTO, A.R. (*et al.*), *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*. Milano, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994.

COLASANTI, R.; GERACI, S.; PITTAU, F. (a cura di), *Immigrati e salute; paure, miti e verità*. Roma, Edizioni Lavoro - Iscos, 1991.

COMUNITÀ DI S. EGIDIO (a cura di), *Oltre il mito. Gli stranieri in Italia*. Brescia, Morcelliana, 1990.
FAVARO, G.; TOGNETTI BORDOGNA, M., *La salute degli immigrati*. Milano, Unicopli, 1988.
GERACI, S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Roma, Anterem, 2000
Mazzetti, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.
MINISTERO DELLA SANITÀ, *Un patto di solidarietà per la salute. Piano sanitario nazionale 1998 – 2000*. Decreto del Presidente della Repubblica, 23 luglio 1998.
MORRONE, A. (in coll. con GERACI, S.), *Salute e società multiculturale. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995.

Articoli

BANDIERA, L.; GEBRU, F., *Il sesto continente*, «Practitioner», edizione italiana, 120, 1989, pp. 22-48.
COMODO, N.; NERI, C.; POLI, R.; SANTINI, M.G., *Malattie e bisogni di salute sugli immigrati*. In: Atti del 36° Congresso Nazionale *L'Igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità*. Sassari, Siti, 1994 (dispensa).
GERACI, S.; LATINI, E.; NONIS, M.; PIAZZI, A., *Le malattie degli immigrati*, «Difesa Sociale», LXX, 5, 1991, pp. 145-154.
GERACI, S.; MARCECA, M.; MAZZETTI, M., *Migrazioni e salute in Italia*. Dossier di ricerca in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Roma, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, vol. I, pp. 295-379.
GERACI, S., *Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela*, «Annali Italiani di Medicina Interna», 16, ottobre 2001, suppl. 1, pp. 167-171.
LEMMA, P.; COSTA, G.; BANDIERA, L.; BORGIA, P., *Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema sanitario*. In: GEDDES, M. (a cura di), *La salute degli italiani*. Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1990, pp. 225-235.
MANSUETO, S., *I servizi sanitari per gli immigrati: la patologia degli immigrati*, «Orizzonte Medico. Rivista dell'A.M.C.I.», dossier *Medicina e Immigrazione*, 3, 1994, 19 p.
MARCECA, M.; GERACI, S., *Immigrazione e salute*. In: GEDDES, M.; BERLINGUER, G. (a cura di), *La salute in Italia*. Roma, EDIESSE, 1997, pp. 169-199.
MARCECA, M. (con il contributo di GERACI, S.), *La salute*. In: ZINCONE, G. (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 273-315.
MARCECA, M. (con il contributo di GERACI, S.), *La salute*. In: ZINCONE, G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 215-242.

Atti di convegni

Immigrazione e diritto alla salute. Genova, Erga edizioni - Associazione Ambulatorio "Città aperta", 2000.
REGIONE VENETO - ULSS 10/9, *Aspetti sanitari dell'immigrazione*, (a cura di) Malatesta, R., Treviso, 1991 e 1992; (a cura di) Malatesta, R.; Lante, I., Treviso 1998.

FRIGHI, L.; URRECHUA, A.; CUZZOLARO, M.; COLASANTI, R., *Medicina e migrazioni. Problemi di salute fisica e mentale degli immigrati da paesi in via di sviluppo.* Atti I Convegno Internazionale. Roma, Cattedra di Igiene Mentale, Università La Sapienza - Associazione F. Rielo di Assistenza e Ricerca Sanitaria, 1988.

GERACI, S. (a cura di), *Medicina e Migrazioni: Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati.* Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, 1992.

LONGO, G.; MORRONE, A. (a cura di), *Cultura, salute, immigrazione. Un'analisi interculturale.* Roma, Armando, 1995.

MANCINI, M.M.; VICOLI ALDINI, N. (a cura di), *L'Emilia Romagna di fronte ai problemi sanitari dell'immigrazione.* Bologna, Cappelli, 2000.

MAISANO, B. (a cura di), *La salute dei popoli. Cooperazione e migrazioni internazionali: problematiche sanitarie emergenti.* Milano, AISPO (Associazione Italiana per la Solidarietà tra i Popoli), 1991.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, Atti delle *Consensus Conference* sui temi sanitari delle migrazioni: I, AFFRONTI, M.; D'ANCONA, F.; PEDALINO, B. (a cura di), Palermo, 1990; II, AFFRONTI, M.; PEDALINO, B.; SPINELLI, A. (a cura di), Palermo, 1992; III, AFFRONTI, M.; SPINELLI, A. (a cura di), *L'immigrato: una realtà del nostro tempo: dall'accoglienza all'integrazione,* Cinisi (Pa), 1994; IV, AFFRONTI, M.; PEDALINO, B.; SPINELLI, A. (a cura di), *I flussi migratori nel bacino del Mediterraneo. Aspetti sociali, giuridici e sanitari,* Palermo, 1998; V, AFFRONTI, M.; PEDALINO, B.; SPINELLI, A. (a cura di), *L'idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà,* Palermo, 1998; VI, AFFRONTI, M.; RACALBUTO, A.; MESSINA, M.R. (a cura di), *Untori e unti. Dall'esotismo alla realtà,* Palermo, 2000; VII, AFFRONTI, M.; LUPO, M.; MESSINA, M.R. (a cura di), *Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems,* Erice (Tp), 2002; VIII, AFFRONTI, M. (a cura di), *15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità,* Lampedusa (Ag), 2004.

Documenti

MARCECA, M.; GERACI, S., *La salute degli stranieri.* In *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999.* Roma, Ministero della Sanità - Servizio Studi e Documentazione, 2000, pp. 156-179.

MARCECA, M., *Stranieri immigrati.* In *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000.* Roma, Ministero della Sanità – Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini, 2001, pp. 191-198.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *Linee programmatiche della VI Consensus Conference.* Palermo, 2000.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *Raccomandazioni della VII Consensus Conference.* Palermo, 2002.

Etnopediatria

L'etnopediatria si prefigge di valutare gli effetti sulla salute del bambino dei diversi stili di cure parentali presenti nelle differenti realtà culturali. Sarebbe forse più appropriato il termine di "etnopuericultura".

In molti casi le tecniche di puericultura applicate nella nostra società e finanche suggerite dalla scienza medica non si basano su effettive

evidenze scientifiche, ma piuttosto su elementi che possono essere definiti in qualche modo ideologici. Lo studio di stili di puericultura differenti (visti anche in una prospettiva evoluzionistica) può offrire nuove e preziose prospettive, in molti casi già in via di applicazione anche nel nostro mondo. Al proposito basti ricordare le tecniche di puericultura "ad alto contatto", che favoriscono l'allattamento al seno e la crescita ponderale dei neonati, i nuovi orientamenti riguardo le procedure per favorire l'allattamento al seno e l'approccio al cosiddetto "co-sleeping", l'abitudine della puerpera e del neonato a condividere il letto.

Bibliografia

BALSAMO, E., *Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via dell'etnopediatria*. In: LA CASA DI TUTTI I COLORI, *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*. Milano, Franco Angeli, 2002, pp. 99-160.

CHINOSI, L., *Sguardi di mamme*. Milano, Franco Angeli, 2002.

LO GIUDICE, M., *Etnopediatria. Bambini e salute in una società multietnica*. Federazione Italiana Medici Pediatri, Edizione fuori commercio distribuita dalla Sanofi-Synthelabo OTC, 2003.

MAZZETTI, M., *Etnopuericultura*. In: MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003, pp. 139-152.

Etnopsichiatria

L'etnopsichiatria si prefigge di curare le malattie psichiche all'interno del contesto culturale di appartenenza. La forma che assumono i disturbi psichici, infatti, è funzione del mondo culturale in cui si sviluppano, del senso che viene loro attribuito e delle procedure messe in opera per gestirli sempre all'interno del sistema socio-culturale di riferimento. In senso generale, dunque, si può legittimamente affermare che ogni forma di psichiatria è un'etnopsichiatria.

Il problema sorge quando un sistema culturale si autolegittima come quello dominante e pensa che la sua "etnopsichiatria" sia la "vera" psichiatria, che la sua nosografia sia quella "giusta" e, in base ai propri parametri, pensi che l'unico modo di curare le persone sia il proprio. È quanto è avvenuto nel mondo occidentale, e non solo riguardo alle tecniche di cura: l'etnocentrismo è precisamente la tendenza di una certa cultura a considerarsi il paradigma cui tutte le altre debbono attenersi.

Un simile approccio, se è gravido di problemi e incomprensioni in ogni ambito della vita, manifesta immediatamente tutta la propria inefficacia proprio quando cerca di curare persone che seguono sistemi di riferimento differenti. Per questa ragione l'etnopsichiatria si è definita come un sistema che si prefigge di curare le persone all'interno del

loro sistema culturale di riferimento. A coniare il termine è stato George Devereux, vero fondatore della disciplina, presto imitato da numerosi ricercatori, tra i quali è indispensabile citare almeno Tobie Nathan, fondatore e a lungo direttore del Centre Devereux di Parigi. Nathan infatti ha più di ogni altro studiato e creativamente proposto dispositivi tecnici per operare in modo etnopsichiatrico.

Il termine di Psichiatria Transculturale, anch'esso coniato da Devereux, è considerato, da alcuni, sinonimo di etnopsichiatria. Secondo altri, è più appropriato per definire un tipo specifico di etnopsichiatria, quello che si occupa di immigrati, ovvero di persone impegnate in un contesto culturale forzatamente meticcio, dove convivono elementi del sistema culturale di riferimento e altri derivati dalla nuova realtà migratoria. Il termine "psichiatria transculturale" (o *cross-cultural psychiatry*) ha preso piede nel Nord America, dove questo specifico ambito di cura si è andato configurando soprattutto come metodo per curare le persone nonostante le culture, pur riconoscendone le peculiarità. Secondo alcuni critici, si configurerebbe dunque, da un punto di vista epistemologico, come un tentativo di ripristinare l'egemonia culturale della psichiatria occidentale messa in discussione dalla rivoluzione guidata da Devereux prima, e da Nathan poi.

Vi è una bibliografia abbastanza ampia anche in italiano: i principali autori sono stati tradotti nella nostra lingua e non manca anche una discreta produzione autoctona: purtroppo numerosi testi non sono stati ristampati dopo l'esaurimento della prima edizione. Anche in questo caso offriamo una bibliografia centrata (sia pure non esclusivamente) sull'etnopsichiatria riferita all'immigrazione.

Bibliografia

BARTOCCI, G. (a cura di), *Psicopatologia cultura e pensiero magico*. Napoli, Liguori, 1990.

BENEDICE, R., *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*. Milano, Franco Angeli, 1998.

BENEDICE, R. (a cura di), *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*. Torino, L'Harmattan Italia, 1999.

CARDAMONE, G.; INGLESE, S.; ZORZETTO, S., *Djon Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*. Paderno Dugnano (Mi), Edizioni Colibrì, 1999.

COPPO, P., *Guaritori di follia*. Torino, Bollati Boringhieri, 1994.

COPPO, P., *Etnopsichiatria*. Milano, Il Saggiatore, 1996.

COPPO, P., *Tra Psiche e Culture. Elementi di Etnopsichiatria*. Torino, Bollati Boringhieri, 2003.

DE MICCO, V.; MARTELLI, P., *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*. Napoli, Liguori, 1993.

Devereux, G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard, Paris, 1973. Tr. it.: *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma, Armando, 1978.
Frigessi-Castelnuovo, D.; Risso, M., *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*. Torino, Einaudi, 1982.
Frighi, L., *Psichiatria Transculturale*. In: Frighi, L., *Manuale di Igiene Mentale*. Roma, Bulzoni, 1984, pp. 285-309.
Frighi, L., *Psichiatria Transculturale*. In: Reda, G.C., *Psichiatria*. Torino, Utet, 1983.
Frighi, L., *Argomenti di Igiene Mentale*. Roma, Bulzoni, 1990, capp. I e II.
Inglese, S.; Peccarisi, C., *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*. Milano, Utet, 1997.
Losi, N., *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*. Milano, Feltrinelli, 2000.
Mazzetti, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.
Mellina, S., *La nostalgia nella valigia*. Venezia, Marsilio, 1987.
Mellina, S., *Psicopatologia dei migranti*. Roma, Lombardo, 1992.
Mellina, S., *Medici e Sciamani fratelli separati. Arte del curare tra cielo e terra. Etnomedicina, Etnopsichiatria, Antropologia della salute*. Roma, Lombardo, 1997.
Moro, M.R., *Psychothérapie transculturelle des enfants des migrants*. Paris, Dunod, 1998. Tr. it. (a cura di) D. Demetrio, *Bambini immigrati in cerca di aiuto*. Torino, Utet, 2001.
Nathan, T., *La folie des autres*. Paris, Gunod, 1986. Tr. it.: *La follia degli altri*. Firenze, Ponte alle Grazie, 1990.
Nathan, T., *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quel sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*. Paris, La Pensée Sauvage, 1993. Tr. it. di S. Inglese, *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino, Bollati Boringhieri, 1996.
Nathan, T. (*et al.*), *Psicoterapie*. Clueb, Bologna, 2000.
Pichot, P.; Nathan, T., *Quel avenir pour la psychiatrie et la psychoterapie?* Tr. it.: *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?*. Paderno Dugnano (MI), Colibrì, 1998.
Rizzi, R.; Iossa Fasano, A., *Ospitare e curare*. Milano, Franco Angeli, 2002.
Ranci, D., *Questioni di Etnopsichiatria Clinica*. Milano, Edizioni di Terrenuove, 2004.
Rotondo, A.; Mazzetti, M., *Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*. Milano, Edizioni di Terrenuove, 2001.
Sironi, F., *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la Torture*. Paris, Odile Jacob, 1999. Tr. it.: *Persecutori e Vittime. Strategie di violenza*. Milano, Feltrinelli, 2001.
Si segnala, inoltre, la rivista «I fogli di Oriss».

Gruppo immigrazione e salute (Gris)

Il primo Gruppo immigrazione e salute (Gris) nasce nel Lazio nel 1995, sulla spinta del dibattito provocato dal Decreto Dini sull'immigrazione. È un gruppo di spontanea adesione, non istituzionale, cui partecipano strutture di volontariato, di privato sociale, associazioni di immigrati e strutture pubbliche coinvolte nella erogazione di servizi sani-

tari, di sostegno e di orientamento sanitario nei confronti di cittadini immigrati indipendentemente del loro status giuridico; possono aderire Enti Pubblici ed Istituzioni che ne condividono le finalità.

La finalità del Gris è la reale e diffusa promozione della salute del cittadino immigrato. Gli Obiettivi condivisi sono: 1) essere un luogo d'informazione in particolare sugli aspetti normativi nazionali e locali, sulle iniziative intraprese e sugli ambiti assistenziali attivati; 2) mettere 'in rete' competenze e risorse sia di tipo assistenziali sia formative; 3) essere propositivi in termini politico-organizzativi individuando aree critiche ed eventuali percorsi di tutela: avere dunque un ruolo di stimolo e di pressione nei confronti degli Enti Locali e delle Strutture Pubbliche.

Presupposto condiviso è che all'interno del Gris ci sia pari dignità tra le varie componenti. Dal punto di vista organizzativo si può aderire al Gris con una richiesta formale o decidere di partecipare autonomamente alle riunioni. Il Gris laziale ha costituito da modello (sono state fatte anche alcune tesi sulla sua operatività) per longevità (è attualmente attivo) e per i risultati raggiunti sul piano istituzionale (delibere regionali, note e circolari per favorire accesso e fruibilità) ed operativo (campagna salute senza esclusione che ha permesso la vaccinazione di oltre 1.000 bambini zingari). Gruppi simili sono sorti in Trentino, in Sardegna ed in altre realtà locali.

Di fatto è l'espressione locale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (vedi).

Bibliografia (vedi anche alla voce **Società Italiana di Medicina delle Migrazioni**)

GERACI, S., *Immigrazione e salute: riorientare i servizi*. In: Atti del corso di formazione *Riflessi in campo sanitario e socio-assistenziale della legge sull'immigrazione*, «Infosociale» (Provincia Autonoma di Trento), 8, 2004, pp. 33-45.

GERACI, S., *Lazio. Strutture pubbliche e privato sociale 'in rete' per la salute degli immigrati*, «Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)», 37, settembre 1997, pp. 30-32.

GRIS TRENTO, *Gruppo immigrazione e salute*. In: Atti del corso di formazione *Riflessi in campo sanitario e socio-assistenziale della legge sull'immigrazione*, «Infosociale» (Provincia Autonoma di Trento), 8, 2004, pp. 83-87.

GRIS LAZIO, *Il gruppo regionale immigrazione e salute: una rete di idee e di servizi*. In: GERACI, S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Roma, Anterem, 2000, pp. 308-310.

Infermieristica Transculturale (*a cura di Duilio Manara*)

L'infermieristica, o *nursing*, transculturale è un'area specialistica della disciplina infermieristica che - nelle parole della suo autore più

noto, l'infermiera antropologa americana Madeleine Leininger - si pone per obiettivo lo studio comparato e l'analisi di diverse culture e subculture in riferimento all'assistenza dei malati, ai valori sanitari della salute e della malattia. Dunque questa area del *nursing* (in Italia denominata anche "infermieristica interculturale") ha un primo scopo di tipo *descrittivo* perché si propone di studiare l'influenza di un particolare contesto socio-culturale sulla percezione, risoluzione e significato dei bisogni assistenziali dei pazienti. In questa sua prima contestualizzazione essa utilizza oltre agli strumenti classici dell'infermieristica, anche strumenti dell'antropologia culturale, dell'etnologia e della psico-sociologia.

Un *nursing* transculturale ha, però, anche un aspetto tipicamente *prescrittivi*, che va ben oltre l'analisi descrittiva delle situazioni assistenziali. Partendo dalle premesse teoriche e metodologiche dell'infermieristica generale, l'approccio interculturale vuole in primo luogo risolvere una particolare *dimensione* del bisogno di assistenza infermieristica, quella inerente al suo significato simbolico e spirituale e perciò denominata "socio-culturale".

Nell'assistenza infermieristica, di fatto, non s'incontrano due culture, bensì due persone che *interpretano* le loro culture di origine, in quanto ne sono, entrambe e ad un tempo, fruitrici e fautrici (vedi le voci **antropologia medica, comunicazione transculturale**). Non si tratterà allora solo di *conoscere* il problema assistenziale del paziente, ma di *comprenderlo* nei significati e valori che il paziente stesso gli attribuisce e di proporre un'assistenza mai esclusivamente tecnica e standardizzata, bensì partecipata e personalizzata.

Bibliografia

Infermieristica e cultura

AA.VV., *Antropologia e professioni infermieristiche*, «Antropologia Medica», numero monografico, 3, aprile 1987.

Bombardi, S., *Progettare la formazione dell'infermiere. La cultura al centro della professione infermieristica*. Milano, Franco Angeli, 2000.

Collière, M.F., *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, Inter-Editions, 1982. Tr. it.: *Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*. Milano, Sorbona, 1992.

Collière, M.F., *Soigner... le premier art de la vie*. Paris, Masson, 2001.

Lionetti, R., *Antropologia e professioni infermieristiche*. Brescia, Grafo edizioni, 1987.

Manara, D.F, *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Milano, Lauri, 2000.

Motta, P.C., *Introduzione alle scienze infermieristiche*. Roma, Carocci, 2002.

Siccardi, M., *Viaggio nella notte di san Giovanni. Alla ricerca delle origini dell'assistenza e delle cure infermieristiche*. Firenze, Rosini, 1992.

URLI, N., *L'ambiguità del corpo nelle cure infermieristiche. Uno sguardo antropologico sul rapporto tra nursing e corporeità*. Milano, Ambrosiana, 1999.
WATSON, J., *Nursing: Human Science and Health Care*. Norwalk, CT, Appleton Century Crofts, 1985.

Nursing transculturale

AA.VV., *Infermieri oggi in una società multiculturale. Cultura, valori e saperi a confronto*. Pordenone, IPASVI, 2002.
ALETTO, L.; DI LEO, L., *Nursing nella società multiculturale*. Roma, Carocci, 2003.
ANDREWS, M.M.; BOYLE, J., *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2002.
GIGER, J.N.; DAVIDHIZAR, R.E., *Transcultural Nursing: Assessment & Intervention*. St. Louis, MO, Mosby, 2003.
JORDAN, B., *Birth in four cultures*. Montreal, Eden Press, 1983. Tr. it.: *La nascita in quattro culture, atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*. Milano, EMME Edizioni, 1984.
LEININGER, M., *Trancultural Nursing. Concepts, theories, research and practice*. New York, McGraw-Hill, 1995 (2nd ed.).
LEININGER, M., *Care, The Essence of Nursing and Health*. Thorofare, NJ, Charles B. Slack Inc., 1984.
LEININGER, M., *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York, National League for Nursing, 1991.
MANARA, D.F. (a cura di), *Infermieristica interculturale*. Roma, Carocci, 2004.
MUNOZ, C.; LUCKMANN, J., *Transcultural Communication in Nursing*. Portland, OR, Delmar Thomson Learning, 2004.
PURNELL, L.D.; PAULANKA, B.J. (a cura di), *Transcultural health care: a culturally competent approach*. Philadelphia, F.A. Davis, 2003.

Metodologie e strumenti del nursing transculturale

BENNER, P. (a cura di), *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness*. London, Sage, 1994.
COHEN, M.Z.; KAHN, D.L.; STEEVENS, R.H., *Hermeneutic Phenomenological Research: A Pratical Guide for Nurse Researchers*. London, Sage, 2000.
CONSEIL DE L'EUROPE, *Réunion d'expert sur la réponse des services de santé aux besoins d'une population ethniquement et culturellement diverse*. Strasbourg, 21-31 octobre 1990.
COZZI, D.; NIGRIS, D., *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Paderno Dugnano (MI), Edizioni Colibrì, 1996.
DEMETRIO, D., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.
GERACI, S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Roma, Anterem, 2000.
GOOD, B.J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino, Comunità, 1999 (ed. orig. 1994).
LEININGER, M.; MC FARLAND, M., *Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practice*. New York, McGraw-Hill, 2002. Tr. it.: *Infermieristica transculturale. Concetti, teorie, ricerca e pratica*. Milano, CEA, 2004.

LEININGER, M. (a cura di), *Qualitative research methods in nursing*. London, Grune & Stratton, 1985.
MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.
NIGRIS, D., *Standard e non standard nella ricerca sociale*. Milano, Franco Angeli, 2003.
ROPER, M.J.; SHAPIRA, J., *Ethnography in nursing research*. London, Sage, 2000.
SCLAVI, M., *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano, Bruno Mondadori, 2003.

Etica infermieristica e alterità culturale

ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ; ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE; ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA; ASSOCIATION CATHOLIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ, *Déclaration conjointe sur la prévention et le règlement de conflits ethniques entre les prestateurs de soins de santé et les personnes recevant les soins*. Rinvenibile al sito http://www.cna-nurses.ca
CALAMANDREI, C.; D'ADDIO, L., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*. Milano, McGraw-Hill, 1999.
CORTESE, C.; FEDRIGOTTI, A., *Etica infermieristica*. Milano, Sorbona, 1992.
FITZPATRICK, F.J., *Ethics in nursing practice. Basic principles and their application*. London, Linacre Centre, 1988.
NODDINGS, N., *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley, University of California Press, 1984.
PERONI, A., *Etica e deontologia*. Milano, McGraw-Hill, 2002.
SALA, R.; MANARA, D.F, *Nurses and the requests for female genital mutilation. Cultural rights versus human rights*, «Nursing Ethics», 8, 2001, pp. 247-258.
SALA, R., *Etica e bioetica per l'infermiere*. Roma, Carocci, 2003.
SALA, R., *Bioetica e pluralismo dei valori. Tolleranza, principi, ideali morali*. Napoli, Liguori, 2002.
SPINSANTI, S., *Bioetica e nursing. Pensare, riflettere, agire*. Milano, McGraw Hill, 2001.

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)

L'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è uno dei temi emergenti nella medicina delle migrazioni. Nel 2001 il Ministero della Sanità ha pubblicato un rapporto sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei pazienti stranieri relative all'anno 1998. Tra questi dati, uno dei più impressionanti era quello relativo ai *day hospitals*: la principale causa di ricovero tra i pazienti stranieri era l'interruzione volontaria della gravidanza, che arrivava al 27,2% del totale e addirittura al 56% quando si consideravano solo i pazienti stranieri non residenti, a fronte di un 3,8% tra i pazienti italiani. Questi dati, rapportati alla popolazione femminile complessiva, corrispondono a un tasso di abortività per le donne straniere del 28,7 per mille, a fronte del 9 per mille tra le italiane: oltre tre volte di più.

Il problema della prevenzione dell'IVG è complesso, perché sembra che non possano essere applicate le strategie utilizzate con le donne italiane, che in sostanza si riassumono nell'educazione alla contraccezione. È necessario comprendere prima le motivazioni che stanno alla base del ricorso all'IVG. Per questo sono auspicate ricerche che si propongano soprattutto di identificare le dimensioni del problema.

Bibliografia

ATIGHETCHI, D., *Islam, Musulmani e Bioetica*. Roma, Armando, 2002.

FORTINO, A.; PENNAZZA, F.; BOLDRINI, R.; RANDAZZO, M.; MARCECA, M.; GERACI, S., *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia* (dati SDO 1998), «Agenzia Sanitaria Italiana», 10, 2001, pp. 6-25.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.

PAROLARI, L.; SACCHETTI, G., *Diversità culturali e contraccezione*. Roma, Carocci, 2001.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *Tertio Millennio Ineunte: Migration, new scenarios for old problem*. Erice (Tp), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, 2002.

Mediazione interculturale

La mediazione interculturale finalizzata alla promozione della salute può essere definita come la messa in campo di strategie comunicative capaci di facilitare una relazione terapeutica efficace tra operatore sanitario e paziente appartenenti a sistemi culturali diversi.

I termini "mediazione linguistico-cultuale, mediazione culturale e mediazione interculturale" rappresentano semplicemente le tappe cronologiche di un concetto che ha iniziato ad emergere in ambito sanitario nell'Italia dei primi anni 90. La riflessione sulla mediazione interculturale in contesto sanitario si sviluppa quindi con un leggero ritardo rispetto all'ambito educativo e scolastico.

Attualmente è ampia la diffusione di progetti di promozione della salute della popolazione migrante, all'interno dei quali sono previste le attività di *mediatori interculturali*. Tuttavia non risulta ancora sviluppato la ricerca sulla mediazione interculturale o almeno non al punto di consentire il confronto degli obiettivi, delle strategie e dei risultati dei molteplici modelli ipotizzati nei progetti esistenti.

Siamo in una fase di transizione, che non vede ancora affermarsi con chiarezza un'ipotesi pienamente convincente e condivisa di società interculturale e nella quale è contemporaneamente in crisi il sistema bio-medico occidentale. Sarebbe dunque probabilmente necessario accettare la complessità senza cercare di imporre un unico modello di me-

diazione interculturale. In termini pratici bisognerebbe proporre politiche in grado di funzionare mediante la conpresenza di modelli interculturali differenti che prevedano o meno la presenza dei mediatori.

L'attenzione dovrà rivolgersi ad individuare il nucleo centrale ed irrinunciabile di un nuovo sistema medico universale o transculturale, che possa essere condiviso dai pazienti e dagli operatori provenienti da culture diverse. A partire da questo nucleo centrale dovranno successivamente svilupparsi localmente, tenendo conto dei contesti specifici in continuo cambiamento e dalle risorse disponibili, progetti che abbiano come finalità la promozione della salute di tutti. Tali progetti devono inoltre avere come strategia la creazione di *ambienti di mediazione interculturale* (alcuni autori parlano di *mediazione di sistema*) in grado di favorire e facilitare la relazione interpersonale tra medici o operatori della salute e pazienti di culture differenti.

Benché l'obiettivo sia la creazione di "ambienti di mediazione interculturale", è esperienza diffusa che in certi casi si possa rivelare utile la presenza di un facilitatore della comunicazione o anche di un semplice traduttore. Per esempio nei momenti di emergenza, quando arriva in Italia qualcuno senza punti di riferimento, che ha subito un'esperienza di migrazione forzata e ha bisogno di capire semplici cose. Si tratta di una figura di transizione, destinata col tempo ad essere ricoperta dagli stessi operatori sanitari: è infatti inevitabile (e fortemente auspicabile) che progressivamente gli stranieri ricoprano incarichi strutturati nei nostri servizi sanitari (infermieri, medici...) e che si rendano disponibili a mediare quando necessario. Si potrebbe obiettare che questa potrebbe diventare una forma di sottile sfruttamento, ma diverse esperienze dimostrano che scatta spontaneamente anche con utenti isoculturali appartenenti alle fasce deboli. Per esempio gli anziani o coloro che parlano solo in dialetto regionale e trovano qualcuno tra gli operatori che si impegna a "tradurre".

Con il tempo saranno gli stessi operatori a rimodularsi e a ripensarsi in funzione della nuova utenza. La formazione è indispensabile, ma la messa in discussione dei propri modelli relazionali e più in generale comunicativi è un processo che va avviato anche a partire dall'esperienza, dal quotidiano contatto con gli altri. Si capisce allora che è impensabile (quanto inutile) conoscere tutte le culture, tutti i modelli sanitari, tutte le lingue e le diverse competenze comunicative. Ciò è confermato anche dal fatto che esistono esperienze positive di stranieri che fanno mediazione per diversi gruppi etnici, anche culturalmente e linguisticamente molto distanti tra di loro.

Per tornare alla figura del mediatore, ciò che sembra importante ed irrinunciabile è una competenza relazionale e comunicativa svincolata dalla conoscenza di specifiche realtà linguistico-culturali e dall'appartenenza

etnica. È necessaria una capacità di interpretazione dei bisogni che *attraversi* la diversità culturale.

Bibliografia

ANDOLFI, M. (a cura di), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare.* Milano, Franco Angeli, 2003.

BERTOLINI, P., *Mediazione-mediare* e *Mediatore (culturale).* In: *Dizionario di Pedagogia e di Scienze dell'Educazione.* Bologna, Zanichelli, 1996.

BESTETTI, G. (a cura di), *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate.* Milano, Franco Angeli, 2000.

C.N.E.L. - Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, *Formazione ed impiego dei mediatori culturali.* Roma, luglio 1999, pp. 33-36.

CASTIGLIONI, M., *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze.* Milano, Franco Angeli, 1997.

CIOLA, A., *La condizione del migrante - Esperienze di mediazione.* In: ANDOLFI, F. (a cura di), *Culture a confronto.* Roma, Fondazione S. Andolfi, 2000, pp. 139-156.

CONTI, C.; GERACI, S. (a cura di), *La mediazione culturale in sanità: esperienze e tentenze emergenti.* In: CONTI, C.; SGRITTA, G.B. (a cura di), *Salute e società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri.* Milano, Franco Angeli, 2004, pp. 123-129.

CRINALI, *Professione mediatrice culturale. Un'esperienza di formazione nel settore materno infantile.* Milano, Franco Angeli, 2001.

FAVARO, G.; FUMAGALLI, M., *Capirsi diversi. Idee e pratiche di mediazione interculturale.* Roma, Carocci, 2004.

MALSANO, B., *La mediazione multiculturale come relazione di un corpo.* In: GERACI, S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute.* Roma, Anterem, 2000, pp. 244-256.

MORRONE, A.; MAZZALI, M.; PISTOLERE, A. (a cura di), *Oltre il colore della pelle. Italia crocevia di migranti e culture.* Roma, Bagatto libri, 1999.

MUNGO, M.T.; BERBEGLIA, P.; FERNANDEZ, M.C., *La mediazione interculturale. Laboratorio teorico-pratico per la facilitazione dell'incontro tra le culture.* In: CARITAS DI ROMA, *Forum per l'intercultura. Nuovi itinerari didattici.* Roma, Anterem, 1997, pp. 82-86.

PETILLI, S.; PITTAU, F.; MELLINA, C.; PENNACCHIOTTI, C. (a cura di), *Mediatori interculturali. Un'esperienza formativa.* Roma, Sinnos, 2004.

RENZETTI, R.; LUATTI, L., *Facilitare l'incontro. Il ruolo e le funzioni del mediatore linguistico-culturale* (sul Progetto Jacaranda). Arezzo, Ucodep - Arci; 2001.

Medicina Transculturale

Viene definita così la medicina che si prefigge di essere efficace in un contesto transculturale, ovvero che sappia tenere conto dello specifico culturale esistente nella relazione operatore sanitario-paziente. Non è una nuova specializzazione medica, ma piuttosto l'applicazione alla medicina di uno stile di intervento che dedica grande attenzione agli aspetti

relazionali; in Italia è stata promossa dalla *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni* (SIMM: vedi). Per la bibliografia si vedano le voci *Antropologia medica* e *Comunicazione transculturale in medicina.*

Mutilazioni Genitali Femminili

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) sono uno dei temi più sensibili della medicina delle migrazioni, sia per la intrinseca delicatezza della questione, sia per il modo, scandalistico e a volte francamente raccapricciante, con cui viene divulgato sui mezzi di comunicazione. Il risultato è che spesso il problema clinico non è conosciuto nei suoi aspetti scientifici, le condanne moralistiche prevalgono e non lasciano spazio alla riflessione su quali possano essere le migliori strategie cliniche ed educative per curare e prevenire i danni alle pazienti.

Riportiamo la classificazione delle MGF secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO, 1996), in base alla quale si distinguono quattro forme principali di mutilazioni.

Tipo I: incisione o ablazione del prepuzio clitorideo. È la forma di mutilazione meno cruenta: a volte è limitata a una piccola escoriazione da cui fare stillare sangue, in altri casi può accompagnarsi, oltre che all'ablazione del prepuzio, anche a quella di parte del clitoride.

Tipo II: asportazione (escissione) del prepuzio clitorideo e del clitoride, con asportazione parziale o totale delle piccole labbra. È una mutilazione più cruenta della precedente ed è particolarmente diffusa in Egitto, in alcuni paesi dell'Africa Orientale e tra numerosi gruppi etnici della fascia subsahariana. È l'escissione propriamente detta.

Tipo III: escissione completa di prepuzio clitorideo, clitoride e piccole labbra, con cruentazione delle grandi labbra, che vengono fatte collabire in modo da cicatrizzare unite, ricoprendo meato uretrale e introito vaginale. È l'infibulazione propriamente detta e costituisce la forma di mutilazione più distruttiva e con le maggiori conseguenze per la salute della donna. Si tratta di una procedura particolarmente diffusa in Somalia, in Sudan e presso alcuni popoli del Mali (Dogon).

Tipo IV: non è una tipologia classificata in quanto tale, ma comprende diverse altre pratiche lesive dell'apparato genitale femminile che non rientrano nelle precedenti tre tipologie.

Bibliografia

Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (Aidos), *Mutilazioni Genitali Femminili: proposte per un cambiamento*, (a cura di) Dorkenoo, E.; Elworthy, S., Quaderno n. 1: *Rapporto del Minority Right Group*. Roma, Aidos, 1995.

Aidos, *Mutilazioni Genitali Femminili: proposte per un cambiamento*, Quaderno n. 2: *Conseguenze sulla salute fisica e psichica*. Aidos, Roma, Aidos, 1995.

ATIGHETCHI, D., *Islam, Musulmani e Bioetica*. Roma, Armando, 2002.
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Problemi bioetici in una società multietnica. La circoncisione: profili bioetici*. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri; Dipartimento per l'informazione e l'Editoria, 1999.
FUSASCHI, M., *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Torino, Bollati Boringhieri, 2003.
GARUSI, A., *Dossier: le lacrime che nessuno vede*, «Nigrizia», 11, novembre 1996.
GRASSIVARO GALLO, P., *Figlie d'Africa Mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*. Torino, L'Harmattan Italia, 1998.
HASSAN SIRAD, S., *La donna mutilata*. Firenze, Loggia de' Lanzi, 1996.
HASSAN SIRAD, S., *Sette gocce di sangue*. Palermo, La Luna, 1996.
ISMAIL MOHAMED, M., *Il corpo violato. Le mutilazioni genitali femminili*. Roma, Carocci, 2001.
MAZZETTI, M., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*. Milano, Franco Angeli, 2000.
ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ/WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Female Genital Mutilation: Report of a WHO*, Technical Working Group Meeting, Geneva, 17-19 July 1995. Geneva, 1996.
PASQUINELLI, C. (a cura di), *Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili*. Roma, Aidos, 2000.
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, COMMISSIONE PER LE PARI OPPORTUNITÀ, *Mutilazioni Genitali Femminili. Linee Guida*. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2001.

Patologie di importazione, di adattamento e di acquisizione

Molti autori, soprattutto nei primi tempi in cui si manifestava una presenza di immigrati nel nostro paese, hanno schematicamente suddiviso le malattie degli stranieri in patologie di importazione, di adattamento e di acquisizione. Con l'evoluzione del fenomeno migratorio, con la sua strutturazione, con la mobilità internazionale sempre più facilitata, con una capillare organizzazione per la tutela della salute e con politiche sanitarie che in Italia garantiscono l'inclusione nel sistema sanitario, questa divisione appare in parte superata se non per una valenza didattico-organizzativa e per evidenziare un utilizzo improprio, spesso legato a pregiudizi politico-ideologici, dei termini stessi.

Patologie d'importazione

Alla fine degli anni 90, in un seminario internazionale furono definite come patologie da importazione tutte quelle problematiche di salute che la persona si porta dietro a causa della propria provenienza.

Possiamo certamente riferirci a quelle malattie di origine genetica dovute a predisposizione specifica a causa di tratti ereditari diffusi nel paese d'origine come la talassemia, l'anemia falciforme, la carenza di vitamina D e non molte altre. Sono infatti da considerare solo quelle

forme morbose asintomatiche al momento della migrazione per l'autoselezione in partenza di chi sta meglio (**effetto migrante sano**, vedi). È quindi corretto credere che le popolazioni migranti portano con sé il profilo epidemiologico del paese di origine, ma in genere, se queste popolazioni si integrano, i matrimoni misti tendono progressivamente a diluire le caratteristiche genetiche specifiche per l'espressione di una determinata forma patologica. Di fatto nel giro di una generazione il rischio "costituzionale" si livella ai rischi dell'intera popolazione e prevalgono altre situazioni critiche come fattori socio-ambientali.

Tra le malattie di importazioni possiamo anche intendere quelle prodotte da determinati fattori carenziali che le persone si portano dietro in seguito ad abitudini alimentari o ad esposizione a sostanze tossiche nel paese di origine; ed ancora effetti di mutilazioni e traumi nel proprio paese d'origine.

Ma suscitano maggior dibattito le patologie causate da esposizione ad agenti patogeni infettivi e trasmissibili avvenuta nei paesi di origine a causa di endemie di specifiche malattie: pensiamo alla malaria, alla tubercolosi, alle parassitosi intestinali, ad alcune malattie veneree e più recentemente all'aids. Nell'era della globalizzazione pensare a queste malattie come espressione patologica dell'immigrazione non ha più significato (storicamente fino al 1600 le migrazioni, le conquiste e le colonizzazioni hanno avuto grande responsabilità nella diffusione di malattie infettive) in quanto molte di queste condizioni possono essere "importate" da tutte quelle persone che provengono per motivi di affari o per turismo o per viaggi occasionali da regioni dove si registrano casi (il caso della sars nel 2003 è esemplificativo).

Studi effettuati in Italia su comunità di stranieri hanno evidenziato come spesso lo sviluppo di alcune malattie (tipico esempio è la tubercolosi) è da correlare alle condizioni scadenti di vita ed alla promiscuità abitativa: il rischio di infezione è quindi generalmente limitato al gruppo di appartenenza e le misure più efficaci di tutela e controllo sono quelle relative all'accessibilità dei servizi sanitari ed alla promozione di politiche d'integrazione.

Appare pertanto infondato dare all'attributo "d'importazione" un significato di responsabilità personale nella diffusione di patologie da parte degli immigrati. Anzi accettare tale accusa potrebbe provocare segregazione e maggiore rischio di diffusione di malattie altrimenti facilmente curabili e limitabili.

Patologie di adattamento

Sono tutte le condizioni morbose rientranti nella psicopatologia dell'immigrato a causa del trauma, più o meno consapevole e/o compensato

(vedi: **stress da transculturazione**), della migrazione stessa. Queste patologie sono in genere la manifestazione del disagio di migrare, della mancata accoglienza, di politiche di esclusione e marginalizzazione. Ad oggi, se da una parte si possono escludere le teorie dei primi del Novecento che descrivevano il migrante come segnato dalla predisposizione alla psicopatia, dall'altra non è possibile attribuire all'effetto migrante sano una protezione permanente per il rischio di malattia mentale.

Patologie di acquisizione

Possono essere così definite tutte le condizioni morbose legate a fattori di rischio cui l'immigrato viene esposto nel paese ospite. Non sono patologie tipiche dello straniero in quanto non sono evidenziabili particolari differenze rispetto al cittadino italiano che si trova a subire, a parità di classe d'età, le stesse condizioni morbigene. Esiste una vasta letteratura in questo specifico campo ed in questa sede vogliamo soltanto riportare quanto scritto nel Piano sanitario nazionale 1998–2000, che per la prima volta affronta in termini programmatori il tema della salute degli immigrati e con sintesi efficace elenca una serie di fattori di rischio. Non è casuale che le prime cause descritte siano proprio quelle espongono maggiormente a patologie di acquisizione: «... numerosi fattori epidemiologici e condizioni socioeconomiche rendono lo stato di salute degli immigrati stranieri meritevole di una particolare tutela. Oltre alle condizioni che minacciano tutti i soggetti deboli e che colpiscono in modo particolare questa fascia di popolazione (alimentazione, abitazione, lavoro e socialità inadeguati e insicuri), si devono tener presenti fattori peculiari che svolgono un ruolo particolare nei confronti della salute degli immigrati legati al quadro epidemiologico del paese d'origine e ad aspetti culturali (difficoltà di comunicazione e di inserimento sociale), psicologici (lontananza dagli affetti, mancanza di supporto psico-familiare, rischio di fallimento del progetto migratorio) e di discriminazione nell'accesso ai servizi».

Oggi numerosi report sulle malattie degli stranieri attribuiscono proprio a condizioni di fragilità sociale il rischio maggiore di sviluppare patologie fisiche e psichiche.

Bibliografia (vedi anche bibliografia **effetto migrante sano**)

BAGLIO, G.; CACCIANI, L.; MATERIA, E.; GUASTICCHI, G., *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*. Roma, Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, 2002.

BARRO, G.; CISLAGHI, C.; COSTA, G.; LEMMA, P.; BANDIERA, L., *I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni*, «Epidemiologia & Prevenzione», 17, 1993, pp. 239-243.

BIANCHINI, C.; MARANGI, M.; MELEDANDRI, G.; MORRONE, A., *Medicina internazionale*. Roma, Società Editrice Universo, 2001.

CERAMI, F. (*et al.*), *Scheda nosologica ambulatoriale: una ricerca multicentrica sui migranti*. In: *L'Igiene e la sanità pubblica verso l'Europa*, 35° Congresso Nazionale della Siti, Montecatini Terme 1992. Gessate (Milano), Arti Grafiche Colombo, 1994, pp. 1078-1081.

COMMISSIONE PER LE POLITICHE DI INTEGRAZIONE DEGLI IMMIGRATI, *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, (a cura di) G. Zincone. Bologna, Il Mulino, 2000.

COMODO, N.; NERI, C.; POLI, R.; SANTINI, M. G., *Malattie e bisogni di salute sugli immigrati*. In: *L'Igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità*, 36° Congresso Nazionale della Siti, Sassari 1994 (dispensa monografica).

COSTA, G.; LEMMA, P.; BORGIA, P., *Lo stato di salute degli stranieri ed il Sistema Sanitario in Italia*. In: Atti del Convegno *Stranieri in Italia*. Bologna, Istituto Cattaneo, 1990.

COSTA, G., *Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico*, «Epidemiologia & Prevenzione», 17, 1993, pp. 234-238.

CUAMM, *Il paziente Immigrato*. Bologna, Editeam, 1994.

DAMA, A.; ESPOSITO, T.; ARCELLA, T., *Cultura malattia migrazioni*. Regione Campania, USL 27 Pomigliano D'Arco – DSM, 1992.

DE SANTIS, G.M.P. (a cura di), *Salute e migrazione. Atti del VII seminario internazionale di geografia sanitaria*. Perugia, RUX, 2002.

FARA, G.M.; MARCECA, M., *L'impatto del fenomeno immigrazione sulla sanità pubblica della popolazione residente*. Relazione alla *II Conferenza Nazionale di medicina del turismo, del viaggio e della migrazione*. Bologna, Editeam, Centro collaboratore OMS per la Medicina del Turismo, 1993.

FORTINO, A.; PENNAZZA, F.; BOLDRINI, R.; RANDAZZO, M.; MARCECA, M.; GERACI, S., *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia (dati Sdo 1998)*, «Agenzia Sanitaria Italiana», 18, 8 marzo 2001, pp. 6-25.

GERACI, S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Roma, Anterem, 2000.

GERACI, S.; LATINI, E.; NONIS, M.; PIAZZI, A., *Le malattie degli immigrati*, «Difesa Sociale», LXX, 5, 1991, pp. 47-145.

GERACI, S.; MARCECA, M.; DEL VECCHIO, R. (a cura di), *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*, «Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità», (7), 3, 1995 (numero monografico).

GERACI, S.; MARCECA, M.; MAZZETTI, M., *Migrazioni e salute in Italia*. Dossier di ricerca in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Roma, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, vol. I, pp. 295-379.

GERACI, S., *Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela*, «Annali Italiani di Medicina Interna», 16, ottobre 2001, suppl. 1, pp. 167-171.

GERACI, S., *Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora "fragili"*. In: *Immigrazione. Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes*. Roma, Nuova Anterem, 2003, pp. 183-192.

GIOANNINI, P.; CARAMELLO, P., *Patologia infettiva dell'immigrato*. Torino, Edizione Minerva Medica, 1994.

MACIOCCO, G., *La medicina dell'esodo*, «CUAMM Notizie», 2, 1990, pp. 31-36.

MAISANO, B. (a cura di), *La salute dei popoli. Cooperazione e migrazioni internazionali: problematiche sanitarie emergenti.* Milano, AISPO (Associazione Italiana per la Solidarietà tra i Popoli), 1991.
MANSUETO, S., *I servizi sanitari per gli immigrati: la patologia degli immigrati,* «Orizzonte Medico. Rivista dell'A.M.C.I.», dossier *Medicina e Immigrazione,* 3, 1994, 19 p.
MINISTERO DELLA SANITÀ, *Un patto di solidarietà per la salute. Piano sanitario nazionale 1998 – 2000.* Decreto del Presidente della Repubblica, 23 luglio 1998.
MORRONE, A. (in coll. con GERACI, S.), *Salute e società multiculturale. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000.* Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995.
MORRONE, A., *Dermatologia delle popolazioni mobili.* Roma, Società Editrice Universo, 2001.
PENNAZZA, F.; BOLDRINI, R., *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000. Rapporto statistico.* Roma, Ministero della Salute, D.G. Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici, Ufficio di Statistica, 2003.
MAZZETTI M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano.* Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

Prevenzione

La prevenzione in medicina è un concetto che si è andato solidamente sviluppando nel nostro paese, in particolare negli ultimi trenta anni, grazie alla nascita del Sistema Sanitario Nazionale, all'educazione sanitaria e all'affermarsi di tecniche sempre più raffinate di indagini diagnostiche precoci.

In Italia da diversi anni si fanno campagne per la prevenzione e la promozione della salute, ad esempio di quella della donna con il pap-test e la mammografia. Molte degli immigrati provengono da paesi dove campagne di questo tipo non sono mai state fatte, e dove lo stesso concetto di prevenzione è sostanzialmente sconosciuto. Per promuovere un effettivo diritto alla salute sono necessari specifici interventi di educazione sanitaria in questa direzione, che sappiano tener conto delle peculiarità della popolazione immigrate, prima tra tutte la necessità di farcomprendere il concetto stesso di prevenzione sanitaria.

Bibliografia

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems.* Erice (Tp), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, 2002.
MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto.* Roma, Carocci, 2003.

Progetto Migratorio

Il progetto migratorio, ovvero l'insieme delle motivazioni che spingono il migrante a dirigersi verso un nuovo paese, riveste un ruolo decisivo per il benessere psichico di questi. Ricerche condotte negli anni passati hanno messo in evidenza come il progetto migratorio costituisca un elemento di protezione primario per la salute psicologica, e come, per converso, il suo fallimento appaia come il principale fattore di rischio.

Il benessere psicologico degli immigrati sembra dipendere in gran parte dalla capacità di rimodellarsi nel corso del processo di transculturazione, senza spezzare il filo che unisce e dà un senso ai vari tempi della loro vita. Quando il processo non funziona, la trama si smaglia e si crea un'interruzione: il progetto migratorio - che unisce il prima, il tempo della speranza, al dopo, il tempo della realizzazione - costituisce in qualche modo il cardine di questo percorso.

Bibliografia

FRIGHI, L.; PIAZZI, A.; MAZZETTI, M., *Caratteristiche Socio-Demografiche, Salute Psichica e Fattori di Rischio Psicopatologico dell'Immigrazione Extra-Comunitaria a Roma*, «Difesa Sociale», LXXII, 5, 1993, pp. 183-200.

GERACI, S.; MARCECA, M., *I fattori di rischio per la salute fisica*. In: GERACI, S. (a cura di), *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Anterem, 2000, pp. 78-91.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

Prurito *Sine Materia*

Diverse indagini epidemiologiche hanno messo in evidenza come, tra le malattie dermatologiche (che costituiscono una delle più frequenti ragioni di ricorso al medico in medicina delle migrazioni), il quadro clinico più frequente sia il cosiddetto *prurito sine materia*, ovvero un quadro clinico connotato da una notevole sintomatologia pruriginosa soggettiva, ma senza segni obiettivi (con eccezione di eventuali lesioni da grattamento), e senza che ne venga identificata una specifica eziologia. Si tratta di un disturbo che tende ad autolimitarsi e a scomparire nel tempo.

Esso è stato attribuito a un'origine psichica: esprime il disagio nei confronti del proprio corpo, le cui caratteristiche segnalano continuamente al migrante la sua estraneità al contesto e su cui si proietta una percezione di cambiamento temuta. In altre parole, la pelle diventa la sede di un conflitto tra il bisogno di adattarsi alla nuova realtà (e il conseguente timore di perdere se stessi, la propria identità di partenza) e quello di ras-

sicurasi di essere sempre se stessi (con il conseguente timore di rimanere estranei ed emarginati rispetto al nuovo contesto). Esso tende a scomparire via via che l'integrazione dell'immigrato procede con successo.

Bibliografia

BOTTONI, U.; PORRI, M.; GALLO, G. (*et al.*), *Stranieri extracomunitari in Italia: osservatorio della Clinica Dermatologica dell'Università di Roma "La Sapienza"*, «Dermatologia Clinica», 3-4, 1994.

DIASIO, N., *Diventare bianco: crisi di passaggio e riformulazione dell'identità in un poliambulatorio per immigrati a Roma*. In: DELLE DONNE, M.; MELOTTI, U.; PETILLI, S. (a cura di), *Immigrazione in Europa: solidarietà e conflitto*. Roma, CEDISS, 1993, pp. 457-469. Ripubblicato in GERACI, S. (a cura di), *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Caritas Diocesana, 2000.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

MAZZETTI, M.; DECAMINADA, F., *Prurito sine materia nei pazienti immigrati: attualità in tema di psiche e cute*, «Chronica Dermatologica», V, 1, 1995, pp. 51-58.

MORRONE, A.; BARTOLO, F.; PASSI, S. (*et al.*), *Immigrati extracomunitari: osservazioni epidemiologiche dal 1985 al 1990*. In: *Atti 67° Congresso Nazionale SIDEV*, Stresa, 5-8 giugno 1991.

MORRONE, A., *La pelle bianca, la pelle nera, ovvero immigrati e malattie cutanee*. In: GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995, pp. 218-228.

NUNZI, E.; ANONIDE, A.; LENUZZA-BERTOLOTTO, A., *Casistica dermatologica in poliambulatorio per immigrati extracomunitari*, «Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia», 127, 1992, pp. 543-546.

RANDAZZO, S.D.; DINOTTA, F.S., *Osservazioni epidemiologiche in campo dermatovenereologico dal 1980 al 1990 negli immigrati in Sicilia*, «Annali Italiani di Dermatologia Clinica Sperimentale», 47, 1993, pp. 127-131.

STRANI, G.F.; TOMIDEI, M.; MOLINERO, A., *Patologia dermatologica in pazienti extracomunitari. Analisi di un quinquennio (1990-1994)*, «Chronica Dermatologica», VI, 2, 1996, pp. 183-193.

Relazione medico-paziente

La relazione medico-paziente è una componente decisiva della cura, tuttavia essa è assai sottovalutata (quando non del tutto assente) nei corsi di laurea in medicina, e non sempre ha il rilievo necessario neppure nei *curricula* di altre professioni sanitarie. Questa lacuna è rilevante, sia perché priva i medici di specifiche competenze relazionali, sia perché non li sensibilizza alla questione, cosicché questa parte fondamentale della pratica medica rimane non di rado sottovalutata lungo tutta la vita professionale.

Costruire un'efficace relazione medico-paziente è importante sia perché fa parte di quegli elementi aspecifici (come l'azione placebo) in grado di influire significativamente sugli esiti della cura, sia perché è lo strumento fondamentale per promuovere la *compliance*, ovvero l'adesione del paziente alle prescrizioni.

Per quanto riguarda la bibliografia, si veda la voce **comunicazione transculturale in medicina**.

Sindrome di Salgari e Sindrome da General Hospital

Nell'incontro medico-paziente transculturale giocano un ruolo rilevante le aspettative che i due attori della relazione hanno l'uno nei confronti dell'altro. Queste due sindromi sono state utilizzate per descrivere tali aspettative e sono state così battezzate, con un po' di ironia, da alcuni medici che si sono occupati di medicina delle migrazioni in Italia. La "S. di Salgari" colpirebbe quegli operatori sanitari che, di fronte al paziente straniero, si lasciano affascinare dall'esotico (proprio come il celebre romanziere) e vanno alla ricerca di patologie strane, di origine tropicale, mai viste prima, in contraddizione con i dati epidemiologici che dicono che i pazienti stranieri si ammalano in Italia delle stesse malattie che colpiscono gli italiani (vedi le voci **effetto migrante sano** e **patologie**).

La S. da General Hospital è il suo corrispettivo speculare, e si riferisce alle fantasie, che a volte i pazienti stranieri hanno riguardo alle caratteristiche miracolistiche della ipertecnologica medicina occidentale, così come l'hanno esoticamente immaginata sulla base degli sceneggiati televisivi quali appunto *General Hospital, Dottor Kildare* o *ER medici in prima linea.*

Queste aspettative, che corrispondono alla "fase dell'esotismo" nella relazione di cura transculturale, sono destinate ad andare deluse e ad indurre sentimenti spiacevoli, determinando la successiva "fase dello scetticismo". È necessario che queste due fasi vengano superate e che si passi a una terza fase, detta del "criticismo sanitario", in cui i due attori della comunicazione superano pregiudizi e delusioni, riprendono contatto con la realtà e affrontano realisticamente quanto avviene nella loro relazione. Per la bibliografia, oltre alle voci citate, si veda anche **comunicazione transculturale in medicina**.

Bibliografia

Colasanti, R.; Geraci, S., *Medicina e Migrazioni: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale*, «Affari Sociali Internazionali», 3, 1990, pp. 83-89.

COLASANTI, R.; GERACI, S., *Medicina e migrazioni in Italia*. In: GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995, pp. 50-67.
COLASANTI, R.; GERACI, S.; PITTAU, F., *Immigrati e salute*. Roma, Edizioni Lavoro, 1991.
GERACI, S.; MARCECA, M.; MAZZETTI, M., *Migrazioni e salute in Italia*. Dossier di ricerca in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Roma, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, vol. I, pp. 295-379.
MAZZETTI, M., *Commento a proposito di "L'intercultura: da sfida a risorsa"*, «L'Arco di Giano», 19, primavera 1999, pp. 154-158.
MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale in medicina*, «L'Arco di Giano», 22, inverno 1999, pp. 37-56.
MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.

Sindromi legate alla cultura

È questa la traduzione letterale del termine inglese *culture bound syndromes*, che definisce quei disturbi psichiatrici riscontrati solo all'interno di una particolare società o di un determinato ambito culturale. Sinonimi variamente utilizzati sono *sindromi culturalmente caratterizzate* e *disturbi etnici*. In realtà, a nostro parere, il termine è concettualmente improprio, perché, come si è detto a proposito di **etnopsichiatria** (vedi), tutti i disturbi psichici sono connessi alla realtà culturale in cui il soggetto è cresciuto e vive.

Tuttavia utilizziamo questo termine per ragioni pratiche in modo da distinguere quei quadri clinici che non sono presenti nella tradizionale nosografia della psichiatria occidentale (ovvero, non sono compresi tra le *culture bound syndromes* nostrane...) e che possono giungere alla nostra osservazione grazie agli immigrati: il **Dhat** (vedi) ne è un classico esempio. Per la bibliografia, si veda anche la voce **etnopsichiatria**.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Appendix I: Culture Bound Syndromes*. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th edition (DSM-IV)*. Washington D.C., APA, 1994. Tr. it.: *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - 4ª edizione (DSM-IV)*. Milano, Masson, 1994.
INGLESE, S.; PECCARISI, C., *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*. Milano, Utet, 1997.

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è stata fondata a Roma, nel febbraio 1990, da un esiguo gruppo di medici che da anni, in

diverse città italiane, si occupavano, direttamente e su un piano di volontariato, dell'assistenza medica ai pazienti immigrati.

La Società è sorta in modo quasi spontaneo, sospinta e sostenuta dal desiderio unanime di istituire, in primo luogo, un nucleo organizzativo che permettesse uno scambio regolare e fluido delle informazioni che si andavano accumulando presso i vari servizi di assistenza, non solo a livello epidemiologico, ma soprattutto in funzione di un costante miglioramento delle modalità di incontro, sul piano antropologico-medico, con il paziente proveniente da altri contesti socio-culturali.

Nel corso degli anni, alla SIMM hanno aderito alcune centinaia di persone: medici, psicologi, antropologi, sociologi, infermieri, mediatori culturali, assistenti sociali e altri operatori socio-sanitari. Questa scelta di pluridisciplinarietà di competenze e profili professionali, ha permesso alla Società di avviare una riflessione a tutto campo sui temi socio-sanitari riferitisi alla popolazione straniera e di pianificare proposte ed interventi spesso innovativi. Momenti significativi del confronto sono i diversi Convegni Nazionali promossi dalla SIMM ed in particolare le periodiche Consensus Conferences che hanno luogo in Sicilia, con scadenza biennale.

Questi anni sono stati connotati anche da un'azione su un piano culturale e politico prima per far emergere la problematica del diritto alla salute degli immigrati e poi per orientare scelte operative di promozione della salute: l'articolato della normativa sanitaria attuale è stato proposto da un gruppo di operatori che fanno riferimento alla SIMM; per alcuni anni dal 1998 fino al 2001, presso il Ministero della Sanità è stata istituita una Commissione, richiesta dalla Società (l'80% dei componenti erano soci alla SIMM) che ha lavorato sul Regolamento d'attuazione e su Circolari del Ministero della Sanità e ha prodotto un decalogo per gli operatori e un decalogo per utenti stranieri tradotto in 20 lingue. È stato avviato un coordinamento tra le singole regioni sul tema della salute e immigrazione che ha permesso di "esportare" esperienze virtuose verso regioni più disattente ed ancora la SIMM è stata coinvolta dal CNEL nel condividere esperienze di buone prassi e produrre un documento sull'accesso ai servizi che ancora oggi è riferimento operativo.

Per la SIMM attualmente si sono aperti nuovi scenari di impegno in ambito nazionale e locale: realizzare un adeguato "monitoraggio" dello strumento normativo nazionale e della sua applicazione locale anche attraverso dei gruppi territoriali (vedi **Gris**); mantenere una azione politica per rivendicare la certezza del diritto anche a livello sovranazionale; promuovere una formazione specifica ed un'azione culturale per ripensare un sistema sanitario che non solo garantisca

l'accesso ai servizi, ma ne assicuri la reale fruibilità, anche attraverso una medicina transculturale.

Bibliografia

GERACI, S., *Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso*. In: CONTI, C.; SGRITTA, G.B. (a cura di), *Salute e società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri*. Milano, Franco Angeli, 2004, pp. 21-34.

GERACI, S., *La formazione degli operatori come elemento di integrazione degli immigrati. Le raccomandazioni dell'VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, «Panorama della Sanità», 37, ottobre 2004, pp. 43-45.

ISMU, GNLBI, SIMM, ABIO, *Abstracts Convegno nazionale congiunto*. Milano, 2003.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, Atti delle *Consensus Conference* sui temi sanitari delle migrazioni, I, AFFRONTI, M., D'ANCONA, F., PEDALINO, B. (a cura di), Palermo, 1990; II, AFFRONTI, M., PEDALINO, B., SPINELLI, A. (a cura di), Palermo, 1992; III, AFFRONTI, M., SPINELLI, A. (a cura di), *L'immigrato: una realtà del nostro tempo: dall'accoglienza all'integrazione*, Cinisi (Pa), 1994; IV, AFFRONTI, M., PEDALINO, B., SPINELLI, A. (a cura di), *I flussi migratori nel bacino del Mediterraneo. Aspetti sociali, giuridici e sanitari*, Palermo, 1998; V, AFFRONTI, M., PEDALINO, B., SPINELLI, A. (a cura di), *L'idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà*, Palermo, 1998; VI, AFFRONTI, M., RACALBUTO, A., MESSINA, M.R. (a cura di), *Untori e unti. Dall'esotismo alla realtà*, Palermo, 2000; VII, AFFRONTI, M., LUPO, M., MESSINA, M.R. (a cura di), *Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems*, Erice (Tp), 2002; VIII, AFFRONTI, M. (a cura di), *15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità*, Lampedusa (Ag), 2004.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *Linee programmatiche della VI Consensus Conference*. Palermo, 2000.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *Raccomandazioni della VII Consensus Conference*. Erice, 2002.

Si segnala inoltre il bollettino "SIMMnews", lettera periodica della Società e la rivista mensile «Il permesso di soggiorno» edito da Sinnos che contiene una pagina curata dalla SIMM.

Stress da transculturazione

Si definisce stress da transculturazione l'insieme di eventi stressanti che interessano la vita del migrante soprattutto (ma non solo) durante il primo periodo di impianto nel paese ospitante. Tale insieme si compone di vari stimoli e non è possibile darne una descrizione sistematica, perché ciò che può costituire uno *stressor* per una persona può non rivelarsi tale per un'altra. Tuttavia, a scopo esemplificativo, ne riportiamo alcuni.

La *lingua*: interagire in un ambiente di cui non si conosce la lingua è impegnativo. A questa difficoltà di comunicazione va aggiunta quella che deriva dal linguaggio non verbale: la mimica, la gestualità, la

distanza a cui ci si colloca dalle persone quando si conversa, eccetera. Le persone devono dedicare una grande parte delle loro energie psichiche a capire e a farsi capire.

Il *corpo*: un corpo straniero può imbarazzare, e creare difficoltà nelle relazioni, perché segnala continuamente la propria diversità rispetto al contesto (vedi: **prurito sine materia**).

Lo *status sociale*: a partire dai paesi poveri sono spesso persone di buon livello culturale e sociale; quando arrivano diventano semplicemente degli "extracomunitari", con tutti gli stereotipi che questo termine comporta: poveri, miseri, ignoranti, selvaggi. Vi sono persone che passano da un *milieu* sociale nel quale erano riconosciuti come colte e stimate, a un altro in cui si trovano a condividere alcuni servizi con le fasce più povere ed emarginate della società italiana.

La *crisi etica*: cambiare paese può significare arrivare in un luogo dove princìpi che si sono sempre seguiti appaiono sovvertiti (si pensi, ad esempio, alle differenze di genere, o alla diversa tolleranza della morale pubblica a stimoli di tipo erotico).

Bibliografia

FRIGHI, L., *Psichiatria Transculturale*. In: FRIGHI, L., *Manuale di Igiene Mentale*. Roma, Bulzoni, 1984, pp. 285-309.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale in medicina*. Roma, Carocci, 2001.

MORO, M.R., *Psychothérapie transculturelle des enfants des migrants*. Paris, Dunod, 1998. Tr. it.: (a cura di) D. Demetrio, *Bambini immigrati in cerca di aiuto*. Torino, Utet, 2001.

Tortura

La tortura è stata definita, dalla Convenzione delle Nazioni Unite, in questi termini: "ogni azione con cui viene intenzionalmente inflitto dolore o sofferenza, sia fisica che mentale, a una persona con lo scopo di ottenere da lei o da una terza persona informazioni o una confessione, di punirla per un'azione che lei o altri hanno commesso o sono sospettati di aver commesso, o di intimidire o obbligare a qualcosa lei o altri, per qualsiasi ragione, basata su discriminazioni di qualsiasi tipo, quando questa sofferenza viene inflitta, o istigata, o comunque avvenga con il consenso di un pubblico ufficiale o di un'altra persona che agisca con questo ruolo".

In realtà questa definizione sembra limitativa: riceviamo e visitiamo vittime di tortura, che arrivano da molti paesi del mondo e che in diversi casi hanno subito violenze da persone che non sono direttamente

pubblici ufficiali, ma che hanno la forza per poterle commettere (bande armate, gruppi politici, eccetera).

La tortura è un evento ampiamente diffuso e viene praticata più o meno estesamente nella maggioranza dei paesi (segnalazioni, sia pure saltuarie, sono state fatte da Amnesty International anche per l'Italia, oltre che per molti paesi occidentali).

La tortura può lasciare tracce anche gravissime sia nel fisico sia nella psiche delle vittime, e i medici che ricevono i sopravvissuti devono essere preparati emotivamente ad ascoltare esperienze terribili, che a volte possono apparire intollerabili anche soltanto da sentire, a intervenire sul piano clinico per garantire le cure necessarie ai pazienti e a fornire perizie efficaci, che aiutino le vittime nel percorso, a volte ostico, per ottenere il riconoscimento del diritto d'asilo.

Sul fronte della psicopatologia, si è già accennato al **Disturbo Post-Traumatico da Stress** (vedi), ma questa non è l'unica condizione psichiatrica che si osserva tra le vittime di violenza: in altri casi prevalgono sindromi depressive o ansiose, quadri simil-psicotici, dipendenze da sostanze, o altre sintomatologie, a volte di gravità estrema, e si riscontra un rischio elevato di suicidio. Esistono oggi strategie efficaci per la cura psicoterapeutica dei sopravvissuti alla tortura, e particolarmente promettenti appaiono quelle messe a punto da Françoise Sironi e dal Centro Devereux di Parigi. Un altro istituto che in Europa ha studiato approfonditamente le strategie di recupero delle vittime di tortura è il Centro per la Ricerca e la Riabilitazione delle Vittime di Tortura di Copenaghen.

Limitiamo la bibliografia quasi solo a quanto è stato pubblicato in italiano. All'interno dei testi citati è comunque possibile trovare un'ampia rassegna della letteratura internazionale.

Bibliografia

AMNESTY INTERNATIONAL - MEDICI CONTRO LA TORTURA, *Guarire dalla tortura. Da vittime a testimoni.* Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.

AMNESTY INTERNATIONAL, *Medici e Tortura: sette storie d'oggi.* Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994.

MAZZETTI, M., *Passio exilii: rifugiati e salute psichica. Prima parte: il trauma.* «Quaderni del Centro di Psicologia e AT», 27-28, 1999, pp. 92-105.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano.* Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

MEDICI CONTRO LA TORTURA, *Le vittime di tortura. Aspetti medici e psicologici.* «Rivista Medica», numero monografico, 6, 3-4, 2000.

PUGET, J. (*et al.*), *Violence d'Etat et Psychanalyse.* Paris, Dunod, 1989. Tr. it.: *Violenza di stato e psicoanalisi.* Napoli, Gnocchi, 1994.

SHRESTHA, N.M.; SHARMA, B., *Tortura e vittime della tortura*. Milano, Naga, 2001.
SIRONI, F., *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la Torture*. Paris, Odile Jacob, 1999. Tr. it.: *Persecutori e Vittime. Strategie di violenza*. Milano, Feltrinelli, 2001.
UNITED NATIONS - HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, *Istanbul Protocol. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. New York – Geneva, United Nations, 2001 (una parte del Protocollo di Istanbul è stato tradotto dall'associazione romana "Medici contro la tortura").
Per dare un'idea degli effetti della violenza sugli uomini, può essere arricchente anche la lettura di due opere letterarie: Primo LEVI, *Se questo è un uomo*. Torino, Einaudi; Oriana FALLACI, *Un uomo*. Milano, Rizzoli

Volontariato sanitario

Il tema del volontariato è uno dei temi più complessi ed attuali. Quello sanitario, che coinvolge ben oltre la metà di tutte le persone che svolgono attività volontaria in Italia, ha delle sue specificità per l'ambito estremamente delicato come è quello che riguarda la tutela della salute. In questa sede ci riferiamo al volontariato sanitario nell'ambito dell'immigrazione.

Citato esplicitamente nelle ultime due edizioni del Piano Sanitario Nazionale, nella legge sull'immigrazione, nel suo regolamento d'attuazione e nella circolare ministeriale, il coinvolgimento del volontariato è stato ripreso da varie delibere regionali e da protocolli aziendali. Ci sembra opportuno fare alcune precisazioni in quanto parlare di volontariato oggi in una società in rapida trasformazione sociale, economica ed organizzativa, è difficile e si può facilmente cadere in superficiali generalizzazioni. D'altro canto anche il volontariato ha accezioni spesso diverse tanto che spinge alcuni a parlare di *volontariati*, altri ad escluderlo da ciò che viene definito "terzo settore" (né Stato, né mercato) ed a richiederne l'inclusione in un "quarto settore" per accentuare le caratteristiche proprie del volontariato stesso che sono gratuità, spontaneità, condivisione...

Certo è che lo Stato si riorganizza definendo nuovi ambiti di azione spesso in modo decentrato, e, soprattutto, mette in movimento nuovi protagonisti e proprio tra questi emerge nell'ambito sociale, culturale ed ambientale il volontariato ancora con una infinità di accezioni, intendimenti, propositi, progetti. Eppure il ruolo dello Stato ed il ruolo del volontariato paradossalmente sono strettamente legati e non si può parlare dell'uno senza parlare dell'altro: in una battuta potremmo dire che tanto è più forte uno Stato in ambito di protezione sociale, almeno in termini normativi-programmatori, tanto più il volontariato è attivo, profetico, non coartato a semplice supplente o tappabuchi. Più

lo Stato delega o non gestisce una propria responsabilità, più il volontariato perde la propria essenza innovativa, anticipatoria, e pur di non avere un mero ruolo di supplenza, acquista un ruolo di denuncia e di stimolo anche se spesso è schiacciato dall'impegno quotidiano.

Il volontariato in ambito della tutela sanitaria degli immigrati, sviluppatosi in Italia all'inizio degli anni 80 e tuttora estremamente attivo, ha colmato inizialmente un vuoto istituzionale di assistenza ed ha fatto emergere progressivamente un diritto.

Proprio in questo ambito si è attivato un processo che potremmo dire di "storia naturale del volontariato" che va dalla risposta pronta e concreta ad un bisogno, all'analisi del bisogno e dei meccanismi che lo producono, macro e micro, da un attenta azione di promozione della persona, lavorando in rete, coinvolgendo vari protagonisti ed infine traducendo il bisogno in 'vertenza' politica non solo con la denuncia (fine anni 80, inizio 90), ma anche con proposte politicamente percorribili ed accettabili (le norme sanitarie di assistenza agli immigrati attualmente in vigore nascono da questo impegno). Proprio nell'ambito sanitario per gli immigrati, il volontariato laico e confessionale ha quindi coniugato la propria essenza e forse, con formule innovative, potrà tracciare nuove strade di partecipazione.

Bibliografia

AA.VV., *Documento preparatorio III Convegno Nazionale sul Volontariato*. Foligno, 1998.

Bai, A.; Carradori, T.; Dallari, G.V.; Petio, C.; De Santis, F., *Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato*. «Mecosan», 24, 3, 1997, pp. 57-66.

Borzaga, C.; Fazzi, L., *Welfare mix e processi di differenziazione nel settore non-profit: quale futuro per il volontariato?*. In: *Rapporto biennale sul volontariato in Italia*. Roma, Ministero per gli affari sociali, 1998, pp. 223–224.

CNEL - Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, *Sintesi dei Gruppi di lavoro* (gennaio-giugno 1999).

Franzoni, G., *La solitudine del samaritano*. Roma, Theoria,1993.

Geraci, S. (a cura di), *Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri - CNEL*. «Agenzia Sanitaria Italiana», 13, 29 marzo 2001, pp. 30-46.

Geraci, S., *Il ruolo del volontariato in campo sanitario per garantire il diritto alla salute degli immigrati in Italia*. In: Da Villa, G.; Pasini, W. (a cura di), *Aspetti sanitari del fenomeno immigratorio in Italia*. Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1995.

Geraci, S., *Maternità e immigrazione. Il supporto del volontariato*. «Salute e Territorio», 126, maggio-giugno 2001, pp. 139-142.

ILESIS - RICERCA & FORMAZIONE PER I SISTEMI SANITARI CON IL CONTRIBUTO DI FARMINDUSTRIA, *Volontariato e salute. Rapporto sull'esperienza sociale del volontariato sanitario e assistenziale* (Roma, 2003). Milano, Franco Angeli, 2004..

MANCINELLI, S.; MARAZZI, M.C.; PANÀ, A., *La domanda di assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato.* Atti del 36° Congresso Nazionale *L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità.* Sassari, Siti, ottobre 1994, 233 p.

MARSICO, F., *Il ruolo del volontariato in sanità.* In: *Esclusione e marginalità. Atti del convegno.* Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2000, pp. 8-13.

MINISTERO DELLA SANITÀ, *Ruolo azioni ed obiettivi del volontariato in sanità.* Rapporto finale Consulta Nazionale Volontariato in Sanità. Roma, 2000.

PASINI, G., *Le politiche sociali nell'attuale contesto socio-culturale-economico e politico. Aspetti Pastorali.* XXIV Convegno Nazionale delle Caritas Diocesane. Modena, 1998.

ROSATI, D., *L'evoluzione storica dei modelli di solidarietà.* In: *Vuoti a perdere. Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta.* Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan. Milano, Feltrinelli, 2004, pp. 17-34.

TAVAZZA, L., *Il volontariato nella transazione.* Relazione alla V Consensus Conference sull'immigrazione. Palermo, SIMM, 1998.

Per un aggiornamento sui temi del volontariato e del suo ruolo nel *welfare state* si segnala la "Rivista del Volontariato" (Roma).

SALVATORE GERACI s.geraci@areasanitaria.it
BIANCA MAISANO b.maisano@areasanitaria.it
MARCO MAZZETTI marcomazzetti@planet.it

Caritas diocesana di Roma, Area sanitaria

INTERNATIONAL MIGRATION REVIEW

VOLUME XXXVIII NUMBER 3 FALL 2004

Conceptual and Methodological Developments in the Study of International Migration
Special Issue Edited by **Alejandro Portes and Josh Dewind**

A Cross-Atlantic Dialogue: The Progress of Research and Theory in the Study of International Migration. Introduction
ALEJANDRO PORTES and JOSH DEWIND

The Factors that Make and Unmake Migration Policies
STEPHEN CASTLES

The Emerging Migration State
JAMES HOLLIFIELD

Dual Citizenship as a Path-Dependent Process
THOMAS FAIST, JÜRGEN GERDES and BEATE RIEPLE

Immigrant Incorporation in Western Democracies
GARY FREEMAN

Migrant Transnationalism and Modes of Transformation
STEVEN VERTOVEC

Conceptualizing Simultaneity: A Transnational Social Field Perspective on Society
PEGGY LEVITT and NINA GLICK SCHILLER

Revisiting Ethnic Entrepreneurship: Convergencies, Controversies, and Conceptual Advancements
MIN ZHOU

Measuring Undocumented Migration
DOUGLAS MASSEY and CHIARA CAPOFERRO

Illegal Migration: What Can We Know and What Can We Explain? The Case of Germany
FRIEDRICH HECKMANN

Does the 'New' Immigration Require a 'New' Theory of Intergenerational Integration?
HARMUT ESSER

Ages, Life Stages, and Generational Cohorts: Decomposing the Immigrant First and Second Generations in the United States
RUBEN RUMBAUT

The Role of Religion in the Origins and Adaptation of Immigrant Groups in the United States
CHARLES HIRSCHMAN

Religion and Incorporation: Islam in France and Germany
RIVA KASTORYANO

Book Reviews - Review of Reviews - International Newsletter on Migration - Books Received

Order from
Center for Migration Studies
209 Flagg Place, Staten Island, NY 10304-1122
Phone: (718) 351-8800 Fax: (718) 667-4598
E-mail: sales@cmsny.org - website: http://www.cmsny.org

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

La medicina delle migrazioni in Italia Un percorso di conoscenza e di diritti

Premessa

In Italia si comincia a parlare di *medicina delle migrazioni* verso la fine degli anni ottanta, quando la presenza di immigrati provenienti dalle aree più povere del mondo diviene sempre più visibile. In quel decennio un dibattito molto acceso affronta il tema della salute della popolazione immigrata ed evoca il rischio dell'importazione di malattie: un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato. Proprio nello stesso periodo Francesco De Lorenzo, ministro della sanità, istituisce per la prima volta una commissione ministeriale che ha il compito di affrontare il problema della salute degli immigrati. Non è casuale che a parteciparvi siano chiamati quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi.

Non vogliamo tacere che i movimenti di popolazione abbiano facilitato la trasmissione di alcune malattie. Giovanni Berlinguer ricorda in un editoriale di qualche anno fa[1] come questa evenienza si sia drammaticamente verificata durante la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo. I bianchi "esportarono" il vaiolo, il morbillo e l'influenza e fecero strage delle popolazioni locali, prive di difese immunitarie specifiche non avendo conosciuto prima quegli agenti infettivi. Dall'America i conquistatori "importarono", come fossero essi stessi enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale.

Un'altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si registrò a partire dal 1600, quando gli schiavi africani deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Anche in questo caso l'evoluzione fu drammatica, seppure più lenta per una ragione biologica: la malattia non si trasmette attraverso il respiro, la pelle o i rapporti sessuali, ma a mezzo

[1] *Immigrati e malattie: facciamo chiarezza*, «L'Unità», 26 settembre 1997.

di un insetto vettore, la zanzara *Aedes aegypti*. Con le navi degli schiavisti arrivarono oltre Oceano le zanzare, ma queste impiegarono del tempo ad adattarsi al Nuovo Mondo e a riprodursi in numero sufficiente per raggiungere la densità necessaria alla comparsa della malattia.

Berlinguer cita un ultimo esempio: quello dell'aids. I primi focolai di questa malattia sono stati identificati nelle grandi città degli Stati Uniti, ma essa si è in seguito diffusa in tutto il mondo: il suo "successo" è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale e all'associazione fra il virus e l'eroina, con le siringhe che fungono da moderno vettore. La diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi e comportamenti preventivi.

Ma l'aids è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte "difensive" che hanno suscitato in un passato non troppo lontano un acceso dibattito: erano infatti basate spesso sull'identificazione e la schedatura e sul divieto di ingresso ai soggetti positivi. Paradossalmente proprio gli Stati Uniti si sono contraddistinti in questa politica, tentando di imporre, a quanti volevano varcare la loro frontiera, esami del sangue per impedire un "contagio di ritorno". Oggi la malattia è in fase calante nell'occidente, ma manifesta tutta la sua drammaticità nei paesi più poveri, dove chi è malato non ha la forza per viaggiare e/o migrare, a differenza degli uomini d'affari americani di un paio di decenni fa.

Infine il caso della sars (sindrome respiratoria acuta severa) è cronaca recente: dopo le prime evidenze in Oriente, ha provocato malati e alcuni decessi in vari paesi ed allarme (forse eccessivo) in tutto il mondo. Quest'ultimo esempio e quelli precedenti possono giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona? Certamente no. In primo luogo perché, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche ed in secondo luogo perché l'immigrato che arriva per lavorare in Italia è in genere in buone condizioni di salute per auto-selezione: parte chi ha maggior *chance* di riuscita nel progetto migratorio e quindi chi è più sano e integro nel fisico. Infine dobbiamo notare come i viaggi internazionali e intercontinentali siano ormai di routine e solo marginalmente legati all'emigrazione: si viaggia piuttosto per turismo o affari, abbattendo barriere di spazio e di tempo che una volta potevano segregare o contenere agenti microbici più o meno infettanti.

A noi piace pensare alla medicina delle migrazioni non in termini di malattie o di rischio, ma come occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme (corpo, psiche ma anche cultura, aspettative, desideri) ed in un contesto (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche d'accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni), in un ottica di salute globale che nell'epoca della globalizzazione non deve certamente sfuggirci.

E così ci sembra opportuno ricordare quanto un medico svizzero, Johannes Hofer, descrive nella sua *Dissertatio Medica* del 1688. Aveva infatti osservato di frequente una particolare malattia tra i soldati mercenari svizzeri, allora ricercatissimi in tutta Europa, presso i quali svolgeva la sua opera clinica: «*La Heimweh, questa malattia così spesso mortale, non è stata sinora descritta dai medici... Il nome tedesco indica il dolore di coloro che si trovano lontani dalla Patria, e di coloro che temono di non rivedere più la terra natale. I francesi, osservando gli svizzeri colpiti in Francia da tale sventura, hanno coniato la definizione di mal du pays (malattia della patria), e poiché essa non ha alcun nome in latino, così ho pensato di chiamarla, dal greco, nostalgia, da nòstos, il ritorno in patria, e àlgos, dolore e sofferenza*».

Come riferisce il compianto prof. Luigi Frighi, vero maestro della medicina della migrazione in Italia, Hofer si era accorto del particolare stato d'animo in cui talora cadevano quegli uomini, fatto di melanconia, di intenso desiderio di tornare a casa, di paura per non poter più rivedere il paese natale, e proponeva l'immediato ritorno a casa come unica terapia efficace. Da attuarsi assolutamente, vista la gravità potenzialmente estrema della malattia, che, secondo Hofer, poteva condurre anche alla morte.

Quell'analisi è stata un evento storico: non solo è nato un termine passato in molte lingue a indicare quel particolare sentimento così comune a chi lascia una terra, un ambiente caro; ma è stata anche effettuata la prima codificazione medica, o, meglio ancora, psichiatrica, di una patologia dell'emigrazione.

Con le prime avvisaglie del fenomeno immigratorio in Italia, agli inizi degli anni ottanta, il mondo sanitario ha reagito ricercando nuove patologie, un po' come la *Heimweh*, connotandole di un esotismo coloniale e quindi attribuendo di volta in volta agli immigrati l'importazione di malattie tropicali, la responsabilità della recrudescenza di malattie arcaiche, obsolete rispetto al nostro benessere, o il malessere prodotto da condizioni di disagio psichico atavico.

Se l'osservazione del giovane collega svizzero era talmente puntuale da valere ancora oggi, la medicina delle migrazioni moderna non è storia di malattie o di quadri nosologici inconsueti: è invece spesso storia di diritti negati o nascosti, di incomprensioni reciproche, di pregiudizi e paure. Però, non solo questo, per fortuna. La medicina delle migrazioni in Italia è anche la cronaca di un incontro, avvenuto sul piano del bisogno, ma che progressivamente ha fatto intravedere e scoprire la necessità di trovarsi pure sul piano della cultura, del sapere, della condivisione di esperienze, stimoli, sensazioni. L'incontro con lo straniero immigrato è uno dei momenti nuovi dell'impegno sanitario in Italia, perché è nuovo il modo in cui queste problematiche e queste esigenze si pongono:

la riscoperta del peso della cultura, dell'imprinting della propria società d'origine, di come le condizioni sociali possano pesantemente influenzare lo stato di salute fisica e mentale degli individui. Inoltre è l'occasione per riscoprire come il nostro "ovvio" non sia assoluto, come le nostre strutture sanitarie si siano progressivamente allontanate dai bisogni reali delle persone, sommerse da burocrazia, affollate da false esigenze.

La medicina delle migrazioni non è, né vuole essere una nuova branca della medicina, una nuova specializzazione – ne abbiamo fin troppe -, ma è la riscoperta che l'attenzione, a persone prima ancora che pazienti e nel caso degli immigrati a portatori di una particolare specificità linguistica, culturale e di status, è essa stessa medicina e terapia.

Fino al 1995: la fase dell'esclusione

I pionieri dell'immigrazione e i diritti negati

In Italia abbiamo cominciato ad occuparci di immigrazione con l'immagine ancora fresca di milioni di nostri concittadini costretti a lasciare la propria nazione: lo scorso secolo è stato connotato dai nostri nonni, zii ed altri parenti che in massa hanno raggiunto nazioni più o meno lontane. Nei ricordi familiari l'emigrazione in America prima o nel nord Europa più recentemente è presente come un momento drammatico ma nel contempo affascinante, doloroso ma stimolante. Nei nostri ricordi difficilmente affiorano le difficoltà, i pesi, le paure, le malattie dei nostri parenti; inconsciamente releghiamo questi aspetti al "giusto" o "necessario" prezzo da pagare del migrare: è il costo della migrazione, un costo economico ma soprattutto fisico. Le vittime dell'emigrazione italiana del Novecento sono state decine di migliaia: vittime di viaggi clandestini, di discriminazioni, di violenze, di malattie o di stenti. Ed ancora oggi, senza che la notizia sia registrata dalla cronaca, rientrano in Italia, ammalati, centinaia di *gastarbeiter*[2] consumati da quarant'anni di lavoro duro e ripartono, in cambio, nuove leve dalle regioni del sud in cerca di occupazione.

Sarà forse per questa inconscia rimozione culturale, per questa assuefazione storica che, quando i primi immigrati sono giunti in Italia, abbiamo tardato a metterci in moto; abbiamo connotato le avvisaglie del fenomeno come eventi passeggeri, transitori, non degni di attenzio-

[2] *Gastarbeiter*, letteralmente lavoratore ospite, è il termine utilizzato in Germania per indicare gli immigrati stranieri. Questa denominazione, coniata negli anni sessanta, esprime mediante il sostantivo lavoratore il fatto che gli immigrati siano stati considerati prevalentemente come forza lavoro, cioè come risposta temporanea all'accresciuta domanda di lavoro del dopoguerra: dunque una scelta funzionale all'economia del paese. L'aggettivo ospite sottolinea come il fenomeno immigratorio sia stato considerato transitorio, con la conseguente mancanza di adeguate politiche organiche sul tema emigrazione e su percorsi di integrazione.

ne particolare. Noi, paese di emigrati, non potevamo essere oggetto del desiderio di immigrati. Questo ritardo si è scontato in tutti i campi, anche in quello sanitario. Di fatto gli immigrati sono stati a lungo esclusi dalla possibilità di un accesso ordinario al Servizio sanitario nazionale (SSN), non hanno avuto garantito il diritto alla salute, non sono entrati nelle casistiche ufficiali, negli studi epidemiologici, nella programmazione sanitaria. La loro presenza visibile, soprattutto nelle grandi città, ha, però, innescato timori e pregiudizi anche in quel campo sanitario che ufficialmente non conosceva il tema e non poteva quindi rispondere, alimentando così sospetti ed insicurezza. Dagli inizi degli anni ottanta, una vasta rete di organismi di volontariato è sorta in tutta Italia per rispondere sul piano della solidarietà a ciò che per diritto era negato.

Molte delle informazioni disponibili in quel periodo sulle patologie più frequentemente riscontrate nei migranti provengono proprio da questi ambulatori. Sebbene la documentazione di questi centri non possa essere correttamente confrontata, né possa essere comparata ai dati delle strutture pubbliche, perché in molti casi erano adottati sistemi di classificazione diversi, si è osservata in quegli anni una sostanziale sovrapponibilità delle informazioni raccolte ed è stato possibile tracciare un profilo della salute dell'immigrato in Italia sostanzialmente condiviso da tutti gli esperti.

Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente: l'apparato respiratorio (in particolare nei mesi invernali, riconducibili a patologie acute); l'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie, disturbi della motilità intestinale ecc.); quello osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa); pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di 'prurito sine materia': un disturbo senza base eziologica organica); l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti); la sfera ostetrico-ginecologica (di rilievo crescente insieme a quella pediatrica). Contrariamente alle attese, è stato invece basso il riscontro di diagnosi psichiatriche; è stata limitata anche l'evidenza di patologie infettive, per la maggior parte di tipo nostrano (del tutto occasionale il riscontro di quelle esotiche di importazione). Percentualmente rilevante era la classe dei "sintomi e stati morbosi mal definiti", non correlabile ad una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e talora a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e ad esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato). Alcune differenze tra centro e centro di assistenza, nel peso relativo dei vari gruppi di patologie, possono dipendere da una maggiore offerta di prestazioni di una particolare specialità.

Strutture sanitarie sia di tipo istituzionale che del privato sociale hanno inoltre sottolineato come, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di cura, almeno fino ad un recente passato, si è manifestata temporalmente distinta dall'arrivo in Italia. Mediamente si è trattato di una distanza di svariati mesi: il cosiddetto "intervallo di benessere" abitualmente calcolato ricostruendo, su base anamnestica, il periodo intercorso tra l'arrivo e la prima richiesta di assistenza sanitaria. Tale intervallo è risultato variabile da una città all'altra. Chi è venuto in Italia volontariamente per cercare lavoro, seppure condizionato da ciò che i sociologi hanno definito "fattori di espulsione" (povertà, urbanizzazione rapida, devastazioni ambientali ... del proprio paese) e "di attrazione" (richiesta di manodopera, possibilità di reddito, libertà, rappresentazioni di benessere ... del paese ospite), sa bene che potrà occupare, per lo meno nella fase iniziale del suo percorso di inserimento, le nicchie lavorative lasciate libere dagli italiani perché troppo faticose, scomode, rischiose o non particolarmente gratificanti economicamente. E ciò indipendentemente dal proprio patrimonio culturale e dal livello di scolarizzazione.

Da quanto detto si può dedurre che l'immigrato sia arrivato generalmente nel nostro paese con un "patrimonio" di salute pressoché integro: si consideri come proprio la forza-lavoro, su cui questi gioca le possibilità di successo del progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica; è il cosiddetto "effetto migrante sano", ampiamente citato in letteratura.

Risulta d'altronde estremamente logico che il tentativo migratorio, soprattutto in una fase iniziale, venga messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, massimizzano le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio: sono i "pionieri" della migrazione della propria famiglia, gruppo, paese. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra sia in genere un giovane adulto; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un grado di istruzione medio.

Tali considerazioni comprovano l'evidenza che le patologie d'importazione si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisite nel paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento. Sono le complessive condizioni di vita, cui l'immigrato deve conformarsi nel paese ospite, ad erodere e dilapidare il "patrimonio" di salute iniziale in tempi più o meno brevi.

Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo le situazioni in cui il migrante sia portatore di patologie che non lo scoraggino a partire, in quanto ancora asintomatiche, o per scarso livello sanitario del paese di origine, o perché culturalmente non con-

siderate come tali[3]. Vi sono tra queste alcune patologie infettive[4] che meritano un'attenta sorveglianza e controllo nel luogo d'arrivo, perché ad alta endemia in molti luoghi d'esodo. Tali misure non sono ottenibili se non con interventi volti a favorire al massimo l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari e, in alcuni casi, la non onerosità delle prestazioni necessarie; a queste stesse patologie sarebbe quanto mai opportuno dedicare specifici progetti di educazione sanitaria.

Si deve infine evidenziare come dai dati di ricovero ospedaliero, in quel periodo non uniformemente raccolti, emergano con maggior evidenza, rispetto alle strutture di primo livello, situazioni indifferibili di domanda sanitaria, come la gravidanza, il parto e l'interruzione volontaria della gravidanza, o situazioni di bisogno legate ad una maggiore esposizione sociale e lavorativa, come incidenti e traumatismi.

Molti studi e ricerche sono stati resi possibili grazie alla capacità di mettere in rete le informazioni e le esperienze, e ciò ha portato alla fondazione di una società nazionale per il collegamento e lo scambio scientifico-organizzativo, la Simm (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)[5]. Inoltre dal 1990 è stato organizzato un momento d'incontro a livello nazionale, che si tiene ogni due anni in Sicilia: la Consensus Conference, giunta alla VIII edizione[6].

Se allora le informazioni dal punto di vista epidemiologico erano scarse, sul piano del diritto all'assistenza esisteva una quantità di norme, stratificatesi nel tempo, che nei fatti lo cancellava. Da una nostra

[3] Emblematica è la consuetudine all'infestazione malarica in aree ad altissima endemia.

[4] L'epatite B ed, in parte, la tubercolosi, la quale, però, risente molto delle condizioni di vita nel paese ospite.

[5] La Società Italiana di Medicina delle Migrazione (Simm), nasce nel febbraio del 1990 per volontà di un gruppo di medici ed operatori sanitari che da anni si occupa , in diverse città italiane dell'assistenza medica ai pazienti immigrati direttamente e su un piano di volontariato. La Società sorge in modo quasi spontaneo, sospinta e sostenuta dal desiderio unanime di istituire un nucleo organizzativo che permetta uno scambio regolare e fluido delle informazioni, accumulatesi presso i vari servizi di assistenza. Tale scambio non serve solo a livello epidemiologico, ma soprattutto in funzione di un costante miglioramento delle modalità di incontro, sul piano antropologico-medico, con il paziente "diverso". Per informazioni.

[6] Dal 1990 grazie all'entusiasta iniziativa di Serafino Mansueto, direttore dell'Istituto di Medicina Interna dell'Università di Palermo, la Consensus Conference riunisce ogni due anni quegli operatori che in varie parti d'Italia si occupano del diritto alla salute degli immigrati, nonché di studiare il fenomeno e di individuare strategie adeguate per un reale promozione della salute di questa popolazione. Significativi sono gli ultimi titoli delle Consensus: 1998 – *L'Idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà*; 2000 – *Untori e unti: dall'esotismo alla realtà*; 2002 – *Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems*; 2004 – *15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità*.

analisi della seconda metà anni novanta, risulta infatti che le norme che identificavano le possibilità di garanzia del diritto alla salute degli stranieri erano contenute in ben 27 provvedimenti legislativi: 3 leggi, 2 decreti del Presidente della Repubblica (DPR), 6 decreti legge (DL), 16 decreti ministeriali (DM). Senza considerare poi i provvedimenti legislativi specifici come le convenzioni con particolari Stati esteri e non prendendo in esame le reiterazioni dei decreti legge non convertiti in legge. Una pletora di norme ha dunque a lungo reso impossibile l'accesso alle strutture e la fruibilità delle prestazioni per molti degli immigrati presenti in Italia. In quel periodo si parlava di diritto alla salute negato per legge ai clandestini e nascosto ai regolari.

Il 1995 è stato un anno determinante per sollecitare una maggiore attenzione ed una adeguata politica sanitaria per gli immigrati: in quei mesi una serie di eventi ha innescato una "reazione a catena" che ha portato ad affrontare il problema. Un convegno, organizzato a Roma nel mese di gennaio dalla Caritas di mons. Luigi Di Liegro[7] in occasione della presentazione del volume *Argomenti di medicina delle migrazioni*, sottolinea con vigore la necessità di una politica sanitaria adeguata alle realtà immigratoria e sociale. Quell'incontro si colloca, non del tutto casualmente, in un momento in cui si verificano due gravi congiunture legislativo-amministrative. Un decreto legge[8] stabilisce le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri degli immigrati non iscritti al SSN portandole a £ 560.000/die per i ricoveri ordinari e a £ 2.400.000/die quelli altamente specializzati. Inoltre non è reiterato il decreto che permetteva l'iscrizione gratuita al SSN per gli immigrati regolari disoccupati. Ne consegue il rischio che circa 70.000 persone perdano l'accesso alle cure. Già da qualche giorno sono lanciati vari appelli e proprio durante il convegno era giunge la notizia che Elio Guzzanti, neo-ministro della sanità, reitera il decreto per la gratuità dell'iscrizione al Ssn come suo primo atto ufficiale. Inoltre in una audizione alla XII Commissione parlamentare (7 febbraio 1995) Guzzanti specifica: «*per quanto riguarda gli immigrati irregolari, i profughi e quanti chiedono asilo il problema è estremamente delicato, perché, allo stato, è permesso esclusivamente l'intervento d'urgenza, cioè il ricovero ospedaliero, mentre voi parlate della necessità di assicurare un'assistenza sanitaria di base e preventiva. Mi dicono che vi è una certa contraddizione nell'impegno formale ed ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere. Mi rendo conto di questo, però prescindendo per un momento dalla funzione di ministro della sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro*

[7] *Immigrazione e salute: una politica dell'oblio.*
[8] DM 8.9.94 pub. Gazzetta Ufficiale 30.12.94 n. 304.

esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci; poi vedremo di risolverlo e forse potremo avere preziose indicazioni».

Il 25 febbraio un altro convegno segna un momento importante: a Milano, il Naga (un'associazione di volontariato sanitario per immigrati e nomadi) ed altri gruppi di volontari del nord Italia organizzano il seminario *Salute senza colore*, nel corso del quale è presentata una proposta di legge per il diritto alla salute per gli extracomunitari. Sulla base di tale proposta tutti i gruppi impegnati sul campo a livello nazionale collaborano a redigere un documento presentato al ministro il primo luglio 1995. Pochi giorni dopo, il 6 luglio 1995, il Senato approva un ordine del giorno che impegna il governo Dini "a ricercare le forme per difendere il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari, emanando provvedimenti atti a superare gli ostacoli che impediscono di fatto la parità dei trattamenti". Sono quindi individuati sette punti, attorno ai quali si propongono analiticamente percorsi giuridici adeguati[9].

Allora i gruppi promotori dell'iniziativa legislativa decidono di coinvolgere i parlamentari di tutte le forze politiche per invitarli ad esprimersi sulla proposta di legge che, nella prima settimana di agosto, è formalmente depositata al Senato ed alla Camera, sottoscritta da circa 60 senatori[10] e oltre 140 deputati[11].

Il ministro della sanità parla ancora della necessità di estendere una protezione sanitaria agli immigrati comunque presenti sul territorio nazionale in vari incontri e convegni; l'ultima volta intervenendo al convegno *Per una sanità multiculturale: quale politica per gli immigrati?*, organizzato svoltosi a Roma dalla Caritas e dall'Istituto d'Igiene dell'Università La Sapienza l'8 novembre 1995. Dopo pochi giorni esce il Decreto Legge 489/95 che, nell'articolo 13, per la prima volta sancisce il diritto all'assistenza sanitaria non solo legata all'urgenza, anche all'immigrato irregolare e clandestino.

Seconda metà anni '90: la fase dell'accesso

L'emersione del diritto e l'evidenza di aree critiche per la salute

Gli stranieri in Italia provengono da quasi 190 paesi diversi, di tutti i continenti. Questa è una caratteristica peculiare dell'immigrazione nel nostro paese che ha fatto evocare l'immagine di un caleidoscopio di persone, culture e religioni ed ha connotato la popolazione anche per la

[9] 193 resoconto sommario, ordine del giorno n. 1 - 9.1735.1. del 6.7.1995, primo firmatario on. Petrucci.

[10] Primo firmatario il verde Manconi.

[11] Primo firmatario il cristiano sociale Tanzarella.

diversità per patrimonio genetico (in rapporto ad alcune malattie ereditarie, per altro ancora estremamente rare) e per capacità di adattarsi ed interagire con il nuovo sistema sociale e sanitario del paese ospite. Come abbiamo ricordato la prima fase dell'immigrazione è stata caratterizzata prevalentemente da "pionieri": l'effetto migrante sano è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione non solo in termini economici. Tuttavia già dall'inizio e soprattutto adesso, queste considerazioni sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non valgono per chi è costretto a scappare da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il futuro ma anche l'immediato presente. Si tratta, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, dei profughi, degli sfollati e dei rifugiati.

L'effetto migrante sano tende ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Tale effetto non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori "trainati" da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute inoltre cambia con il mutare del profilo demografico dell'immigrato in quanto si verifica una progressiva sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani...). Da non dimenticare il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante, soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, spesso sfruttato da chi approfitta della disperazione.

Certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in "dotazione" del migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di "fattori di rischio" e malattie che incombono nel paese ospite, soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari nonostante le leggi.

In realtà molti di questi fattori di rischio accomunano tutti i cosiddetti "soggetti deboli" indipendentemente dalla loro nazionalità, ma in questo caso sono aggravati da una mancanza di condivisione culturale e di storia sociale.

Oggi in Italia, è garantita almeno teoricamente l'accesso alle cure, seppure in forma diversificata, per tutti gli immigrati presenti sul nostro territorio: si è passati da una fase dell'esclusione a quella del diritto alla salute e l'emergere di quest'ultimo ha raggiunto il suo culmine con le norme sanitarie del decreto legislativo 286 del 1998, non modificate dalle più recenti leggi sull'immigrazione. Tale impostazione normativa è stata confortata da alcuni documenti programmatici primi

fra tutti il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e quello 2003-2005, nei quali si evidenzia la realtà dell'immigrazione e si incentivano interventi ed azioni locali sia per garantire accessibilità e fruibilità delle prestazioni, sia per avviare percorsi di maggiore conoscenza del fenomeno.

Non sorprende quindi come negli ultimi anni sempre più strutture pubbliche si avvicinino a tale problematica nell'organizzazione di servizi, nel proporre percorsi formativi adeguati, nella rilevazione di dati e nella promozione di indagini epidemiologiche specifiche.

Il profilo sanitario tracciato fino a pochi anni fa dalle rilevazioni provenienti dalle strutture del volontariato sopra citato e che ha permesso di abbattere pregiudizi e risolvere paure infondate in un momento storico di mancanza di conoscenza del fenomeno, oggi trova conferma e si arricchisce di un maggior numero di ricerche statistico-epidemiologiche e di flussi di dati seppure ancora frammentari e non omogenei.

A questo proposito ci sembrano particolarmente significativi i rapporti dell'Ufficio di statistica del ministero della salute sulle schede di ricovero ospedaliero (sdo) degli stranieri in Italia, pubblicati nel 2001 e 2003 e riferiti rispettivamente al 1998 e 2000. Questi rapporti nazionali, cui stanno seguendo relazioni regionali (in particolare segnaliamo quelle del Lazio e della Lombardia per completezza ed articolazione dell'analisi e quelle del Piemonte e delle Marche per capacità di differenziare nei flussi statistici ordinari i ricoveri di immigrati regolari e clandestini), hanno il pregio di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale (nel rapporto del 2003 sono stati analizzati oltre 280.000 ricoveri di stranieri in un anno), pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico. Non può essere sottaciuto, come abbiamo spesso ricordato, che il ricovero ospedaliero costituisce solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali: è infatti in qualche misura un evento non rinviabile rispetto alla molteplicità delle situazioni cliniche che la popolazione in esame può richiedere. L'analisi dei ricoveri può fornirci informazioni di percorsi assistenziali che possono rivelarsi inadeguati, partendo dalla considerazione che agli stranieri, spesso, manca quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure.

I dati sanitari disponibili evidenziano un superamento delle situazioni di esclusione dai servizi da parte degli immigrati, ma indicano anche una **fragilità sociale** di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabile a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali- comunicative:

A) condizioni patologiche con particolare riferimento a quelle infettive e al disagio psichico, importanti non tanto per la consistenza nu-

merica o per la loro "importazione" dai paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire malattie, stati d'animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete;

B) condizioni fisiologiche come la gravidanza e comunque tutto l'ambito materno infantile con, ad esempio, tassi di mortalità perinatale significativamente più alti tra i figli di straniere immigrate; ed anche tassi fino a cinque volte maggiori tra le donne straniere rispetto alle autoctone nel ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;

C) condizioni sociali, come la detenzione, vera e propria *noxa* patogena e come la prostituzione che vede come protagonisti, spesso obbligati, donne e uomini stranieri.

In definitiva possiamo indicare a partire dall'evidenza dei dati disponibili, come il profilo sanitario dell'immigrato in gran parte si sovrappone (per tipologia delle condizioni patologiche) a quello della popolazione autoctona di pari età, seppur condizionato dall'effetto di scadenti condizioni di vita presenti soprattutto nelle prime fasi dell'immigrazione nel nostro paese: maggiori prevalenze per malattie delle alte vie respiratorie (abitazioni non riscaldate e sovraffollate), per disturbi gastrointestinali (alimentazione inadeguata), per malattie dermatologiche (alta promiscuità abitativa, carenze igienico-sociali).

I risultati dell'analisi delle SDO sono quindi coerenti con quanto ci si poteva attendere sia per un aumento assoluto degli stranieri in Italia, sia come auspicabile conseguenza di politiche tese a dare maggiore permeabilità alle strutture sanitarie pubbliche: in questo senso può essere letta la tendenza alla diminuzione della differenza in particolare tra i ricoveri di un giorno e sull'utilizzo del day hospital, trend da valutare attentamente negli anni a venire per capire se ciò indichi una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali. Che una tendenza in questo senso ci sia stata, è evidenziato da una ricerca pubblicata dall'Istituto Superiore della Sanità[12] che ha indagato e monitorato nel tempo alcuni punti critici del percorso nascita tra le donne immigrate provenienti da paesi ad economia meno avanzata ed in particolare si è proposta di misurare il loro grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici. Lo studio partito nel 1995-1996 è stato riproposto nel 2000-2001 al fine di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l'influenza della normativa introdotta nel 1998. In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio, è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il primo trimestre (da 25% a 16%), il numero di ecografie è quello raccomandato

[12] Rapporto Istisan 03/4 del 2003.

dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media il terzo, come tra le italiane.

Il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari rappresenta quindi una questione cruciale per la salute del migrante, l'accessibilità dipendendo prevalentemente dalla normativa, la fruibilità dalla capacità "culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità dei nuovi utenti.

Il degrado più o meno rapido del patrimonio di salute del migrante nel paese ospite pone seri problemi sia alla persona che si ammala, la quale con la malattia viene a perdere un'importante risorsa (la buona salute) che ha da investire per la realizzazione del progetto migratorio, sia alla collettività che comunque è costretta a sostenere i costi sociali ed economici che questo comporta.

Come ha più volte sottolineato Maurizio Marceca, se in una prima fase l'immigrato può essere particolarmente vulnerabile per le condizioni di degrado e disagio in cui è costretto a vivere, col tempo, superata l'emergenza, prevale la possibilità/capacità di interagire con l'organizzazione, l'offerta dei servizi, la capacità di lettura dei propri bisogni di salute e di saperli esprimere e, viceversa, la capacità del sistema sanitario del paese di adattarsi a questa nuova utenza.

Come abbiamo visto, dal 1995 il diritto alla salute ed all'assistenza viene "sdoganato" con l'articolo 13 di un decreto legge del Governo Dini reiterato ben 5 volte (dal novembre 1995 al 12 settembre 1996: le ultime due versioni con radicali modifiche, non sulla parte sanitaria, del sopraggiunto Governo Prodi). Tra il 1996 e il 1998 si succedono telex e note di chiarimento ministeriali, quesiti regionali e anche delibere locali ormai orientate in modo di "includere" di questa popolazione nel sistema di tutela sanitario.

Alla fine del 1996, l'impossibilità della reiterazione del decreto, a seguito di una sentenza della Corte Costituzionale, ha nuovamente cambiato "le carte in tavola". L'articolo 13 divenuto ormai articolo 11, scompare dal panorama normativo italiano: fortunatamente Rosi Bindi, nuovo ministro della sanità, si pone su questo tema in continuità con il suo predecessore e cerca di salvare i diritti acquisiti ed anche le indicazioni emerse per una politica sanitaria adeguata. Viene promulgata quindi una ordinanza ministeriale, la prima datata 15 novembre 1996, successivamente ripresentata con qualche leggera modifica per ben cinque volte fino alla promulgazione della normativa attualmente in vigore.

Infatti dopo un intenso lavoro preparatorio, anche con il prezioso contributo dell'associazionismo, il 19 febbraio 1998 il Senato approva definitivamente la legge che è promulgata il 6 marzo 1998 con il n. 40[13].

[13] Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, in Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998 – Serie generale.

Il 25 luglio 1998 è emanato il *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*[14], che incorpora tutte le disposizioni della Legge 40, integrandola con alcuni dispositivi ancora in vigore da leggi precedenti. Circa un anno dopo, i principi e le disposizioni contenute nel Testo Unico (TU) trovano maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del proprio Regolamento di attuazione[15].

L'articolo n. 34 del TU dal titolo "Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale" contiene le norme per gli immigrati "regolarmente soggiornanti" sul nostro territorio, cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno. L'articolo 35 dal titolo "Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale" affronta il tema di tutela sanitaria "a salvaguardia della salute individuale e collettiva" anche nei confronti di coloro "non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno", i cosiddetti irregolari e/o clandestini. L'articolo 36, dal titolo "Ingresso e soggiorno per cure mediche", definisce le condizioni necessarie perché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del citato Regolamento d'attuazione e ulteriori chiarimenti al riguardo sono inoltre forniti dal ministero della sanità con Circolare 24 marzo 2000, n. 5[16].

Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale. L'obiettivo dichiarato è infatti quello di includere a pieno titolo per quanto attiene all'assistenza sanitaria gli immigrati in condizione di regolarità giuridica: a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano. Sono stati così rimossi i requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità: a

[14] Decreto legislativo n. 286, pubblicato sul Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Serie generale.

[15] D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999.

[16] Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria, Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1.6.2000 – Serie generale.

questi ultimi sono garantite le cure urgenti e quelle essenziali, continuative, nonché i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato alle strutture sanitarie di segnalare all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

La pianificazione sanitaria nazionale attuale

Fase della fruibilità o il rischio delle disuguaglianze

Prima di analizzare la pianificazione attuale, vale la pena sottolineare come, anche in una ottica federalistica della sanità e ad un progressivo decentramento gestionale, sia previsto per il futuro che lo specifico tema dell'immigrazione rimanga di competenza statale. Infatti, pur nella ridefinizione del ruolo centrale e in una maggiore attribuzione di funzioni e compiti alle Regioni e agli Enti locali, il Governo, ai sensi dell'art. 1, comma 3, della legge 59/97, continuerà a mantenere la titolarità delle funzioni e dei compiti riconducibili ad una serie di materie, tra cui sono comprese l'immigrazione e l'asilo politico.

Abbiamo citato le norme che attualmente regolano l'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri in Italia, norme che dal 1998 non sono state modificate né dall'entrata in vigore della così detta Legge Bossi Fini sull'immigrazione[17] né dalle varie normative legate alla "devoluzione in ambito sanitario"[18].

Anche i "Documenti programmatici relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato", predisposti dai Governi della passata legislatura, hanno enfatizzato l'importanza dell'accessibilità, da parte degli stranieri, ai servizi sanitari (ed in particolare a quelli pubblici) come elemento chiave per una loro progressiva integrazione.

A sostenere e rafforzare quanto delineato dal quadro legislativo sopra esposto, pochi mesi dopo l'emanazione del TU è stato varato il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000. Tale documento, per la rilevanza che ha rivestito in termini di programmazione su base nazionale, ha assunto un significato storico per quanto di nostro interesse: per la prima volta infatti la salute degli stranieri immigrati è stata riconosciuta tra le priorità del Servizio sanitario nazionale e dell'intera collettività che esso tutela.

Il Piano presentava infatti una sezione dedicata agli immigrati quali destinatari di interventi specifici. Nella prima parte del documento, dedicata agli obiettivi di salute, la popolazione migrante è stata espressamente

[17] N. 189 del 30.07.2002: "Modifica alla normativa in materia di immigrazione ed asilo".

[18] Ad esempio nei Livelli essenziali di assistenza – LEA, sono comprese le prestazioni per immigrati regolari ed irregolari.

compresa tra i "soggetti deboli" di cui l'Obiettivo IV si propone di "rafforzare la tutela".

In sintesi, il Piano sanitario nazionale (PSN) ha identificato come obiettivi prioritari, da raggiungere entro il triennio: l'accesso garantito all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, per gli immigrati in tutto il territorio nazionale; l'estensione alla popolazione immigrata della copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana.

A questo scopo, nel triennio 1998-2000, dovevano «*essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati: formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute; organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati*».

Tra i documenti e provvedimenti previsti dal PSN quali adempimenti prioritari, vi era inoltre un Progetto obiettivo dal titolo "Salute degli immigrati", la cui stesura è stata affidata ad una Commissione istituita presso il Servizio studi e documentazione dell'allora Ministero della sanità. Tale Servizio ha licenziato un documento, che, però, non ha avuto alcuna ufficializzazione. La stessa Commissione ha inoltre promosso alcune attività, tra cui, *in primis*, la costituzione di un Coordinamento di referenti regionali sul tema, ed altre iniziative di sensibilizzazione e divulgazione[19]. La Commissione, nonostante il rinnovo del mandato da parte del ministro Umberto Veronesi per gli anni 2001, 2002 e 2003, non è più stata convocata fino a decadere definitivamente nonostante ripetuti solleciti da parte di vari enti locali come strumento utile per il collegamento e la pianificazione di politiche ed esperienze territoriali.

Anche il nuovo Piano per il triennio 2003-2005 prevede, all'interno della parte seconda, nel capitolo dedicato alla "salute e il sociale", una sezione specifica sull'assistenza agli stranieri, dove, "osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia la sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta a fronte dei nuovi problemi di salute legati ai nuovi gruppi di clienti. Altre azioni prioritarie suggerite riguardano i seguenti aspetti: migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle interruzioni volontarie della gravidanza (IVG); ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione; raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;

[19] Ad esempio la presentazione di "decaloghi" - documenti schematici di indirizzo operativo - rivolti ad operatori sanitari e ad utenti immigrati, tradotti in varie lingue e reperibili sul portale del ministero della salute.

ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.

Infine a sostegno delle spese sostenute per erogare tali prestazioni, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) ha stanziato, negli ultimi nove anni, la somma di 30.987.413,95 euro (60 miliardi di vecchie lire) annui da dividere tra le regioni per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale.

Nonostante qualche recente disattenzione (la proposta di nuovo documento programmatico appare poco incisiva, il regolamento sull'asilo politico inserisce delle contraddizioni sul diritto all'assistenza per i richiedenti), la programmazione attuale sembra adeguata; ma questo è sufficiente per garantire nel futuro una maggiore accessibilità e fruibilità del sistema?

Proprio per guardare al futuro ci sembra opportuno ricordare il passato, ed in particolare alcuni studi sulla mortalità relativa al fenomeno dell'immigrazione interna italiana di circa cinquanta anni fa (dal sud verso il nord). Essi riportano condizioni molto simili a quelle attuali degli immigrati da paesi in via di sviluppo e mostrano come negli anni immediatamente successivi all'immigrazione il rischio di morire sia di molto inferiore a quello dei cittadini autoctoni di pari età e sesso, ma anche come con il passare del tempo il rischio (di morire, ma anche di ammalarsi) vada peggiorando fino a diventare uguale, se non superiore per alcune cause di morte, a quello della popolazione ospite.

Paradossalmente c'è il rischio che gli immigrati, man mano che invecchia la loro storia migratoria, possano integrarsi con la società ospite condividendo la stratificazione sociale più svantaggiata, quella che fa più fatica a tenere il passo, e possano anche condividere il profilo di salute della disuguaglianza. Questo non solo per le fasce estreme del fenomeno (disuguaglianza tra i più ricchi ed i più poveri), ma in qualsiasi punto della scala con significative differenze peggiorative degli indicatori di salute, mortalità e morbosità, oggettiva e percepita, per chi sta più in basso rispetto a chi sta più in alto.

Se epidemiologicamente questo rischio sembra avere un peso consistente, non è possibile attendere rassegnati come di fronte ad un ineluttabile destino. La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale dei nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, della garanzia di una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Pensare ad una organizzazione adeguata, ad una capacità comunicativa efficiente, ad una compatibilità culturale, alla formazione specifica del personale è ancora una volta un'occasione per il nostro sistema di ripensare se stesso e rendersi più fruibile ed attento anche alla popolazione italiana. Pertanto, più che di integrazione dei cittadini immigrati, sareb-

be opportuno parlare di "società integrata" in cui le diversità possano interagire senza venire assorbite.

Sono auspicabili scelte programmatiche gestionali, come ad esempio quella di inserire la salute degli stranieri immigrati quale criterio prioritario di valutazione della qualità nelle strutture (fino a spingersi nell'individuare l'accessibilità ai servizi di questa popolazione come indicatore per la valutazione dell'operato dei Direttori Generali), scelte formative culturali, scelte organizzative innovative come quelle di una mediazione di sistema e di un costante e fattivo coinvolgimento dei medici di medicina generale anche per l'assistenza ai clandestini. Tali scelte devono avvenire sotto la spinta di interventi programmatici come i citati Piani sanitari nazionali o Documenti relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, che si sono per una volta mostrati più attenti e sensibili dell'opinione comune.

In questa fase non è casuale che il volontariato sanitario, ormai non più isolato nel garantire la tutela della salute per questa popolazione, si sia proiettato a sperimentare percorsi innovativi nell'offerta dei servizi (pensiamo al discorso dell'offerta attiva e a quello della mediazione culturale) e nella formazione del personale e stia sempre più approfondendo i temi della percezione, espressione e definizione del bisogno sanitario in ambiti culturali diversi e in culture in transizione relazionale (sia "nostra" che "loro").

Questa situazione, in cui il privato sociale ed il volontariato si muovono come laboratorio culturale ed organizzativo in un campo tipico della salute pubblica, è un altro elemento di originalità dell'esperienza italiana: non più attori contrapposti, pubblico e privato sociale, né deleghe in bianco, ma una riflessione comune, o meglio un sistema pubblico che riesce a piegarsi sulle intuizioni di chi, sulla strada, sperimenta un incontro, raggiunge un bisogno.

Oggi la nostra attenzione deve spostarsi sul rischio reale che un considerevole patrimonio di salute, come è quello attuale degli immigrati in Italia, possa essere sciupato nell'arco di una generazione o meno. Man mano che le norme rendono maggiormente permeabile il nostro Servizio sanitario nazionale, è necessario considerare, sperimentare e promuovere nuovi o innovativi approcci epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici ed organizzativi.

Conclusioni

Negli ultimi anni, una politica sanitaria attenta e norme puntuali hanno favorito un più diffuso accesso al Ssn da parte degli immigrati ma i dati sanitari disponibili evidenziano una **fragilità sociale** di questa popolazione.

Attualmente, la medicina delle migrazioni si trova di fronte a nuovi scenari che richiedono nuove risposte: dalla fase dell'emergenza si è passati alla promozione del diritto e quindi al suo riconoscimento.

Oggi è fondamentale garantire realmente agli stranieri pari opportunità, rispetto ai cittadini italiani, per l'accesso ai servizi e per la fruibilità delle prestazioni sanitarie come sancito dalle leggi in vigore, ma che sempre più spesso, rispetto ad un recente passato, vede preoccupanti restrizioni. È dunque necessario ed urgente avviare un percorso di promozione della salute che, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non si esaurisca nella cura delle malattie, ma promuova un benessere fisico, psicologico e sociale a tutela individuale e dell'intera collettività. Politiche di accoglienza, politiche sociali e sanitarie devono integrarsi ed interagire perché, come dimostrano svariati rapporti epidemiologici, la fragilità sociale è il fattore di rischio maggiore per la salute della popolazione immigrata e il progressivo inserimento ed inclusione nel tessuto sociale, economico e culturale la migliore forma di prevenzione e benessere per l'intera collettività.

SALVATORE GERACI
s.geraci@areasanitaria.it

Bibliografia

ANELLI, F.; GERACI, S.; MARINARO, R.; NANNI, W. (a cura di), *Povertà e diritti negati nell'esperienza dei medici di medicina generale*. In: CARITAS ITALIANA - FONDAZIONE E. CANCAN, *Vuoti a perdere. Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta*. Milano, Feltrinelli, 2004, pp. 265-304.

BAGLIO, G.; CACCIANI, L.; MATERIA, E.; GUASTICCHI, G., *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*. Roma, Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, 2002.

BAGLIO, G.; LOIUDICE, M.; GERACI, S., *Immigrazione e salute: aspetti normativi*. «Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità», 7, 1995, pp. 165-177.

BAI, A.; CARRADORI, T.; DALLARI, G.V.; PETIO, C.; DE SANTIS, F., *Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato*. «Mecosan», 24, 3, 1997, pp. 57-66.

BARRO, G.; CISLAGHI, C.; COSTA, G.; LEMMA, P.; BANDIERA, L., *I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni*. «Epidemiologia & Prevenzione», 17, 1993, pp. 239-243.

BOLLINI, P., *Migration and international health policies*. «Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità», 7, 1995, pp. 217-224.

BONA, G. (a cura di), *Il bambino immigrato*. Cento (Fe), Editeam, 2003.

COLASANTI, R.; GERACI, S., *Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale*. «Affari Sociali Internazionali», 3, 1990, pp. 83-89.

COSTA, G.; FAGGIANO, F., *L'equità nella salute e la programmazione sanitaria.* In: GEDDES, M.; BERLINGUER, G. (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1998.* Roma, EDIESSE, 1998, pp. 261-278.

COSTA, G.; CARDANO, M.; DEMARCA, M., *Torino: storie di salute in una grande città.* Torino, Citta di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico, 1998.

COSTA, G., *Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico.* «Epidemiologia & Prevenzione», 17, 1993, pp. 234-238.

DONZELLI, F.; CUTRONE, M.; REGINI, P.; GIRELLI, G.; GOBBER, D.; MARCHIORETTO, N., *I bisogni di salute del bambino immigrato.* «CUAMM Notizie. Salute e sviluppo», 1, 1997, pp. 57-63.

FORCELLA, E.; CACCIANI, L.; SPINELLI, A.; GERACI, S.; AFFRONTI, M.; TOSI, M.; LANTE, I.; CARLETTI, P.; MANTINI, V.; GUASTICCHI, G.; BAGLIO, G., *Sperimentazione di un sistema informativo relativo all'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati irregolari.* In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM.* Lampedusa (Ag), 2004, pp. 464-465.

FORTINO, A.; PENNAZZA, F.; BOLDRINI, R.; RANDAZZO, M.; MARCECA, M.; GERACI, S., *Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia - Dati SDO 1998.* Roma, Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione, 2001.

FRIGHI, L., *Argomenti di igiene mentale.* Roma, Bulzoni, 1990.

GENNARI, M.; D'ANDREA, M.S., *Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico.* "FM Federazione Medica", supplemento al «Medico d'Italia», n. 37, dicembre 1995, pp. 426-430.

GERACI, S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute.* Roma, Anterem, 2000.

GERACI, S. (a cura di), *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale.* Roma, Anterem, 1996.

GERACI, S.; MARCECA, M.; MAZZETTI, M., *Migrazioni e salute in Italia.* Dossier di ricerca in: *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo.* Roma, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, I, pp. 295-379.

GERACI, S.; DE GAETANO, A., *Costi e benefici dell'assistenza sanitaria agli immigrati: prime ipotesi e considerazioni.* In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM.* Lampedusa (Ag), 2004, pp. 492-500.

GERACI, S.; MARCECA, M.; DEL VECCHIO, R. (a cura di), *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale.* «Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità», 7, 3, 1995, numero monografico.

GERACI, S.; MARCECA, M., *Donne e bambini immigrati.* In: GEDDES, M.; BERLINGUER, G. (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1998.* Roma, EDIESSE, 1998, pp. 43-76.

GERACI, S.; MARTINELLI, B.; OLIVATI, P., *Immigrazione e salute. Politiche locali e diritto sovranazionale.* In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM.* Lampedusa (Ag), 2004, pp. 466-478.

GERACI, S., *Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere.* In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM.* Lampedusa (Ag), 2004, pp. 6-9.

GERACI, S., *Il ruolo del volontariato in campo sanitario per garantire il diritto alla salute degli immigrati in Italia*. In: DA VILLA, G.; PASINI, W. (a cura di), *Aspetti sanitari del fenomeno immigratorio in Italia*. Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1995, pp. 119-135.

GERACI, S., *Immigrazione e salute: riorientare i servizi*. In: Atti del corso di formazione *Riflessi in campo sanitario e socio-assistenziale della legge sull'immigrazione*. «Infosociale», 8, 2004, pp. 33-45.

GERACI, S., *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?* Roma, Carocci, 2001.

GERACI, S., *Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso*. In: CONTI, C.; SGRITTA, G.B. (a cura di), *Immigrazione e politiche socio-sanitarie*. «Salute e società», III, 2, 2004, numero monografico, pp. 21-34.

GERACI, S.; MARCECA, M., *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali*. In: *Atti Conferenza Nazionale Migrazioni e Salute*. Supplemento a «OER Puglia», IV, 3, 2002, pp. 36-51.

GERACI, S.; MARTINELLI, B., *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Roma, Nuova Anterem, 2002.

GERACI, S., *Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora "fragili"*. In: CARITAS/MIGRANTES, *Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione*. Roma, Nuova Anterem, 2003, pp. 183-192.

GERACI, S., *Assistenza sanitaria agli immigrati: per un diritto sovranazionale*. In: Atti della Conferenza *Le politiche dell'UE per l'immigrazione, diritti fondamentali, integrazione sociale, cooperazione allo sviluppo*. Roma, CNEL, 2003 (serie Documenti, 30), pp. 180-184.

MACIOCCO, G., *Tubercolosi, povertà e immigrazione*. «Cuamm Notizie», 20, 1995, pp. 12-16.

MAGLIONA, B., *Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizioni di "irregolarità": problemi medico-legali*. «Professione sanità pubblica e medicina pratica», IV, 2, 1996, pp. 55-56.

MANCINELLI, S.; MARAZZI, M.C.; PANÀ, A., *La domanda di assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato*. In: Atti del 36° Congresso Nazionale *L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità*. Sassari, Siti, ottobre 1994, 233 p.

MARCECA, M.; GERACI, S., *Immigrazione e salute*. In: GEDDES, M.; BERLINGUER, G. (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1997*. Roma, Ediesse, 1997, pp. 169-199.

MARCECA, M. (con il contributo di GERACI, S.), *La salute*. In: ZINCONE, G. (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 273-315.

MARCECA, M. (con il contributo di GERACI, S.), *La salute*. In: ZINCONE, G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 215-242.

MARCECA, M., *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*. «L'arco di Giano», 22, 1999, pp. 27-35.

MARCECA, M.; FARA, G.M., *Condizionamento dei fattori sociali, economici e culturali nell'accesso ai servizi sanitari*. «Annali di giene Medicina Preventiva e di Comunità», 12 (suppl. 1), 2000, pp. 49-57.

MARSICO, F., *Il ruolo del volontariato in sanità*. In: Atti del convegno *Esclusione e marginalità*. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2000, pp. 8-13.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.
MICELI, M.; DI LALLO, D., *La salute riproduttiva delle donne immigrate: uno studio nella città di Roma negli anni 1986-1992*. «Epidemiologia e Prevenzione», 20, 1996, pp. 80-82.
MIELE, R.; PALANCA, V.; PALOMBO, V.; PELLICCIA, L.; TOMASELLI, M. L., *La nuova legislazione sugli stranieri*. Viterbo, Union Printing Edizioni, 1998 .
MINISTERO DELLA SANITÀ – SERVIZIO STUDI E DOCUMENTAZIONE, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002*. Roma, Sistema informativo sanitario, 2003, pp. 62-64.
MINISTERO DELLA SANITÀ – SERVIZIO STUDI E DOCUMENTAZIONE, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*. Roma, Sistema informativo sanitario, 2000, pp. 156-179.
MINISTERO DELLA SANITÀ – SERVIZIO STUDI E DOCUMENTAZIONE. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000*. Roma, Sistema informativo sanitario, 2001, pp. 191-198.
MINISTERO DELLA SANITÀ, *Ruolo azioni ed obiettivi del volontariato in sanità*. Roma, Rapporto finale Consulta Nazionale Volontariato in Sanità, 2000.
MONTECCHI, R., *Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri*. In: COMPAGNONI, F.; D'AGOSTINO, F. (a cura di), *Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale*. Milano, Edizioni S. Paolo, 2001, pp. 190-218.
PASINI, N.; PULLINI, A., *Immigrazione e salute in Lombardia. Rapporto 2002*. Milano, Regione Lombardia e Fondazione ISMU, 2003.
PENNAZZA, F.; BOLDRINI, R., *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000. Rapporto statistico*. Roma, Ministero della Salute, D.G. Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici, Ufficio di Statistica, 2003.
PULLINI, A., *Analisi critica di alcune diagnosi di dimissione ospedaliere, con particolare riferimento a neonati e donne*. In: PASINI, N.; PULLINI, A., *Immigrazione e salute in Lombardia. Rapporto 2002*. Milano, Regione Lombardia e Fondazione ISMU, 2003, pp. 43-66.
SPINELLI, A.; GRANDOLFO, M. E.; DONATI, S.; ANDREOZZI, S.; LONGHI, C.; BUCCIARELLI, M.; BAGLIO, G., *L'assistenza alla nascita dopo l'introduzione delle nuove normative*. In: AFFRONTI, M.; LUPO, M.; MESSINA, M.R. (a cura di), *Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems*, Erice (Tp), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, 2002, pp. 6-11.
SPINELLI, A.; GRANDOLFO, M. E.; DONATI, S.; ANDREOZZI, S.; LONGHI, C.; BUCCIARELLI, M.; BAGLIO, G., *Assistenza alla nascita tra le donne immigrate*. In: MORRONE, A.; SPINELLI, A.; GERACI, S.; TOMA, L.; ANDREOZZI, S. (a cura di), *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2003 (Rapporti ISTISAN, 03/4), pp. 11-23.
ZANFRINI, L. (a cura di), *La salute degli immigrati: problemi e prospettive. Atti del corso per operatori sanitari*. FONDAZIONE CARIPLO - I.S.M.U.- USSL 75 di Milano. «Quaderni I.S.M.U.», n. 6, 1994, numero monografico.
ZINCONE, G. (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2000.
ZINCONE, G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2001.

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità

Innanzi tutto è opportuno cercare di far chiarezza su due termini utilizzati ormai correntemente nella letteratura, ma che nascondono una certa ambiguità di significato: gli aggettivi *interculturale* e *transculturale*. Non si tratta di sinonimi, anche se spesso nell'uso vengono confusi, intercambiati o sovrapposti. Una prima indicazione per distinguere e comprendere i due termini deriva dall'etimologia latina: il prefisso *inter* significa *tra* ed indica *scambio, reciprocità, comunanza*, mentre il prefisso *trans* significa *attraverso, oltre, al di là*, ed indica *la capacità di andare oltre attraversando*.

L'aggettivo *interculturale* ed in generale il tema dell'*interculturalità*, è ormai oggetto d'ampia trattazione in svariate discipline educative moderne. Sinteticamente si può affermare che l'*interculturalità* è una meta e nello stesso tempo la *nuova via ordinaria* di concepire e fare educazione. Non è ancora realtà, ma è la nuova normalità dell'educazione che dovrebbe svilupparsi *dentro* ogni disciplina perché si formi *una nuova mentalità*. In questa prospettiva è importante tener presente che l'interculturalità non è naturale, ma il risultato di un *atto intenzionale*, di un progetto che si propone *l'apertura, l'ascolto, lo scambio, l'empatia con l'altro*. A questo proposito ci pare fondamentale l'atteggiamento del *decentramento*: un atteggiamento da assumere non solo a livello interpersonale, ma sociale, culturale, istituzionale perché si realizzi una *transcognitività*, cioè il passaggio di conoscenze dal sistema cognitivo proprio di una cultura ad un altro.

Per quanto riguarda invece l'aggettivo *transculturale* riportiamo la definizione del *Grande dizionario della lingua italiana* del Battaglia: *«Transculturale: che travalica i particolarismi, le caratteristiche specifiche delle singole culture e che ha quindi carattere universalmente valido. In particolare: in antropologia, determinato dalla reciproca influenza di culture diverse (un fattore sociale, un comportamento culturale, e*

traduce l'inglese cross-cultural)». Aggiungiamo che rispetto ad *interculturale* questo aggettivo si trova più raramente in letteratura ed è quasi sempre associato a termini del contesto sanitario: *psichiatria transculturale, psicoterapia transculturale, counselling transculturale, dialogo transculturale, medicina transculturale, infermieristica o nursing transculturale, clinica transculturale, etc.* Si riferisce cioè a discipline che studiano i rapporti tra cultura e costruzione dell'identità e affrontano il lato psicopatologico, etnopsichiatrico e medico di tale rapporto. È raro trovare il sostantivo *transculturalità* mentre viene utilizzata la parola *transculturazione*, definita da Tzvetan Todorov, autore bulgaro esule in Francia, come *l'acquisizione di un nuovo codice senza la perdita del precedente*[1] ed usata frequentemente nell'ambito degli studi di Igiene Mentale sulla patologia descritta come *stress da transculturazione*[2].

Come è possibile constatare i punti di sovrapposizione tra i due termini in questione sono evidenti e dimostrano la pluralità, e spesso anche la confusione, esistente sia a livello di linguaggio che di prassi nelle varie discipline. La difficoltà di tracciare una netta demarcazione dà modo di cogliere la complessità e la dinamicità della trasformazione in atto. Tale trasformazione obbliga a considerare come varie discipline, per esempio la psicologia, l'antropologia, la pedagogia, la filosofia, la sociologia, stiano in modi e luoghi diversi sviluppando queste tematiche e creando un substrato di conoscenze spesso ancora non comunicanti e dunque di difficile ricomposizione in un quadro ordinato ed organico.

In effetti, l'uso del termine *medicina transculturale* così come proposto in Italia da Riccardo Colasanti negli anni 80 - ma non ne abbiamo trovato in letteratura una definizione soddisfacente risalente a quell'epoca - deriva dal concetto di *psichiatria transculturale* termine coniato dal francese George Devereux, rapidamente diffusosi soprattutto in Nord America (cross-cultural psychiatry) e vuole sottolineare come la relazione d'aiuto in ambito clinico debba porsi *al di là delle culture* muovendosi in uno spazio relazionale in un certo senso universale. Così Salvatore Geraci descrive oggi l'intuizione che spinse allora ad utilizzare questo termine in ambito sanitario: «*Quando con Riccardo Colasanti ci scambiavamo le prime sensazioni e riflessioni sulla relazione con i pazienti immigrati, abbiamo capito che la relazione, seppur tra mille difficoltà, è possibile se ci si pone in un atteggiamento di ascolto, di attenzione, di superamento del proprio ed altrui codice culturale,*

[1] TODOROV, T., *L'uomo spaesato. I percorsi dell'appartenenza*. Roma, Donzelli, 1997.

[2] Si definisce stress da transculturazione l'insieme di eventi stressanti che interessano la vita del migrante soprattutto (ma non solo) durante il primo periodo di impianto nel paese ospitante.

ridefinendo un ambito che va oltre, che va all'essenza della dignità di ogni essere umano. Con Marco Mazzetti abbiamo capito come, non potendo conoscere tutte le culture, la relazione deve essere qualcosa che le attraversa tutte, pone domande e ci trasforma continuamente»[3].

«*Il modello di medicina transculturale potrebbe essere reale occasione per riscoprire quello che è l'asse portante della medicina stessa, cioè il rapporto medico paziente*» - sosteneva Salvatore Geraci nel 1990[4]. In effetti, il percorso intrapreso nei dieci anni successivi dalla medicina, sempre a più stretto contatto con portatori di culture differenti, ha permesso di scoprire che «*la medicina transculturale è una medicina di interrogativi piuttosto che di risposte, di dubbio piuttosto che di certezze, di caos piuttosto che di ordine. Fertile come il caos, produttiva come il dubbio. È la medicina di un territorio di mezzo, dove si addentrano medici e pazienti disposti a rinunciare a certezze, entrambi in movimento, oscillanti tra le sicurezze del passato e le curiosità verso il futuro. Che commettono errori e sanno perdonarseli, perché sanno di soffrire dei limiti della natura umana, e non rinunciano, comunque, ad andare avanti*»[5].

Un'ultima definizione, utile soprattutto per la sua semplicità espressiva, e per questo utilizzata attualmente dagli stessi autori, Salvatore Geraci e Marco Mazzetti, in ambito formativo, è riassumibile nei seguenti concetti: «*la Medicina transculturale è la medicina delle relazioni, attenta e sensibile alle diversità di cultura, di atteggiamento, di aspettative, di contesto, scevra da pregiudizi e realtà precostituite. Dove l'attenzione massima è per la persona nel suo complesso e non per i singoli organi, apparati o malattie. Dove non esistono rigidi protocolli ed il non-standard è quasi la regola, dove avviene un incontro pluridisciplinare, dove il sanitario e il sociale camminano insieme*»[6].

Se da una parte, dunque la *medicina transculturale* sembra in realtà non riuscire ancora pienamente a definirsi, dall'altra anche il percorso, strettamente connesso, della *comunicazione interculturale* lascia aperti ampi spazi di sviluppo ed approfondimento. Del resto la letteratura specifica su questo tema è ancora scarsa, per lo meno in Italia, e fa riferimento più ad esperienze personali che ad una vera e propria sistematizzazione dell'esperienza.

[3] Appunti tratti da un'intervista con l'autore, non pubblicata.

[4] GERACI, S. (a cura di), *Medicina e Migrazioni: Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati*. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, 1992.

[5] MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

[6] Definizione tratta dal materiale didattico di Salvatore Geraci.

A questo proposito è molto interessante il testo del 2001 di Sonia Baccetti *La comunicazione interculturale in sanità* nella nuova collana *Comunicazione in Sanità* diretta da Stefano Beccastrini. È un segnale significativo in un panorama ancora abbastanza deserto, se si eccettua l'ambito più specialistico della Psichiatria e della Psicologia clinica che da molti anni ha affrontato il tema *transculturale*.

Emerge dunque che il tema della comunicazione, ed in particolare della comunicazione tra operatore sanitario e paziente, è oggetto solo recentemente di attenzione da parte della Medicina Generale. Basti osservare che nei testi classici di Patologia e Clinica Medica ancor oggi utilizzati dagli studenti, esso è totalmente ignorato. Possiamo quindi affermare che è proprio a partire dall'incontro recente nelle strutture sanitarie con pazienti di lingue e culture differenti che il tema della comunicazione ha iniziato ad essere maggiormente analizzato e studiato.

L'analisi dei processi comunicativi ha poi permesso di osservare quanto questi influenzino i comportamenti e gli atteggiamenti del paziente anche in ambito isoculturale. Del resto uno dei tre aspetti fondamentali della qualità di un servizio, insieme a quello organizzativo e tecnico, è proprio quello comunicativo. Il paziente immigrato con la sua identità culturale in trasformazione e la sua lingua diversa costringe gli operatori a fermarsi, a *prendersi più coscientemente del tempo per comunicare*, se non vogliono veder vanificati i loro sforzi di *prendersi cura* e dunque il senso stesso della loro professione. Se la presenza di un paziente straniero veniva inizialmente percepita solo come un ostacolo, un fattore di rallentamento del processo comunicativo volto alla promozione della salute, oggi spesso ci si accorge che, al contrario, proprio questa presenza può essere in grado di innescare un processo di miglioramento della qualità del servizio stesso: miglioramento che ricade su tutti i pazienti.

La medicina transculturale ha avuto dunque sicuramente il merito di comprendere i meccanismi che scattano nel corso della relazione e del dialogo terapeutico, quando operatore e paziente appartengono a sistemi culturali differenti, individuando e descrivendo specifiche difficoltà comunicative: prelinguistiche, linguistiche, metalinguistiche, culturali e metaculturali. A fronte di tali difficoltà oltre all'individuazione di opportuni percorsi ed adeguamenti organizzativi per superarle, oltre ad un miglioramento specifico delle competenze comunicative degli operatori sanitari (raggiungibile con specifici percorsi di formazione teorico-pratici già inseriti nel curriculum universitario), oltre all'eventuale coinvolgimento di mediatori interculturali a loro volta ben formati, la proposta più interessante ed efficace sembra essere proprio quella dell'approccio *interculturale* da sviluppare anche in ambito sanitario.

Se è vero, come abbiamo letto nella citazione di Marco Mazzetti, che la medicina transculturale è un *territorio di mezzo, uno spazio in movimento verso il futuro*, che non rinuncia, pur attraverso *incertezze* e sbagli, ad *andare avanti*, è estremamente difficile descrivere sinteticamente il percorso già tracciato. Oltre a tutto le varie esperienze che si sono realizzate negli ultimi venti anni nelle diverse regioni e città italiane, pur avendo forti punti di convergenza, appaiono tuttavia anche estremamente diversificate ed eterogenee. Alcune si sono sviluppate nell'ambito pubblico, altre, forse la maggior parte, hanno avuto inizio grazie alla sensibilità del volontariato ed hanno poi *contaminato* il territorio circostante. Differenti sono anche le dinamiche migratorie del Nord rispetto al Sud o al Centro, nelle città o nelle province, nei luoghi di confine o nelle regioni a statuto autonomo. Tempestive, inadeguate o del tutto assenti le politiche locali e sanitarie.

È indubbio, comunque che l'insieme di queste esperienze, e soprattutto il loro *coordinamento*, abbiano contribuito alla formulazione di quegli articoli relativi alla salute della legge nazionale sull'immigrazione ancora insuperati, almeno sulla carta, in tutta Europa. In altre parole si può arrivare ad affermare che la medicina transculturale non è una nuova branca specialistica della medicina da studiare sui libri o ricercare in internet, ma è la *medicina che si sta trasformando* e delineando nel nostro contesto storico e culturale *in cambiamento*. Per questo più che forzare una sistematizzazione quasi impossibile dei diversi approcci avviati e sperimentati in Italia, cerchiamo di dar conto in modo schematico degli elementi più significativi dell'esperienza di Roma, dove il *gruppo leader* è rappresentato *dall'Area Sanitaria* della Caritas Diocesana:

1. Esperienza iniziata quasi contemporaneamente dal *volontariato* (Area Sanitaria Caritas 1983) e nell'ambito *pubblico* (Ospedale S.Gallicano 1985) con un'azione diretta di assistenza sanitaria rivolta a immigrati irregolari.

2. Promozione dal 1995 di *una rete di collegamento, Gruppo regionale immigrazione e salute* (Gris), che raggruppa istituzioni pubbliche e del volontariato sociale del Lazio con obiettivi propositivi, informativi, operativi, politici.

3. Ampia pubblicazione di materiale informativo e per la formazione e la sensibilizzazione.

4. Azione non solo assistenziale ma sempre più indirizzata alla promozione dei diritti e della formazione scientifica a diversi livelli (Corsi base, Master, Convegni, Seminari, Convenzioni in ambito formativo con l'Università).

5. Monitoraggio del fenomeno migratorio per modulare una risposta adeguata alle trasformazioni in atto e pubblicazione periodica di dati statistici.

6. Ricerca scientifica in ambito medico, antropologico, giuridico, organizzativo e partecipazione a progetti policentrici (rete locale, nazionale ed internazionale).

7. Dal 1990 fondazione della *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni* ed istituzione della Consensus Conference (con cadenza biennale) per garantire uno scambio regolare e fluido delle informazioni sul tema della Medicina Transculturale.

Quali le prospettive?

Sicuramente la medicina transculturale ha davanti a sé una cammino molto lungo e deve fare ancora molti passi in campo politico, legislativo, organizzativo. Ma la *sfida* più importante ed urgente ci sembra riguardi l'ambito scientifico, sociale e soprattutto culturale.

La medicina contemporanea, infatti, di fronte alla frammentazione dell'*uomo modulare*, si è frammentata in innumerevoli specializzazioni ed ultra specializzazioni e, concentrandosi sul singolo *modulo umano*, rischia fortemente di perdere di vista l'uomo. La *medicina transculturale* invece, dovendo ricucire i frammenti dispersi dell'*uomo migrante*, ha, di fatto, rivalutato l'importanza della ricostruzione della storia e del percorso di ogni singola persona cercando dinamicamente un nuovo *asse portante*, non più monolitico e localizzato, ma *nomade*. E in questa ricerca dinamica anche la medicina può forse ritrovare la sua *unità*: mettendo nuovamente al centro la persona. Non una persona astratta, standardizzata e avulsa dal suo contesto socio-culturale, ma la persona reale e concreta di oggi, *questa persona* con la sua *identità nomade* e le sue *appartenenze multiple in trasformazione*.

Anche la medicina dovrà diventare *eterologica*, dovrà ripensarsi cioè a partire dall'altro e non più solo da se stessa. Dovrà saper *decentrarsi* e *decostruirsi* per potersi *ricostruire* nel dialogo con altre discipline, diventando capace di trasformarsi e di assumere elementi nuovi da altri sistemi medici. Anche la medicina dovrà assumere un'identità nuova e sarà un'*identità migrante* che accetta di meticciarsi con altre medicine.

I segni di una profonda e feconda *crisi della medicina occidentale* sono ormai così evidenti nel nostro sistema medico che il tempo sembra maturo per una nuova *forma mentis* che renda capaci gli operatori sanitari di rinunciare ad una posizione egemonica e di porsi in un atteggiamento di costruttiva collaborazione con il paziente nella promozione della sua salute. L'organizzazione dei servizi, degli ospedali ed i loro indicatori di qualità vanno ripensati a partire da una nuova utenza non più *passiva ed omogenea*, ma caratterizzata da una *nuova coscienza* e da una forte *diversità*.

Una delle strategie operative ed anche comunicative che la medicina transculturale ha saputo mettere in atto è quella del *lavoro di équipe*. Si tratta di una metodologia di lavoro quasi del tutto assente nella tradizionale formazione dell'operatore sanitario ed in particolare del medico, abituato a pensare e lavorare da solo, a fidarsi della propria esperienza e del proprio occhio clinico.

La *formazione al lavoro di équipe* potrà trasformare il modo di operare in ambito clinico e faciliterà la valorizzazione di conoscenze, competenze e punti di vista diversi facendoli interagire in modo complementare verso un unico obiettivo, la salute del paziente. Ed in queste competenze e conoscenze diverse saranno certamente benvenute quelle culturali e linguistiche di operatori sanitari provenienti da altri paesi.

Siamo convinti che la medicina transculturale stimolerà la medicina a ripensarsi in un ottica più ampia, accettando *l'interdipendenza* anche nel campo della salute. L'accesso ad opportunità di cura dovrà essere garantito, in prospettiva, a tutti i cittadini del mondo ovunque si trovino a vivere con pari opportunità. La persona dovrà ritrovare la sua posizione centrale anche nella ricerca medica mentre la tecnologia e l'economia dovranno riprendere il loro ruolo di strumenti.

Utopia? Certo, ancora molto di tale visione è effettivamente *u-topos*, senza un luogo possibile di realizzazione, ma alcuni *laboratori* dove questa realtà sta iniziando ad essere intuita e sperimentata esistono anche in ambito sanitario. Ed iniziano ad esistere dove ci sono persone inquiete disponibili a cogliere il vento nuovo dell'interculturalità, ad abitare profeticamente la storia protesi verso il futuro. Fino a che la *medicina transculturale* possa fare a meno del suo aggettivo e diventi semplicemente e normalmente la nuova nostra medicina.

Siamo consapevoli del *cammino lungo* richiesto da una trasformazione radicale sociale e culturale quale è quella in atto nelle società contemporanee a livello planetario e delle forze che inevitabilmente resistono ad ogni trasformazione[7]. Tuttavia avvertiamo, nello stesso tempo, *l'inquietudine*, e diremmo proprio *l'urgenza* di una *politicità dinamica* affinché le riflessioni e le idee arrivino abbastanza rapidamente ad intaccare la società e ad esprimersi eticamente, in un *ethos* che deve essere nuovamente negoziato e condiviso.

[7] Giovanni Battista SCALABRINI (1836-1905), vescovo di Piacenza, padre e apostolo dei migranti, diceva a proposito delle idee innovative: «*il cammino delle idee è di una lentezza disperante, massime quando urtano interessi e passioni, ma è continuo quando le idee proposte sono giuste e di vera utilità. Insistiamo dunque, perché ogni lentezza giunge alla meta, a condizione che la stanchezza non vinca chi se ne è fatto banditore*», *L'Italia all'estero*, Torino, 1899, p. 12.

Il mondo va in fretta e non ci è concesso aspettare che la pedagogia diventi ordinariamente interculturale e le prossime generazioni prendano il posto delle attuali[8]. È necessario muoversi subito anche perché le migrazioni camminano rapidamente e richiedono già oggi nuove risposte come sostiene anche Antonio Perotti al termine del suo libro *La via obbligata dell'interculturalità*, testo fondamentale per chi è chiamato nell'attualità, ad un ruolo pedagogico in qualunque ambito o disciplina[9].

Abbiamo già accennato all'importanza della formazione interculturale anche nell'ambito della medicina. Crediamo non si tratti però di inserire semplicemente nuove tematiche nei curricula dei futuri operatori sanitari, ma piuttosto di *riformulare le stesse basi della medicina* rileggendole in un *corpo sociale pluriculturale*.

Sono dunque davvero sufficienti le indicazioni teoriche di cui disponiamo per avanzare[10]? Se il nuovo paradigma educativo: *l'altro come punto di partenza* deve guidarci anche in ambito sanitario, dovremo ripensare la medicina a partire dal punto di vista del paziente, tenendo conto, nel rapporto terapeutico, così come nella ricerca e nella gestione ed organizzazione dei servizi, della sua *alterità* ed unicità, oltre che della sua *somiglianza* ad ogni altro essere umano.

Il contesto plurireligioso, favorito ed accentuato dai processi migratori, porta alla luce la complessità del rapporto tra religione e medicina in un ambiente in cui convivono, in maniera più o meno conflittuale, diverse appartenenze religiose. L'aspetto dell'*appartenenza religiosa* del personale sanitario o del paziente non può più, come in precedenza, essere lasciato sullo sfondo e dato per scontato. Emerge la necessità di una formazione più ampia che comprenda anche elementi di filosofia, teologia, sociologia ed antropologia medica.

Se, come afferma Claude Lévi-Strauss, *la scoperta dell'alterità è quella di un rapporto, non di una barriera*, e, come sottolinea Antonio

[8] «*Dobbiamo essere del nostro tempo, (...) non tenerci da parte brontolando (...). Il mondo cammina e noi non dobbiamo restare addietro per qualche difficoltà di formalismo o per qualche dettame di prudenza mal intesa*», SCALABRINI, G.B., *Lettera pastorale per il centenario di S.Luigi*. Piacenza, 1896.

[9] «*In questo campo non bisogna attendere, per cominciare ad agire, che la scienza sia completamente a punto, né che il concerto dell'interculturalismo sia condotto con tutte le garanzie epistemologiche necessarie. In campo educativo e culturale, di fronte al carattere pluriculturale del corpo sociale, non ci sono reali alternative*», PEROTTI, A., *La via obbligata dell'interculturalità*, Bologna, Editrice Missionaria Italiana, 1994, p. 95.

[10] «*Bisogna avanzare, anche se si dispone soltanto di una bussola e di una carta, perché lo esige la situazione, come lo dimostrano in tutta Europa i ritorni di intolleranza, di xenofobia, di razzismo, di antisemitismo, i conflitti etnici ed i localismi esacerbati. Le indicazioni teoriche di cui disponiamo sono sufficienti per avanzare*», PEROTTI, A., *La via obbligata dell'interculturalità*. Bologna, Editrice Missionaria Italiana, 1994, p. 95.

Perotti, *la relazione rappresenta proprio il cuore dell'intercultura*, allora l'insegnamento delle varie discipline mediche in ambito universitario dovrà recuperare la centralità di questo rapporto.

Ci sembra dunque importante, anche a livello clinico, una revisione delle modalità di relazione e comunicazione con il paziente, con particolare attenzione alla raccolta dei dati anamnestici e la conseguente possibilità di analizzare e studiare in modo più articolato i singoli casi clinici tenendo conto anche della religione così come di altre possibili diverse appartenenze. Spesso, però, nei reparti ospedalieri la presenza di un paziente straniero crea disagio non tanto per motivi linguistici o di comunicazione interculturale, ma proprio per la sua *alterità*. Di fronte a tali difficoltà é necessario fare appello a delle situazioni nuove e concrete. Crediamo dunque che sia necessario ipotizzare tirocini e laboratori interculturali anche per gli studenti di medicina, di scienze infermieristiche ed in generale per il personale sanitario già in servizio. Infatti la possibilità di sperimentarsi individualmente in situazioni interculturali, accompagnati dall'interpretazione di persone esperte, permette di integrare il proprio bagaglio di conoscenze con le esperienze ed i vissuti personali.

Un altro fondamento per un'educazione all'interculturalità da coniugare nell'ambito sanitario è sicuramente quello dei diritti. I diritti fondamentali dell'uomo, con particolare approfondimento del diritto alla salute e all'assistenza dell'individuo e della collettività.

Nella pratica della medicina transculturale riscontriamo quotidianamente quanto la mancanza nel personale sanitario, di sensibilità e di aggiornamento sui diritti, sulla legislazione vigente e sulla fruibilità dei servizi da parte di pazienti stranieri, sia patogena e produttrice di disuguaglianze. Non ci risulta sia mai stato documentato e quantificato il danno sulla salute dei pazienti, ma anche economico, che grava quindi sull'intera collettività, provocato dall'ignoranza della normativa e dall'incapacità di comunicare efficacemente a tutti i pazienti informazioni corrette e fruibili. Pensiamo che i risultati di un tale studio potrebbero aiutare a riflettere. Eppure il mondo accademico e scientifico della medicina attuale, si ostina a mantenersi, il più delle volte in nome di una pretesa neutralità, disincarnato dalla realtà socio-culturale del paziente.

Una medicina che si ridefinisca assumendo un concetto più ampio di sanità, concepita come progetto di promozione della salute di tutti, in una visione di interdipendenza planetaria, comporta necessariamente anche un allargamento delle dimensioni della responsabilità. Per questo un altro elemento fondamentale nell'educazione interculturale in medicina, così come in ogni altro ambito educativo, è il dialogo e l'interazione con altre discipline (la psicologia, l'antropologia, la socio-

logia, l'economia, la storia, la politica, la cultura) per rendere la pratica medica sempre più vicina e attenta alla persona reale, nella realtà complessa e plurale di oggi. In questo senso, ciò che abbiamo sopra affermato circa la metodologia del lavoro di équipe, adottata dalla medicina transculturale, potrebbe costituire un utile contributo ad un nuovo approccio fatto più di scambi ed interconnessioni che di concorrenze e arrivismi.

Ci sono infine alcune *patologie* che colpiscono gravemente l'uomo di oggi e dalle quali non è esente nemmeno la medicina: la *memoria selettiva*, ossia la cancellazione dal proprio orizzonte cognitivo e culturale di alcune parti importanti della storia e dei fondamenti etici della stessa medicina. La *memoria dimenticata*, ossia l'incapacità di fare tesoro della storia, dell'esperienza e spesso degli errori già compiuti nel passato. E l'*autosufficienza*, forse la più pericolosa di queste malattie, che fa sì che il sistema biomedico occidentale, basato ormai quasi totalmente sulla tecnologia, ignori o consideri comunque inferiori, tutti i sistemi medici esistenti nella storia e nelle culture millenarie del mondo. Queste patologie interpellano fortemente il sistema educativo a tutti i livelli, e particolarmente l'Università è chiamata a colmare il grave distacco esistente tra le conoscenze trasmesse dagli attuali ordinamenti e le conoscenze necessarie per affrontare il pluriculturale presente nella società.

Uno studio molto interessante del 1998 e recentemente aggiornato - pubblicato solo in parte come tesi di *Infermieristica Transculturale* - analizza le risposte di un migliaio di pre-test e post-test somministrati a personale sanitario all'inizio ed al termine dei corsi di formazione sulla Medicina delle Migrazioni realizzati dai docenti dell'Area Sanitaria della Caritas negli ultimi dieci anni[11]. Dai risultati di questa analisi emerge una grave disinformazione quantitativa e qualitativa relativamente ai processi migratori. Tale carenza genera e consolida numerosi pregiudizi, relativi al profilo di salute di questa popolazione e di conseguenza alla visione dell'altro creando paure ingiustificate che compromettono l'efficacia del rapporto terapeutico.

Da quanto detto è facile intuire come certamente un'informazione più puntuale e documentata sulla realtà della mobilità umana mondiale non possa essere assente nemmeno dal curriculum formativo e dalla formazione continua degli operatori sanitari.

[11] DIASIO, N.; GERACI, S., *L'angelo triste. La percezione dello straniero tra gli operatori sociosanitari impegnati nel campo dell'immigrazione*. In: DELLE DONNE, M., *Relazioni etniche stereotipi e pregiudizi*. Roma, Edizione Università Popolare, 1998, pp. 311-322.

Conclusioni

L'interculturalità, meta e carattere ormai costitutivo dell'umanità di questo nuovo millennio, sta conducendo tutte le discipline umane ad intraprendere percorsi totalmente inediti che richiedono investimenti generosi in ambito formativo. Ciò certamente vale anche in ambito sanitario dove, già da alcuni decenni, la medicina transculturale offre alla medicina occidentale interessanti stimoli. Ciò che sta venendo alla luce è una crisi profonda che, a nostro parere, potrà essere feconda, se la medicina occidentale, basata fondamentalmente sul criterio dell'evidenza scientifica, accetterà di mettersi in discussione, di passare attraverso il dubbio e l'incertezza, di meticciarsi per giungere ad un profonda trasformazione. Verso dove? Pensiamo che la meta possa essere proprio la medicina transculturale, ossia una medicina finalmente fedele alla sua originaria missione, nuovamente capace di mettersi al servizio della promozione della vita e della salute di ogni uomo.

Bianca Maisano
b.maisano@areasanitaria.it

Bibliografia

BACCETTI, S., *La comunicazione interculturale in sanità*. Torino, Centro Scientifico Editore, 2001.

GERACI, S. (a cura di), *Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati*. Roma, Presidenza Consiglio Ministri, Dipartimento Editoria, 1992.

GERACI, S., *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Roma, Anterem, 2000.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

NANNI, A., Appunti del Corso *Comunicazione ed educazione interculturale*. Scalabrini International Migration Institute - a.a. 2003-2004 (non rivisti dall'autore).

PEROTTI, A., *La via obbligata dell'interculturalità*. Bologna, Editrice Missionaria Italiana, Collana Mondialità, 1994.

AA.VV., *Sanità amica in una società multietnica*. «L'arco di Giano», 22, 1999, numero monografico.

estudios
migratorios
latinoamericanos

AÑO 18 ABRIL 2004 NUMERO 53

Indice

La racionalidad económica de las políticas migratorias en los siglos XIX y XX

3 Presentación. ALEJANDRO E. FERNÁNDEZ

7 La política de emigración en Italia (1860-1973). ERCOE SORI

43 La inmigración y la política inmigratoria en Canadá en los siglos XIX y XX: del imperio a la globalización. BRUNO RAMIREZ

75 Legislación migratoria y captación de mano de obra para el azúcar cubano. Del régimen colonial a la República. CESAR YAÑEZ GALLARDO

97 Inmigración y pequeña propiedad agrícola en la Argentina de entreguerras: continuidades y límites de una política estatal. ALEJANDRO E. FERNÁNDEZ

121 Las políticas migratorias de Francia y Argentina en el largo plazo. FERNANDO J. DEVOTO

155 Algunas reflexiones sobre las políticas de inmigración en América Latina en la época de las migraciones de masas. BLANCA SANCHEZ ALONSO

Revista de Revistas - Críticas bibliográficas

Estudios Migratorios Latinoamericanos es una revista cuatrimestral publicada por el Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA). Suscripción anual (3 números): R. Argentina, $ 50; Resto de América, U$S 50; Europa y resto del mundo, U$S 50. Recargo vía aérea, U$S 18. Ejemplar: simple, $ 18 / atrasados, $ 18 / doble, $ 36. Los cheques en U$S deben ser girados sobre Nueva York.

CENTRO DE ESTUDIOS MIGRATORIOS LATINOAMERICANOS

Independencia 20 ∫ (1099) Buenos Aires ∫ ☎ 4334-7717/4342.6749 ∫ Fax: 4331-0832
E-mail: cemla@cemla.com – Internet: http://www.cemla.com

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri

Pregiudizio ed immigrazione

Pregiudizio: "Opinione preconcetta, capace di fare assumere atteggiamenti ingiusti, specialmente nell'ambito del giudizio o dei rapporti sociali".

Vale la pena di cominciare il "razionale" della ricerca che qui presentiamo partendo dalla definizione che un autorevole dizionario[1] dà del termine "pregiudizio" nella lingua italiana: un'opinione basata su di una presa di posizione affrettata e priva di fondamento oggettivo. Quello che la definizione non dice è che di regola chi sostiene un pregiudizio non è consapevole della non fondatezza della sua opinione: al contrario ne è profondamente convinto, come di un assioma indiscutibile. Certamente, la definizione ce lo ricorda, un pregiudizio, un giudizio cioè basato su presupposti errati, non può che condurre ad atteggiamenti ingiusti. La conseguenza più immediata è la critica moralistica del pregiudizio, che fa sì che ogni persona per bene neghi di averne.

Tuttavia, la nostra opinione è che i pregiudizi siano nostri abituali compagni di viaggio; fatichiamo a immaginare un essere umano che ne fosse completamente privo. Se l'attitudine a formare pregiudizi è così diffusa, possiamo spingerci a pensare che essi siano modalità di funzionamento della mente che poggiano su basi fisiologiche; benché possano determinare effetti negativi.

A ben guardare, un pregiudizio è, per la mente umana, un modo economico di funzionare: esso ci consente di agire in modo rapido e di dare risposte automatiche senza coinvolgere la nostra attività psichica in complesse valutazioni ogni volta che dobbiamo prendere decisioni semplici. Gli studi di neuroscienze non sono ancora arrivati a dimostrarlo con sicurezza, ma forse prima o poi ci si arriverà: del resto, se formare

[1] Devoto e Oli, 1990

pregiudizi non avesse significati operativi utili, la nostra mente o il nostro sistema nervoso centrale non avrebbero predisposto un simile meccanismo.

Considerare il pregiudizio da questa prospettiva offre, a nostro parere, qualche vantaggio. Il primo è liberarlo da critiche moralistiche: non è vergognoso averne, significa che siamo esseri umani in grado di funzionare bene. Il secondo è la consapevolezza che tutti formiamo pregiudizi: se lo sappiamo, possiamo metterci alla ricerca di quelli che ci ostacolano nel nostro cammino. Da qui deriva la possibilità di diventare consapevoli dell'infondatezza di ciò che crediamo fortemente vero: come abbiamo detto, la non consapevolezza delle fragili basi della nostra convinzione è un aspetto fondamentale del pregiudizio, che ne rende più subdola l'azione. Arrivati a questo punto, evitare gli "atteggiamenti ingiusti" di cui ci parlava il dizionario diventa una facile conseguenza.

L'incontro con persone di altre culture è, come vedremo, un territorio straordinario per costruire pregiudizi. Il fascino e il timore dell'esotico, tra cui ci bilanciamo nell'incontro con persone che vengono da altri mondi, sono per noi fonti di idee preconcette che possono interferire, e anzi generalmente interferiscono, nella nostra relazione con gli immigrati. Per citare alcuni dei luoghi comuni raccolti in ricerche di questi ultimi anni in Italia, l'immigrato è povero, incolto, estremamente bisognoso, depresso (o con qualche altro disturbo psichico), portatore di malattie infettive e tropicali, spinto dalla fame a cambiare paese, approfittatore, tendenzialmente criminale, incompatibile con la democrazia (se musulmano).

Lo studio del pregiudizio in chiave di rappresentazione culturale dell'altro implica quindi un'attenta considerazione anche delle anticipazioni condivise da chi è impegnato nel campo della tutela della salute degli immigrati. Proprio la necessità di capire il peso dell'implicito culturale all'interno del rapporto/rituale terapeutico ci ha condotto già da vario tempo ad analizzare in prospettiva antropologica tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori socio-sanitari che nel privato sociale e sempre più nel settore pubblico entrano in relazione con l'immigrato. Abbiamo provato ad individuare quegli orizzonti di significati che producono diverse immagini dell'altro. Già da tempo, Riccardo Colasanti e Salvatore Geraci, hanno proposto uno schema interpretativo partendo dall'analisi degli atteggiamenti e comportamenti che medici ed altri operatori sanitari mettevano in atto in uno dei primi ambulatori per immigrati sorti in Italia a metà degli anni 1980, quello della Caritas di Roma. È stata delineata una dialettica dei rapporti che può essere semplificata in tre grandi fasi.

La prima fase, quella che è stata definita *dell'esotismo*, vede il più intenso ed articolato processo di produzione di "immagini dell'altro". Lo straniero è in primo luogo un agente contaminante: il medico o

l'infermiere si aspetta di trovare il paziente affetto da chissà quali strane malattie[2], lo inquadra come vettore di morbi esotici o malattie inconsuete, ogni sintomo si ammanta di una sua presunta "eccezionalità" rispetto alla patologia "addomesticata" nostrana, si richiedono non solo più analisi, ma anche indagini più sofisticate alla ricerca di una sicura malattia tropicale o comunque infettiva ben occultata. La ricerca di un malato, che sia tale in virtù di un suo contatto con il pericolo esotico, implica anche una maggior protezione dal potenziale contagio: il medico si lava più spesso le mani, adotta maggiori precauzioni - ad es. i guanti - nel contatto con il corpo del paziente. Come ci suggerisce l'antropologa Nicoletta Diasio, in questo "esotismo" possiamo includere un'immagine speculare a quella del "corpo infetto", cioè quella costruita dal romanticismo sanitario. Per essa lo straniero è il messaggero di un'alterità salvifica e autentica, tale da configurarsi come una possibilità di riscatto dagli automatismi terapeutici indotti da un modello epistemologico centrato esclusivamente sul "guardare" anziché sull'"ascoltare" e sul "dire", in una parola sul "relazionarsi".

L'alterità del paziente immigrato viene ulteriormente articolata attraverso l'immagine del povero e/o dello sfruttato, icone che hanno forti risonanze simboliche rispettivamente nella costellazione valoriale cattolica-conservatrice e nell'ideologia "progressista" superficialmente intese, ma comunemente recepite: l'altro è da conoscere ed aiutare perché possa essere salvato o emancipato.

Anche l'operatore sanitario è, però, oggetto di specifiche attese culturali da parte del paziente immigrato, una sorta di "esotismo capovolto". Queste attese sono conseguenze del mito dell'alta tecnologia e dell'efficienza sanitaria, con diagnosi e cure rapide ed efficaci, basate sulla capacità occidentale d'intervento, fortemente risolutrice. Per cui ci si trova nella strana situazione del medico che tendenzialmente è portato a vedere nel migrante il "buon selvaggio" di Rousseau e del paziente immigrante che è abituato alle teleserie *Dallas* o *General Hospital*, trasmesse a Kinshasa come a Dar el Salam, e si aspetta quindi di essere trattato come in un ospedale per Wasp bostoniani.

[2] Le prime osservazioni si riferivano a personale sanitario che aveva a che fare essenzialmente con pazienti africani (fine anni ottanta). Questi ultimi, proprio per la loro provenienza, erano portatori di una densità simbolica riferentesi all'idea di Africa come "deposito di virus", luogo di una natura incontrollata e pericolosa. L'immagine del paziente africano come potenziale "malato di tutto" è inoltre anche alla base della tentazione sperimentale che una parte del mondo scientifico ha nei confronti degli immigrati, come in genere delle minoranze più o meno emarginate, quella di considerarli quali possibili "cavie" inconsapevoli su cui rinvenire peculiari patologie infettive o inconsuete condizioni bioumorali.

A questa fase d'esotismo segue il periodo dello *scetticismo*. Nella banalità della pratica quotidiana lo straniero si depotenzia tanto della carica "contaminante" quanto di quella di *homo naturalis* da proteggere. Spesso la domanda insistente di cura è interpretata come ipocondria, perché manca un modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso da entrambi: il paziente viene visto come un "lavativo", un "malato immaginario", un "perditempo". Non scoprire malattie esotiche, non poter fare brillanti diagnosi mette in causa le categorie anticipatrici dell'operatore sanitario e sospende il rapporto medico-paziente in una specie di vuoto di senso, in cui il medico inizia a mettere in dubbio l'utilità del proprio servizio. È questa la fase in cui si registra il più alto numero di abbandoni da parte dei volontari o il maggiore disinteresse e "disattenzione" negli operatori sanitari pubblici, ma è anche quella in cui lo spazio mediano di tipo ermeneutico comincia a prendere corpo, mettendo in questione le categorie conoscitive che avevano dato forma e linguaggio al primo contatto.

Ma, come specifica Marco Mazzetti, anche questa fase ha un "percorso parallelo" nel paziente immigrato: di fronte all'aspettativa di una sanità occidentale ipertecnologica, pronta ed efficiente, riceve, anche per percorsi assistenziali inappropriati (pensiamo all'uso/abuso del pronto soccorso), risposte lente, apparentemente inconsistenti e a volte sgarbate, rinvii ... Situazioni forse usuali per noi che conosciamo la realtà di alcuni ospedali, ma che assumono il senso di sgarbi premeditati, ingiustizie volute, incapacità professionale per chi ha altre aspettative non convalidate dalla realtà.

C'è quindi, ancora una volta, una simmetria tra aspettative e conseguenti atteggiamenti tra noi ed i nostri pazienti. Riconoscerlo sposta l'attenzione sulla relazione tra due interlocutori di pari dignità, sul "qui ed adesso" del dialogo al di là delle differenze culturali.

Si avvia così la terza fase, detta del *criticismo*, nel doppio senso di *crisi* e di *criterio*: crisi dei codici consueti di comunicazione e d'anticipazione, in cui ci si accorge di non aver capito nulla della persona-paziente - in cui non è il virus o il miceto ad essere inconsueto, ma la percezione del corpo, della salute e della malattia - ma anche individuazione, lenta, faticosa, sempre relativa, dei propri criteri di giudizio. La fase del criticismo è anche quella in cui, dopo la delusione, si oltrepassano le immagini che abbiamo esaminato - del povero, dello sfruttato, dell'"untore", del primitivo/salvatore - per incontrare il soggetto, interprete assoluto di una cultura, di una storia, di una realtà psicofisica, di una vicenda esistenziale. E questo anche per il paziente che acquista una più reale consapevolezza di ciò che è possibile chiedere e di ciò che il medico e l'infermiere possono concretamente rispondere.

Questa parabola in tre fasi è riconducibile con qualche accentuazione o attenuazione, oltre che all'interno di contesti di privato sociale e di strutture pubbliche più o meno specifiche, anche nelle scelte di politica sanitaria relativa all'immigrazione: ci riferiamo alle proposte di controlli sanitari alle frontiere, test obbligatori per stranieri (fase dell'esotismo) che periodicamente sono ipotizzati. Colasanti nel 1990 definì questa tentazione come *Sindrome di Salgari*: «... Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. Salgari non si interessò di problemi dei migranti, ma se lo avesse fatto avremmo avuto dei bei titoli da leggere nella nostra gioventù, penso a qualcosa come "I tigrotti della Pantanella" o "La filippina di Labuan". Come Salgari i più beni nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi. Giustamente in tal senso la medicina pubblica con prudenza e il buon senso di un padre di famiglia, doveva arrestare con fermezza l'arrembaggio: i tutori della legge sanitaria, novelli viceré, novelli governatori Brookes alle frontiere, dalle murate della nave Italia, dovevano contrastare epidemiologicamente l'assalto dei pirati della Malesia, che penetrando nella nostre frontiere avrebbero condotto nuovi virus, meravigliose sintomatologie, trasmettendole ai semafori e agli incroci, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza». E nello stesso periodo con Geraci aggiungeva: «...È stupefacente osservare come il gestore pubblico, di fronte a immigrati che passano i loro giorni per strada, sotto la pioggia o il freddo, mangiando dei guadagni della vendita di fiori ed accendini, tossendo di fame, di stanchezza e povertà, muova commissioni che promuovono lo studio dei problemi di medicina dei migranti, non nel senso di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e alla fame che fanno in Italia, ma per bonificare i loro corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose». Ed ancora provocatoriamente scrivevano: «...Lodiamo soprattutto l'attenzione per la difesa delle frontiere dagli immigrati infetti. Ciò vuol dire che sarà necessario controllare i pazienti provenienti da zone a rischio: gli uomini di affari gay provenienti da San Francisco, i tossicodipendenti che vengono da Berlino, i cugini francesi in buona classifica per l'aids. E se questa logica si estende, con buona pace della Lega Lombarda e visto che a Napoli c'è stata una bella epidemia di colera e l'epatite è di casa, anche solerti squadre di funzionari ministeriali, che predispongano chioschetti per screening epidemiologici all'altezza del casello di Caianello dove effettuare seduta stante radicali operazioni di controllo ed igiene pubblica».

Un atteggiamento diverso, ma egualmente inefficace è di contro l'estensione *tout-court* della sanità pubblica agli immigrati senza tener conto di alcune situazioni che ne rendono spesso impossibile l'accessibilità e la fruibilità ai percorsi di salute come la debolezza complessiva di politiche d'integrazione, gli iter amministrativi complessi, la discrezionalità nell'applicazione delle norme, oltre che, a volte, la non leggibilità culturale (fase dello scetticismo).

Una ricerca "casuale"

Consci di questa dialettica sul piano professionale e politico, da anni abbiamo identificato nella informazione corretta, nella sensibilizzazione sui temi dell'immigrazione e nella formazione specifica alcuni elementi irrinunciabili per il superamento del pregiudizio, per la fattiva costruzione di una società accogliente e per porre solide basi di politiche per l'integrazione. Sono stati dunque individuati e sperimentati percorsi diversi con diverse strategie formative, ma che hanno in comune la volontà di essere consapevoli dei propri pregiudizi quale elemento necessario per il superamento degli stessi.

Abbiamo così predisposto un questionario a risposte chiuse che abbiamo utilizzato come pre-test anonimo da somministrarsi all'inizio di ogni evento formativo con lo scopo "didattico" di far riflettere su alcune informazioni acquisite di ogni discente: la consistenza numerica degli immigrati regolari ed irregolari, le problematiche sociali, la conoscenza normativa, le malattie più frequenti. Il rigore metodologico e la sofisticatezza di alcune analisi sono state "sacrificate" alla preoccupazione di dotarsi di uno strumento agile, non di tipo valutativo individuale, che consentisse, nell'immediato, di aprire un dialogo su alcune questioni scottanti e, nel breve-medio periodo, di bilanciare il progetto educativo cercando di non dare per scontati, come elementi replicabili all'infinito, i moduli formativi già sperimentati.

Col tempo ci siamo accorti di avere in mano una mole di dati ed informazioni sulla percezione di alcune problematiche legate ai temi sanitari degli immigrati raccolte in un ambiente specifico che forse valeva la pena analizzare con maggiore attenzione. Non ci troviamo quindi a riflettere su una ricerca sociologica, ma a fare considerazioni a partire dai risultati di uno strumento didattico che è unico nel suo genere in Italia per vastità del campione e stratificazione temporale, seppur casuale nell'ambito di percorsi formativi specifici.

Abbiamo considerato 39 eventi formativi che si sono svolti tra il 1995 e il 2002, organizzati e condotti dalla Caritas capitolina a Roma (9 eventi, concentrati soprattutto nel 1995 – 1997) e in varie parti d'Italia (30 eventi in 20 diverse località): tali occasioni hanno visto la partecipazione

complessiva di quasi 1.400 operatori[3]. Abbiamo anche concentrato gli eventi in due gruppi temporalmente definiti: fino al 1998 (anno della legge sull'immigrazione Turco Napolitano che ha garantito l'accesso alle cure agli immigrati regolari ed irregolari – 11 eventi) e dal 2000 al 2002 (anni di entrata a regime della Legge citata – 28 eventi). Una prima considerazione da fare è relativa all'ampliamento del raggio geografico. Inizialmente la sensibilità e l'attenzione alla formazione specifica erano concentrate soprattutto a Roma, sulla spinta dell'interesse del gruppo di operatori e volontari della Caritas stessa. In seguito un complesso di motivi (maggiore visibilità anche in ambito sanitario del fenomeno immigratorio, credibilità e qualità riconosciute agli eventi organizzati, spinta delle politiche e normative nazionali e locali) ha spinto ad estendere tali iniziative a livello italiano, in particolare al Nord, dove si è registrato il 76% dei partecipanti complessivi (soprattutto nella regione Veneto), e ad aumentarne il numero con un trend crescente ancora oggi mantenuto.

I corsi in oggetto sono quasi esclusivamente *corsi base sulla medicina delle migrazioni* (35), cioè eventi formativi di almeno 14 ore in due giorni, alcuni su base residenziale, mirati a dare delle informazioni generali sull'immigrazione e una formazione specifica sulla salute degli immigrati e sulle strategie di incontro, accoglienza, relazione e cura. Abbiamo diviso i partecipanti in tre gruppi in base alla professione: medici, infermieri e personale non medico di strutture pubbliche o di volontariato. I medici sono maggiormente rappresentati nel Centro Sud (47%), mentre gli infermieri prevalgono nel Nord (62%) (tabella 1).

Tabella 1 – *Distribuzione per professione e luogo del test*

Professione	Centro-Sud	Nord	Totale
medico	111	133	244
	47,23%	*15,03%*	*21,79%*
infermiere	66	551	617
	28,09%	*62,26%*	*55,09%*
Personale non medico e volontario	58	201	259
	24,68%	*22,71%*	*23,12%*
Totale	**235**	**885**	**1.120**
	100,00	*100,00*	*100,00*

[3] Sono stati 1.409 gli operatori che hanno partecipato agli eventi formativi presi in considerazione, ma poco meno di 1.250 hanno compilato il pre test (alcuni operatori sono giunti in ritardo, altri erano "distratti". Nelle tabelle e nelle analisi il totale delle risposte vari, perché non tutti hanno risposto a tutte le domande e negli incroci statistici mancavano alcuni dati.

Agli eventi ha partecipato personale di fondo impiegato nel servizio pubblico, tuttavia la componente di volontari è stata significativa (soprattutto nei corsi romani). Infine la distribuzione per genere ed età ha visto prevalere le femmine (77%) e la fascia compresa tra 35 e 44 anni (38%), mentre tra i maschi è maggiormente rappresentata la classe d'età oltre i 45 anni (44%) (tabella 2).

Tabella 2 – *Distribuzione per classi di età e sesso*

Classe età	Sesso		Totale
	Femmine	Maschi	
< 35	260 *30,09%*	60 *22,47%*	320 *28,29%*
35 - 39	164 *18,98%*	43 *16,10%*	207 *18,30%*
40 - 44	177 *20,49%*	48 *17,98%*	225 *19,89%*
+ 45	263 *30,44%*	116 *43,45%*	379 *33,51%*
Totale	**864** *100,00*	**267** *100,00*	**1.131** *100,00*

È stato utilizzato un questionario costituito da dieci domande ed una parte introduttiva molto breve, che chiede informazioni riguardo sesso, anno di nascita, titolo di studio e professione. Otto domande sono a risposta multipla, per le quali viene richiesto di scegliere una sola risposta e le altre due sono costituite da un elenco di caratteristiche che l'intervistato deve scegliere e ordinare numericamente.

Riportiamo l'analisi delle risposte a cinque domande che volevano indirizzare la riflessione sulla presenza quantitativa degli immigrati regolari ed irregolari o clandestini (in questo articolo definite domanda 1 e 2), sulle problematiche sociali dell'immigrazione (domanda 3), sulle malattie maggiormente presenti (domanda 4) e sulle difficoltà percepite nel trattare il paziente immigrato (domanda 5). (tabella 3)

Tabella 3 – *Domande prese in considerazione per l'analisi dei risultati*

- Quanti sono ufficialmente gli immigrati extracomunitari, provenienti da paesi in via di sviluppo e dall'est europeo, presenti in Italia?

Si indicano tre risposte di cui una nettamente sottostimata, una corretta ed una sovrastimata

- Quanti sono gli stranieri presenti in Italia clandestinamente o irregolarmente?

Si indicano tre risposte di cui una nettamente sottostimata, una con la stima attendibile ed una sovrastimata (nel periodo della regolarizzazione ai sensi della legge Bossi Fini si chiedeva di escludere dal conto i regolarizzandi)

- Enumeri in ordine di importanza le problematiche, legate al fenomeno immigratorio, che ritiene maggiormente presenti:

Si indicano: integrazione culturale, delinquenza, tolgono lavoro, sono sfruttati, droga, non sono adeguatamente tutelati, portano malattie, prostituzione, altro.

- Enumeri in ordine le malattie più frequenti tra gli immigrati:

Si indicano: aids, bronchite, depressione, gastrite, malaria, malattie veneree, psicosi, tonsillite, tubercolosi, altro.

- Quale è la maggiore difficoltà nel trattare un migrante malato?

Si indicano: comprensione culturale, comprensione linguistica, rischio di trasmissione d'infezioni, altro.

La percezione quantitativa della presenza di stranieri condiziona il nostro atteggiamento e comportamento e spesso ci pone sulla difensiva o quanto meno in allarme di fronte ad un fenomeno che certamente è in costante evoluzione ed in crescita numerica, ma rispondente a necessità lavorative o anche demografiche, sociali e culturali.

Il nostro campione, nonostante fosse costituito da persone interessate e coinvolte nel settore dell'immigrazione risponde esattamente alla domanda sulla consistenza numerica degli immigrati regolari solo nel 50,6% dei casi e scende al 45,7% per gli irregolari. Il 35,7% sovrastima il fenomeno e ciò diventa più evidente se ci si riferisce all'immigrazione irregolare con oltre 10 punti percentuale in più (il 46,8%). In genere i giovani forniscono più risposte corrette sulla presenza dei regolari, ma sovrastimano maggiormente i clandestini; gli infermieri hanno una lieve tendenza alla sovrastima, mentre i volontari forniscono più risposte esatte. Gli operatori del Nord Italia sovrastimano complessivamente di più il fenomeno e quelli del Centro-Sud hanno una tendenza maggiore a sottostimarlo. Nel tempo, sia per la componente regolare che irregolare, si evidenzia una maggiore percentuale di risposte esatte ed una minore tendenza alla sottostima incrementando però la percezione di una presenza più consistente della realtà (tabella 4).

Tabella 4 – *Percezione della presenza quantitativa di immigrati regolari e clandestini per anni di rilevazione*

periodo	Immigrati regolari				Immigrati irregolari e clandestini			
	esatta	sottostima	sovrastima	totale	esatta	sottostima	sovrastima	totale
1995-1998	105	41	78	224	78	25	82	185
	46,88	18,30	34,82	100,00	42,16	13,51	44,32	100,00
2000-2002	449	107	320	876	413	56	404	873
	51,26	12,21	36,53	100,00	47,31	6,41	46,28	100,00
totali	**554**	**148**	**398**	**1.100**	**491**	**81**	**486**	**1.058**
	50,36	*13,45*	*36,18*	*100,00*	*46,41*	*7,66*	*45,94*	*100,00*

A fronte di una sovrastima complessiva del fenomeno, gli operatori hanno la chiara percezione che gli immigrati siano una popolazione sfruttata (segnalato dal 64% dei partecipanti tra i primi 3 problemi in ordine d'importanza), che manchino politiche d'integrazione adeguate (59%) e che siano in genere non tutelati (58%). Considerando solamente la prima risposta, le tre già segnalate sono ai primi posti, ma complessivamente quasi un quarto degli operatori indica come problema principale quello relativo alla delinquenza o alla prostituzione o alla droga (tabella 5).

Tabella 5 – *Percezione sulle problematiche più importanti legate al fenomeno immigratorio*

Risposte possibili	Prima risposta		Somma delle prime 3 risposte	
	frequenza	percentuale	frequenza	Percentuale totale
Integrazione culturale	311	26,56	693	59,18
Sono sfruttati	295	25,19	751	64,13
Non sono adeguatamente tutelati	250	21,35	674	57,56
Delinquenza	114	9,74	391	33,39
Prostituzione	88	7,51	481	41,83
Droga	74	6,32	212	18,10
Portano malattie	25	2,13	87	7,43
Tolgono lavoro	12	1,02	38	3,25
Altro	2	0,17	8	0,68
Totale	**1.171**	*100,00*	Sono state sommate le prime tre risposte con le relative percentuali.	

I medici tendono a privilegiare l'integrazione culturale e la mancanza di tutela, gli infermieri riportano più degli altri i problemi connessi alla prostituzione, alla delinquenza ed alla droga; questi ultimi due punti sono maggiormente segnalati negli eventi prima del 2000. Anche la distribuzione per area geografica mostra significative differenze: al Nord si tende a segnalare l'integrazione culturale ma anche la droga e la delinquenza; al Centro-Sud la mancanza di tutela e lo sfruttamento.

Ancora una volta ci sembra che emergano gli aspetti più problematici e conflittuali spesso non legati ad esperienze dirette ma veicolati dalle notizie dei mass media; in questa domanda più di altre si evidenzia anche una disponibilità di fondo dell'operatore, il quale individua nella mancanza di politiche adeguate e di tutela una importante responsabilità oggettiva nel governo del fenomeno.

Interessante è anche la scarsa importanza che viene attribuita al rischio che gli immigrati tolgano lavoro, una idea evocata da alcune forze politiche e dagli strati più popolari della popolazione: avendo a che fare con professionisti e/o comunque operatori "specializzati", non viene percepito tale problema anzi in alcuni casi nei corsi viene testimoniata la necessità di lavoratori stranieri soprattutto nei lavori di accudimento e cura della persona: dalle cosiddette badanti agli infermieri. Infine quasi nessuno sottolinea il rischio di importazione di malattie anche se, come vedremo tra poco il pregiudizio dell'immigrato portatore di malattie infettive, è fortemente radicato.

Le aspettative relative al problema sanitario sono state testate chiedendo agli interlocutori d'indicare la malattia più diffusa tra gli immigrati in Italia, sottolineando quella più frequente e non quella più grave. Ai fini didattici, nel commentare i risultati del test, in genere riuniamo le malattie in tre gruppi che comprendono malattie del disagio psico-sociale (depressione e psicosi), malattie infettive più o meno da importazione (tubercolosi, malaria, malattie veneree e aids) ed infine malattie routinarie per la popolazione italiana (bronchiti, gastriti, tonsilliti). Ciò per evidenziare, con semplici calcoli a forte connotazione visiva (il dato viene subito commentato, in diretta, all'inizio dell'evento formativo) come inconsapevolmente siamo condizionati, pur essendo degli addetti ai lavori, da informazioni sbagliate che, quando veicolate ad un pubblico più vasto generano preoccupazione, avversione e discriminazione.

Ripetendo con i dati oggi in nostro possesso questo pur grossolano esercizio, risulta che quasi il 60% degli operatori ritiene come malattia più frequente degli immigrati una attribuibile al gruppo delle malattie infettive, il 14% a problemi psichiatrici e solo il 26% a patologie comuni o da degrado in una popolazione sostanzialmente sana, la risposta giusta.

Facendo una analisi più attenta, salta agli occhi come la prima malattia rappresentata è la tubercolosi sia nella risposta più frequente con il 42,6% (3 volte più rappresentata delle due che seguono: bronchiti al 14,2% e depressione al 13,1%) sia nella somma delle prime tre risposte dove, però, l'aids e le malattie sessualmente trasmesse si affiancano alla bronchite ed alla depressione. Come dire che se una malattia infettiva non è al primo posto, certamente è tra i primi tre (tabella 6).

Esistono differenze significative tra le varie professionalità: i medici tendono a riportare più degli altri le patologie comuni (bronchiti e gastriti) e la depressione, meno le malattie infettive; gli infermieri riportano più degli altri la tubercolosi e gli altri operatori l'aids. Al Nord si tende a segnalare la tubercolosi e l'aids, al Centro-Sud la depressione e le patologie comuni, infine nel periodo precedente al 2000 si tendeva a segnalare maggiormente le patologie comuni e la depressione, dopo le malattie infettive, soprattutto aids e tbc (tabella 7).

Tabella 6 – *Percezione sulle malattie più frequenti tra gli immigrati*

Risposte possibili	Prima risposta		Somma delle prime 3 risposte	
	frequenza	percentuale	frequenza	Percentuale totale
Tubercolosi	480	42,59	707	62,73
Bronchite	160	14,20	433	38,42
Depressione	148	13,13	417	37,00
Gastrite	94	8,34	217	19,25
Malattie veneree	78	6,92	383	33,98
Aids	77	6,83	394	34,96
Tonsillite	36	3,19	165	14,64
Malaria	34	1,02	217	19,25
Psicosi	12	1,06	120	10,65
Altro	8	0,71	21	1,87
Totale	**1.127**	*100,00*	Sono state sommate le prime tre risposte con le relative percentuali.	

Forse sorprende il ruolo attribuito alla depressione, malattia certamente grave e che potrebbe aprire tutto un altro campo interpretativo relativo al rapporto che si è sempre stabilito tra alterità e follia, sull'immagine del folle come portatore di una parola autentica perché diversa, ed in particolare sulle connessioni culturali tra malinconia-depressione-estraneità che ci riportano a storici studi sulle sofferenze degli immigrati e che non possiamo qui approfondire.

Nicoletta Diasio in un suo articolo di qualche anno fa, commentando i primi dati di questa ricerca, sottolineava come fosse forte un immaginario che schiaccia il soggetto su determinanti esterne: siano esse quelle dell'irriducibilità culturale - il diverso che non ha spazio d'espressione altrimenti che nella depressione - o quelle del miasma microbico, fonte di contagio.

Agente d'infezione biologica e culturale o angelo triste portatore di un messaggio salvifico e bisognoso di protezione, lo straniero rischia comunque d'essere "altro". La volontà della persona straniera d'affermarsi come soggetto costituisce spesso un forte motivo della scelta migratoria (quando questa sia una scelta), ma non a caso è il meno considerato, imbrigliato com'è dalle aspettative di chi comunque, inconsapevolmente e con le migliori intenzioni cerca il diverso.

Nonostante questa disinformazione sui reali bisogni sanitari e con l'enfasi sulle malattie infettive, la difficoltà indicata dagli operatori nel trattare con un immigrato malato non ha quasi mai riguardato il rischio di trasmissione dell'infezione, d'altro canto ci troviamo di fronte a

Tabella 7 – Percezione sulle malattie più frequenti tra gli immigrati confronto tra professioni, aree geografiche e periodo della rilevazione

Risposte possibili	Professioni				Luogo del test			Anno dell'evento		
	medico	infermiere	altro	totale	centro-sud	nord	totale	1995-98	2000-02	totale
Tubercolosi	81 *34,62%*	285 *48,39%*	100 *41,67%*	466 *43,84%*	84 *30,77%*	390 *46,32%*	474 *42,51%*	85 *36,48%*	372 *44,50%*	457 *42,75%*
Bronchite	46 *19,66%*	74 *12,56%*	33 *13,75%*	153 *14,39%*	41 *15,02%*	118 *14,01%*	159 *14,26%*	39 *16,74%*	114 *13,64%*	153 *14,31%*
Depressione	33 *14,10%*	57 *9,68%*	35 *14,58%*	125 *11,76%*	56 *20,51%*	90 *10,69%*	146 *13,09%*	38 *16,31%*	96 *11,48%*	134 *12,54%*
Gastrite	38 *16,24%*	37 *6,28%*	16 *6,67%*	91 *8,56%*	33 *12,09%*	61 *7,24%*	94 *8,43%*	27 *11,59%*	64 *7,66%*	91 *8,51%*
Malattie veneree	10 *4,27%*	45 *7,64%*	21 *8,75%*	76 *7,15%*	19 *6,96%*	58 *6,89%*	77 *6,91%*	13 *5,58%*	61 *7,30%*	74 *6,92%*
Aids	5 *2,14%*	47 *7,98%*	22 *9,17%*	74 *6,96%*	14 *5,13%*	63 *7,48%*	77 *6,91%*	8 *3,43%*	68 *8,13%*	76 *7,11%*
Tonsillite	13 *5,56%*	18 *3,06%*	4 *1,67%*	35 *3,29%*	15 *5,49%*	20 *2,38%*	35 *3,14%*	11 *4,72%*	22 *2,63%*	33 *3,09%*
Malaria	6 *2,56%*	17 *2,89%*	4 *1,67%*	27 *2,54%*	5 *1,83%*	28 *3,33%*	33 *2,96%*	7 *3,00%*	25 *2,99%*	32 *2,99%*
Psicosi	2 *0,85%*	3 *0,51%*	5 *2,08%*	10 *0,94%*	5 *1,83%*	7 *0,83%*	12 *1,08%*	3 *1,29%*	8 *0,96%*	11 *1,03%*
Altro	0 *0,00%*	6 *1,02%*	0 *0,00%*	6 *0,56%*	1 *0,37%*	7 *0,83%*	8 *0,72%*	2 *0,86%*	6 *0,72%*	8 *0,74%*
Totale	**234** *100,00%*	**589** *100,00%*	**240** *100,00%*	**1.063** *100,00%*	**273** *100,00%*	**842** *100,00%*	**1.115** *100,00%*	**233** *100,00%*	**836** *100,00%*	**1.069** *100,00%*

professionisti della salute, ma alla incapacità della comprensione linguistica e culturale (tabella 8); una implicita richiesta ad affrontare il tema della comunicazione, della relazione e della mediazione in ambito formativo ma anche organizzativo e gestionale.

Tabella 8 – *Difficoltà maggiore nel trattare un migrante malato*

Difficoltà	Frequenza	Percentuale
Comprensione linguistica	595	52,33
Comprensione culturale	475	41,78
Rischio di trasmissione infezioni	51	4,49
Altro	16	1,41
Totale	**1.137**	*100,00*

Considerazioni conclusive

Per concludere, non vogliamo sottolineare ulteriormente la presenza di pregiudizi negli operatori sanitari anche nell'ambito dei temi legati alla propria professionalità; per tale motivo non ci inoltriamo in sentieri perigliosi di analisi socio-psicologiche. Certo l'entità del fenomeno ci ha sorpreso inizialmente: coloro che partecipano ai corsi sono in genere persone sensibili, vicine ai temi trattati e spesso impegnate direttamente. I dati riportati confermano purtroppo una nostra quotidiana esperienza e siamo consci che lo strumento utilizzato sia fin troppo grossolano per chiedergli ulteriori approfondimenti. Tuttavia vogliamo cogliere proprio la sollecitazione finale venuta dall'ultima tabella: ancora una volta emerge il ruolo fondamentale della formazione interculturale anche in ambito sanitario, una formazione che dovrebbe incentrarsi maggiormente sulla conoscenza trasversale e sulla collaborazione interdisciplinare (ad esempio medicina, demografia, sociologia, antropologia, psicologia, linguistica...), spezzando il sistema delle appartenenze anche a livello educativo e professionale. Riteniamo positive quelle esperienze in cui, superate le resistenze iniziali, si riesce a costruire una relazione interculturale già all'interno del gruppo tanto dei "docenti" che dei "discenti", allo scopo di ragionare intorno ai pregiudizi, di tutti e di ognuno, posti dall'immigrazione, in modo integrato e complementare. Ovviamente nella collaborazione interdisciplinare ognuno mette a rischio il proprio "potere" su un campo esclusivo della conoscenza: il medico entra nel territorio dei significati sociali, come l'antropologo in quello della ricerca biomedica, ponendo reciprocamente in causa categorie d'indagine consolidate. Come abbiamo più volte indicato, permanere nella via non rassicurante dell'incertezza e della

ridefinizione continua dei quadri concettuali è il percorso più arduoma ciò evita il rischio sempre forte del riduzionismo tra gli estremi di una medicalizzazione ipertecnicizzata in cui tutto è biologico (il malato straniero *è* un corpo come gli altri) e quelli di uno schiacciamento di ogni esperienza nell'irriducibilità culturale (il malato straniero *è* una cultura, un linguaggio di cui non si ha la chiave).

Anche il tema dell'informazione, soprattutto quella mediata dalla stampa e dalla televisione, è legato alla formazione: se è vero che i mass media spesso semplificano e generalizzano messaggi articolati e complessi ("Le lebbra sbarca in Sicilia, "Aids: è malato un immigrato su tre", "Il ritorno della tubercolosi: la portano gli immigrati", "Prostitute immigrate: bombe batteriologiche" per citare alcuni titoli di noti quotidiani palesemente sbagliati e inutilmente smentiti in qualche trafiletto il giorno dopo), ci pare fondamentale fare attenzione ai messaggi che partono dal mondo scientifico per una divulgazione di massa. È necessario promuovere la comunicazione di messaggi efficaci, rigorosamente provati, contrastando facili sensazionalismi spesso legati a esperienze limitate e parziali, consci che informazioni sbagliate o non sufficientemente chiare, vanno a rafforzare quei luoghi comuni che possono strutturare pregiudizi anche tra il personale sanitario.

Ma la formazione e l'informazione ancora non bastano, gli operatori. con le loro risposte e soprattutto con il loro impegno, sollecitano scelte di politica sull'immigrazione e più in genere di welfare di tipo inclusivo: *gli immigrati sono i nuovi cittadini*, era uno slogan di qualche anno fa, lo sono nei diritti e nei doveri, ma lo sono particolarmente in una logica d'appartenenza che, non sottovalutando le differenze, costruisce su ciò che ognuno apporta alla società in termini economici, sociali ma soprattutto culturali. Ci sembra presupposto indispensabile per abbattere o meglio contenere i pregiudizi in un ambito "fisiologico" evitando "i comportamenti ingiusti" che il pregiudizio può produrre.

Un'ultima considerazione accanto a quelle fatte in ambito individuale – la formazione che rende consapevoli e pronti – e collettivo – politiche d'accoglienza e integrazione – riguarda il piano organizzativo-gestionale, cioè la quotidianità delle nostre azioni e dei nostri servizi. Non possiamo aspettare di essere tutti formati all'intercultura o che ci siano politiche illuminate e lungimiranti: nel quotidiano l'immigrato è già la nostra società, popola le corsie degli ospedali, gli studi medici, i consultori. Nei fatti non possiamo trattarlo come cittadino di serie B perché non conosce la nostra lingua, le nostre abitudini, la nostra organizzazione. Come operatori della salute abbiamo il dovere di promuovere percorsi di salute e di cura per tutti, già oggi, con particolare attenzione a chi ha più bisogno: è il nostro mandato, dal direttore generale all'ultimo impiegato. È bene non

dimenticarci di questo, anche se l'esperienza sembra indicarci un'altra realtà. Ognuno con il proprio ruolo e responsabilità, riappropriandosi dell'essenza del mandato professionale, che in genere per prima cosa è un mandato etico-deontologico, può, nel piccolo e/o nel grande, contribuire alla costruzione di una società/comunità in ambito sanitario che accoglie, ascolta e, se necessario, cura.

SALVATORE GERACI
s.geraci@areasanitaria.it
ANNA DE BENEDICTIS
A.DeBenedictis@unicampus.it
Campus Biomedico, Roma

MARCO MAZZETTI
marcomazzetti@planet.it
GIOVANNI BAGLIO
baglio@asplazio.it
Caritas di Roma, Area sanitaria

Si ringrazia Saverio Veloccia (Agenzia di sanità pubblica Regione Lazio) per l'aiuto dato nell'elaborazione statistica.

Bibliografia

COLASANTI, R.; GERACI, S.; PITTAU, F. (a cura di), *Immigrati e salute; paure, miti e verità*. Roma, Edizioni Lavoro - Iscos, 1991.

COLASANTI, R.; GERACI, S., *I livelli di incomprensione medico - paziente migrante*. In: GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995. Riedito in: GERACI, S. (a cura di), *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Caritas Diocesana, 2000, pp. 213-220.

COLASANTI, R.; GERACI, S., *Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale*. «Affari sociali internazionali», 3, 1990, pp. 83-89.

COLASANTI, R., *Antropologia medica e medicina delle migrazioni*. In: GERACI, S. (a cura di), *Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni*. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, 1992, pp. 41-46.

DE BENEDICTIS, A., *Risultati di una indagine conoscitiva per lo sviluppo di strategie educative nell'ambito del nursing transculturale*. Tesi di laurea in scienze infermieristiche, Università "campus bio-medico" di Roma. Anno accademico 2001/2002.

DEVOTO, G.; OLI, G.C., *Il dizionario della lingua italiana*. Firenze, Le Monnier, 1990.

DIASIO, N.; GERACI. S., *L'angelo triste. La percezione dello straniero tra gli operatori sociosanitari impegnati nel campo dell'immigrazione*. In: DELLE DONNE, M. (a cura di), *Relazioni Etniche stereotipi e pregiudizi*. Roma, EdUP, 1998, pp. 311-322.

DIASIO, N., *Differenze culturali e percezioni di salute*. In: GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, pp. 182-192.

DIASIO, N., *La relazione terapeutica in un contesto interculturale*. In GERACI, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Busseto, Perì Tecnés, 1995.

Riedito in: GERACI, S. (a cura di), *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Caritas Diocesana, 2000, pp. 193-201.

DIASIO, N., *Diventare bianco: crisi di passaggio e riformulazione dell'identità in un poliambulatorio per immigrati a Roma*. In: DELLE DONNE, M.; MELOTTI, U.; PETILLI, S. (a cura di), *Immigrazione in Europa: solidarietà e conflitto*. Roma, CEDISS, 1993, pp. 457-469. Ripubblicato in GERACI, S. (a cura di): *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*, Roma, Caritas Diocesana, 2000, pp. 171-181.

DIASIO, N., *L'uomo di vetro e l'uomo velato: la relazione terapeutica con il paziente eteroculturale*. «Annali di Igiene», (7), 3, 1995, pp. 209-216.

DIASIO, N., *Patrie provvisorie*. Milano, Franco Angeli, 2001.

GERACI, S.; COLASANTI, R., *Aspetti socio-sanitari dell'immigrazione extracomunitaria in Italia (medicina e migrazioni)*. «Quaderni di Azione Sociale», 91, 1993, pp. 58-76.

GERACI, S.; MARCECA, M.; COLASANTI, R., *La Sindrome di Salgari. Immigrazione e diritto alla salute in Italia*. «AlfaZeta», 9, 1991, pp. 35-37.

GERACI, S.; MARCECA, M.; MAZZETTI, M., *Migrazioni e salute in Italia*. Dossier di ricerca in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Roma, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, vol. 1, pp. 295-379.

GERACI, S., *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995. Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Anterem, 2000.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

MAZZETTI, M., Commento a proposito di *"L'intercultura: da sfida a risorsa"*. «L'Arco di Giano», 19, 1999, pp. 154-158.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale in medicina*. «L'Arco di Giano», 22, 1999, pp. 37-56.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.

MORRONE, A.; MAZZALI, M.; PISTOLERE, A., *Oltre il colore della pelle. Italia crocevia di migranti e culture"*. Roma, Bagatto Libri, 1999.

MOTTINI, G. (a cura di), *Medical Humanities. Le scienze umane in medicina*. Roma, Società Editrice Universo, 1999.

STELLA, G.A., *L'orda. Quando gli albanesi eravamo noi*. Milano, Rizzoli, 2002.

SUSI, F., *Come si è stretto il mondo. L'educazione interculturale in Italia e in Europa: teorie, esperienze e strumenti*. Roma, Edizioni Armando, 2000.

TARTAGLINI, D.; GERACI, S.; DE BENEDICTIS, A., *Analisi dei bisogni formativi delle professioni della salute in relazione al fenomeno immigratorio in Italia*. In corso di stampa.

REMI VOL. 20 N°2 - 2004

L'ASILE POLITIQUE EN EUROPE DEPUIS L'ENTRE-DEUX-GUERRES

Coordination : **Olivier CLOCHARD**, **Luc LEGOUX** et **Ralph SCHOR**

2004 - Vol. 20 - N°2
ISBN 2-911627-37-7

Éditorial

Luc **Legoux** : Changements et permanences dans la protection des réfugiés

Alexis **Spire** : Les réfugiés, une main-d'œuvre à part ? Conditions de séjour et d'emploi, France, 1945-1975

Éric **Vial** : Tirer l'échelle ? Tensions et rejets de nouveaux arrivants au sein de l'émigration antifasciste italienne

Olivier **Clochard**, Yvan **Gastaut** et Ralph **Schor** : Les camps d'étrangers depuis 1938 : continuité et adaptations. Du « modèle » français à la construction de l'espace Schengen

Patrick **Delouvin** : L'asile en France aujourd'hui

Emmanuelle **Bonerandi**, Frédérique **Bourgeois** et Xavier **Richard** : Cartographier la demande d'asile en France. Tendances nationales, représentations départementales et réalités locales

Gilles **Frigoli** : Le demandeur d'asile : un « exclu » parmi d'autres ? La demande d'asile à l'épreuve des logiques de l'assistance

Mohamed Kamel **Doraï** : Les réfugiés palestiniens en Europe. Complexité des parcours et des espaces migratoires

Notes de recherche :

Frédéric **Vabre** : L'engagement comme ressource facilitant l'intégration. Le cas des réfugiés latino-américains en Suède

MAISON DES SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIÉTÉ

REVUE EUROPEENNE DES MIGRATIONS INTERNATIONALES - REMI
MSHS - 99 avenue du Recteur Pineau
86000 POITIERS CEDEX
Tél.: 05 49 45 46 56 - Fax: 05 49 45 46 68
remi@mshs.univ-poitiers.fr
http://www.mshs.univ-poitiers.fr/migrinter/remi/remi.htm

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni. Note a margine di una decennale esperienza

Premessa: le caratteristiche fondamentali del nostro impegno per l'integrazione degli immigrati

Per il gruppo di persone che, negli ultimi quindici anni, ha collaborato con l'Area sanitaria della Caritas romana, la *formazione* è diventata progressivamente una delle attività più intense e significative. Ha infatti affiancato abbastanza presto l'ineludibile risposta "strutturale" ai bisogni emergenti dell'immigrazione, in particolare l'accoglienza e l'assistenza degli stranieri (nel nostro caso, quasi esclusivamente privi di regolare permesso di soggiorno). Il lavoro nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori, di diverso profilo e a vario titolo impegnati nel campo, ha delineato ed accresciuto un tentativo di risposta prevalentemente "culturale", che rappresenta a tutt'oggi uno dei nostri principali fronti di impegno, insieme a quello "politico" di promozione della dignità degli immigrati nel campo della salute e di sollecitazione alle istituzioni per definire strategie di inclusione e integrazione.

Si tenterà qui di ricordare, seppure sommariamente, quelle che ci sembrano le peculiarità del percorso effettuato, offrendo anche una rilettura critica della nostra esperienza di organismo impegnato a contribuire alla realizzazione dell'integrazione degli stranieri in una condizione di effettiva reciprocità. Facendo nostra la visione adottata quattro anni or sono dalla *Commissione nazionale per le politiche di integrazione degli immigrati* presieduta dalla professoressa Giovanna Zincone (Commissione con la quale abbiamo avuto modo di collaborare), un possibile modello di 'integrazione ragionevole' dovrebbe fondarsi su due elementi: l'integrazione come 'integrità', buona vita, e l'integrazione come 'interazione positiva', pacifica convivenza. Senza entrare nel merito delle diverse implicazioni di

questa visione, non sfuggirà come essa trovi un immediato ed evidente riscontro nel campo di cui ci occupiamo. In esso infatti l'integrità può essere perseguita soltanto attraverso la possibilità di tutelare la propria salute e di poter esprimere le proprie potenzialità individuali e relazionali, favorendo quindi un'interazione positiva nell'interesse della stessa collettività. È altresì facilmente intuibile come la formazione, in quella che noi chiamiamo la "medicina transculturale", rappresenti uno strumento essenziale, tanto nel favorire la qualificazione dei servizi deputati all'assistenza degli immigrati (responsabili di tutelarne l'integrità della salute), quanto nel suggerire un approccio rispettoso delle differenze che è alla base di una tendenziale reciprocità e quindi di un'interazione positiva, o quantomeno a bassa conflittualità.

Una parte non trascurabile del nostro percorso, in termini di obiettivi prioritari individuati, modalità di lavoro e strumenti utilizzati, si intreccia profondamente, fin quasi a sovrapporsi, con quello della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), cui, insieme ad altre realtà italiane istituzionali e non, abbiamo dato vita nel lontano 1990.

L'esigenza di attualizzare la formazione in campo sanitario sulla base dei mutamenti sociali

Molti di noi operatori della salute hanno condiviso una esperienza formativa personale che ha denotato una sostanziale incapacità delle istituzioni preposte alla formazione, in primo luogo dell'Università, di "adattare" i propri programmi formativi ai mutamenti sociali più significativi, in particolare all'immigrazione da tutti i continenti iniziata verso la metà degli anni '80. Chi, per scelta personale, si è ritrovato a prestare la propria opera professionale nei servizi di assistenza agli immigrati, ha ben presto sentito il bisogno di approfondire le tematiche scientifiche e culturali che gli si proponevano quotidianamente e di contrastare i propri pregiudizi attraverso l'approfondimento ed il confronto. Il primo "motore" di questo impegno è nato quindi dalla consapevolezza che i propri paradigmi culturali e gli approcci professionali appresi durante la propria formazione non erano sufficienti e soddisfacenti né per se stessi, né per gli utenti immigrati. Nelle realtà del terzo settore, quale la nostra, animate da un sincero, ma generico, impulso volontaristico di tipo sociale, si è dunque rapidamente affermata l'esigenza di "non improvvisare".

Un approccio formativo multidisciplinare

Le diverse realtà del volontariato, improntate ad una maggiore motivazione e flessibilità rispetto alle realtà istituzionali e quindi a una maggior prontezza nel rispondere ai bisogni sociali emergenti, hanno iniziato a promuovere nei primi anni 90 corsi di formazione rivolti in primo luogo alle persone impegnate nei propri servizi. Anche nel nostro caso, i corsi destinati ai volontari della Caritas sono stati fra i primi percorsi formativi proposti. La natura di queste iniziative non era esclusivamente di tipo sanitario, ma cercava di fornire, seppur sinteticamente, una cornice interpretativa atta a sensibilizzare tutti gli attori del contesto di accoglienza e assistenza. Nel far questo, ci si è, quasi spontaneamente, rivolti verso una *impostazione pluridisciplinare*, realizzando piccole équipe di formatori multiprofessionali. Pertanto, durante i corsi, articolati in alcuni incontri, sono stati (e sono tuttora) offerti brevi approfondimenti di natura demografica (quanti immigrati, da quali paesi, come distribuiti sul territorio, con quale profilo anagrafico), sociale (livello culturale, modelli familiari, problematiche abitative), giuridica (regolarità e irregolarità, tipologie di permessi di soggiorno), economica (tipologie e livelli occupazionali, modelli di consumo), medica (profili epidemiologici, patologie prevalenti, fattori di rischio...) e antropologica (influenza dei fattori culturali nella percezione della salute, aspettative reciproche), oltre che le informazioni relative all'organizzazione dei servizi.

Questa impostazione ha consolidato un nucleo di moduli, che, sviluppato e aggiornato, è tuttora riscontrabile nelle diverse tipologie di offerta formativa (dal Corso di base al Master biennale) che ci vedono attualmente impegnati.

L'ampliamento degli orizzonti: le diverse collaborazioni esterne

Ben presto, anche alla luce della notevole mole di informazioni di natura clinico-epidemiologica che eravamo in grado di raccogliere nei nostri servizi, è emerso il bisogno di confrontarsi su un piano strettamente scientifico: questo ci ha consentito, attraverso una presenza credibile e costante a Congressi e Convegni, di far conoscere il nostro lavoro e di "accreditarci" progressivamente anche presso le diverse istituzioni di natura scientifica.

Ne è derivata, tra le altre, la possibilità di ampliare il target degli eventi formativi a tutti gli operatori sociosanitari coinvolti nella tematica dell'immigrazione, ben al di là dei nostri servizi. In particolare, attraverso alcune collaborazioni con facoltà universitarie, è stato possi-

bile promuovere Corsi di Perfezionamento post-laurea della durata di un intero anno accademico con un monte-ore di notevole impegno. Oggi sembra strano affermarlo, visto che molte Università propongono corsi sull'immigrazione in ambito sociosanitario, ma dieci, quindici anni fa, le iniziative di questo tipo erano del tutto isolate: le poche promosse nascevano spesso (come nel nostro caso) dalla spinta propulsiva e l'impegno organizzativo di persone impegnate nel volontariato sociale.

Sempre più frequenti e diversificate sono state da allora le richieste di partecipazione, a diverso titolo - dalla semplice collaborazione alla gestione *in toto* - ad esperienze formative proposte da molteplici soggetti: iniziative organizzate da Aziende sanitarie locali o realtà ad esse appartenenti, da Enti locali e da Associazioni e relative a servizi sociosanitari pubblici e privati, da Università, Società scientifiche, Ordini e collegi professionali e Fondazioni. Tali proposte formative sono state rivolte a diverse categorie: medici di medicina generale, medici dei servizi pubblici, infermieri, psicologi, sociologi, assistenti sociali, personale amministrativo, volontari. Sono state inoltre condotte a diversi livelli: corsi universitari di base, corsi di perfezionamento, master, corsi di aggiornamento professionali (Tabella 1).

Tabella 1 – *Eventi formativi sulla Medicina delle Migrazioni organizzati e/o curati dall'Area sanitaria Caritas di Roma o con la sua partecipazione, 1990-2004*

Tipologia	N° eventi effettuati	N° ore per evento ed arco di tempo impegnato	N° complessivo partecipanti	Periodo
Corso per volontari Caritas	28	9 ore in tre sessioni + almeno 12 ore di tirocinio	578	Dal 1990
Incontri di formazione permanente per volontari	15	Cicli di almeno 3 incontri l'anno di 3 ore l'uno	circa 850 (solo nuovi)	Dal 1988
Corso introduttivo	110	3 ore in una sessione	5.660	Dal 1991
Corso base nazionale	12	16 ore in due giorni	510	Dal 1991
Corso base progetto Veneto	21	16 ore in due giorni	860	Dal 2000 al 2003
Corso base itinerante	92	16 ore in due giorni	3.190	Dal 1997
Corso avanzato (area materno infantile o dell'etnopsichiatria)	6	16 ore in due giorni	290	Dal 2002
Corso specialistico (su specifiche condizioni patologiche)	3	16 ore in due giorni	100	Dal 1990 al 1992
Corso di perfezionamento universitario	7	Da 70 a 90 ore in sei mesi	245	Dal 1991 al 1997
Master in Medicina dell'emarginazioni, migrazioni e povertà	3	240 ore in 8 sessioni di una settimana l'una + stage (facoltativo) e tesina	128	Dal 2000
Master internazionale residenziale per operatori stranieri	2	Sei mesi residenziali (lezioni frontali, esercitazioni, studio: circa 650 ore)	47	Dal 2002
TOTALI EVENTI FORMATIVI E ORE IMPEGNATE	299 eventi e 4.791 ore	TOTALE PARTECIPANTI	12.478	

La formazione per la SIMM

Come si è già accennato, la stessa sensibilità al tema della formazione ha caratterizzato l'attività della SIMM, come è facilmente riscontrabile in alcuni documenti rilevanti da essa prodotti, a partire dal suo Statuto, che, all'art.1, lett. d), enuncia tra gli obiettivi della Società: "Patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati". Nella stessa direzione si sono espresse anche le Linee programmatiche per il quadriennio 2000-2004, formalizzate nel maggio 2000, al termine della VI Consensus Conference, ove si raccomanda che "particolare attenzione va riservata alla formazione del personale, alla formazione ed all'utilizzo dei mediatori, alla semplificazione ed all'organizzazione di percorsi burocratici ed assistenziali".

Lo stesso documento dedica al tema della formazione una specifica sezione dal titolo: "Promozione di percorsi di formazione ed aggiornamento", in cui ci si prefigge di: "Promuovere iniziative di formazione ai temi specifici della medicina delle migrazioni e della relazione transculturale indirizzate a studenti di medicina, delle scuole infermieristiche e diplomi universitari di pertinenza sociale e sanitaria; Partecipare attraverso collaborazioni regionali secondo pacchetti formativi condivisi alla formazione dei medici di Medicina Generale; Promuovere iniziative di formazione - aggiornamento dei professionisti sanitari e amministrativi delle strutture sanitarie pubbliche e del volontariato con caratteristiche di interistituzionalità, interprofessionalità e interdisciplinarietà; Favorire la realizzazione di percorsi di educazione sanitaria per i cittadini stranieri atti all'orientamento ai servizi e alla prevenzione di comportamenti a rischio e malattie".

Più recentemente, nella Newsletter della Società, è stato scritto: «*La formazione è un aspetto di fondamentale importanza per fare in modo che il diritto alla salute dei cittadini stranieri si realizzi nel migliore modo possibile. È l'occasione per rivedere pregiudizi, conoscere il fenomeno, acquisire evidenze scientifiche, condividere strategie comunicative e avere la giusta chiave interpretativa di leggi e norme sull'argomento. In altre parole è attivarsi per garantire accesso ai servizi, fruibilità delle prestazioni, reale promozione della salute. Oggi la formazione in questo specifico campo si sta diffondendo in tutta Italia, e la nostra Società vuole garantire che gli eventi formativi proposti siano di qualità e adeguati a questa realtà in evoluzione. Questo progetto ha l'obiettivo di mettere insieme manifestazioni diverse, organizzate da attori diversi e nella massima autonomia, ma che possano entrare in un circuito formativo condiviso e conosciuto. Per questo, a differenza di Convegni, Conferenze ecc., per gli eventi formativi (Corsi, seminari, cicli di lezioni, ...) la SIMM non si limiterà,*

se richiesto, a dare il Patrocinio, ma esprimerà un parere di merito sull'evento inserendolo nel Progetto Formazione Permanente SIMM e configurandolo come 'Corso Base', 'Corso Avanzato di primo livello', 'di II livello', 'Corso specialistico'. L'idea è quella di creare una sorta di accreditamento di qualità e nel contempo indicare un percorso formativo progressivo»[1].

Questo processo avviato nella SIMM prevede, oltre che l'accreditamento delle diverse iniziative formative, il progressivo consolidamento, da parte delle sue diverse realtà territoriali, di interventi comuni sulla formazione, anche attraverso la predisposizione di "pacchetti formativi" da mettere a disposizione (CD-rom e sito) di quanti lo richiedano.

Quali specificità e quali riferimenti?

Prima di tentare di rispondere a questo interrogativo, occorre ribadire come, sulla base delle esperienze (talora esaltanti, talora deludenti) che abbiamo attraversato, in questi anni è progressivamente cresciuta la nostra consapevolezza di quella che all'inizio era appena un'intuizione, e cioè che la formazione degli operatori è uno strumento cruciale per il perseguimento dell'integrazione sociale degli immigrati.

È inoltre preliminarmente utile chiedersi se e che cosa differenzi la formazione sugli aspetti sanitari dell'immigrazione rispetto alle altre iniziative formative in ambito sanitario. La risposta che oggi ci sentiamo di dare è che esiste una rilevante specificità della prima tipologia di formazione, e che questa specificità ha a che fare con la necessità, per non dire inevitabilità, di fondare la relazione terapeutica e l'approccio assistenziale a partire dal tema della diversità e della relazione con l'altro. Da questo punto di vista, la nostra esperienza ci mostra come sia necessario intervenire a più livelli, e non solo su quello "informativo" (offrire cioè informazioni aggiornate e corrette), che è ciò che, forse un poco impropriamente, si chiama abitualmente formazione; fornire informazioni, beninteso, è parte integrante del processo di formazione, ma ne è, appunto, solo una parte. È indispensabile anche il livello "formativo" propriamente detto, intendendo con questo termine un intervento *trasformativo* che sappia agire all'interno delle persone, aiutando un processo di cambiamento interiore che metta in discussione pregiudizi e vissuti emotivi dei formandi.

Per fare ciò, è necessario tenere presente quanto avviene all'interno di noi, quando siamo a contatto con realtà nuove e potenzialmente "disturbanti". Su questi presupposti proponiamo un percorso in 6 tappe:

[1] "Simm-news", n. 9/2004.

1. *Legittimazione dei pregiudizi.* Beninteso, non nel senso di legittimare i contenuti dei pregiudizi, ma di riconoscere come pienamente adeguato e fisiologico il fatto di svilupparne. Questo primo passo è fondamentale, perché consente di abbassare le difese. Finché è stigmatizzato avere pregiudizi, le persone tendono a negare di averne: in questo, come in molti altri casi, il biasimo moralistico è solo controproducente; così com'è invece produttiva la posizione etica di accettare consapevolmente di averne e di andare alla ricerca di quelli che possono ostacolare la relazione con gli assistiti di origine straniera.

2. *Fornire informazioni.* La formazione in campo transculturale richiede consulenti competenti e informati sulle dinamiche migratorie, sulle caratteristiche socio-demografiche della popolazione immigrata, e sui temi attorno a cui ruota lo specifico settore di intervento. Il formatore deve essere cioè esperto di medicina delle migrazioni per fare formazione in ambito sanitario. Perché fornire informazioni corrette è parte essenziale del processo di superamento dei pregiudizi. Se un formatore non conosce le vere dimensioni del fenomeno migratorio in Italia, ad esempio, tenderà a colludere con il pregiudizio secondo cui gli immigrati irregolari sono tanti, troppi, pericolosi, e questo potrebbe ostacolare un'adeguata apertura dell'operatore nei confronti del fruitore straniero del servizio. A questo proposito l'analisi dei dati raccolti circa il livello di informazioni dei discenti, raccolti con un pre-test (test anonimo da somministrare all'inizio dell'evento formativo), può modulare l'eventuale spazio ed approfondimento delle varie sessioni del corso.

3. *Aiutare la consapevolezza dei propri vissuti.* Le emozioni sono territorio privilegiato della formazione propriamente detta. È un processo che può essere facilitato da tecniche di intervento *ad hoc*: noi utilizziamo normalmente esercizi basati su libere associazioni, fantasie guidate.

4. *Rimettere la cultura "al suo posto".* Cioè riconoscerne il valore senza sopravvalutarlo. Siamo tutti immersi in un 'bagno culturale', e sono i riferimenti del nostro ambiente gli elementi stessi intorno a cui costruiamo la nostra identità. Tuttavia, la cultura non è l'identità. Abbiamo a che fare con persone, non con culture, ognuna impegnata in un suo personale processo di mediazione tra cultura dei padri, cultura del paese ospite, e temi specifici dell'essere migranti. Si tratta di trovare un equilibrio tra sopravvalutazione e sottovalutazione dei riferimenti culturali. Anche a questo scopo ci avvaliamo di esercizi specifici per diventare consapevoli dei propri vissuti, e di supervisioni su casi clinici concreti.

5. *Aiutare gli operatori a divenire consapevoli che gli interlocutori sono impegnati in processi analoghi ai nostri.* Ovvero imparare a

riconoscere i pregiudizi in atto anche negli utenti che si rivolgono ai servizi dove lavorano gli operatori con cui svolgiamo il nostro intervento di formatori. Da esseri umani pienamente funzionanti, anche gli stranieri producono pregiudizi sugli autoctoni; anch'essi hanno bisogno di divenirne consapevoli e di informazioni per superarli. Riconoscere la specularità del processo costituisce un potente rinforzo delle acquisizioni fatte dall'operatore su di sé, e un'utile strumento per comprendere l'interlocutore.

6. *Ricordare che poche cose sono fluide e in trasformazione quanto le identità degli esseri umani.* Quando abbiamo di fronte un interlocutore straniero, non dobbiamo pensare a lui come se vedessimo una fotografia, pietrificata nel tempo, ma piuttosto come se fossimo di fronte a un fotogramma di un film, in continua evoluzione, e lo stesso vale per noi. Riconoscerci entrambi impegnati in una situazione così fluida ci aiuta a mettere flessibilità, duttilità e dinamismo nelle nostre relazioni interculturali.

Quali possibili accorgimenti e raccomandazioni ?

Sulla scorta degli obiettivi e delle sottolineature enunciati, proveremo, schematicamente, a proporre alcune raccomandazioni operative scaturite dalla nostra esperienza (le stesse che tentiamo di applicare per ogni nuova iniziativa da noi promossa), diversificandole tra le fasi di concepimento/pianificazione e di realizzazione del percorso formativo. Naturalmente tali orientamenti non intendono sostituire, quanto rafforzare, gli accorgimenti che sono già usualmente seguiti, quali, ad esempio, l'accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina proposto dal Ministero della Salute) della iniziativa di formazione o un valido impianto valutativo dell'esito della stessa (noi, ad esempio, da tempo utilizziamo un post-test a risposte chiuse sui temi trattati ed un questionario valutativo anonimo sulla qualità dell'evento).

Nel disegno della proposta formativa:

1. *diversificare su più livelli le proposte formative* (Corsi di base e Corsi avanzati), elaborandole sulla base di quelle che si ritengono le priorità e curandone l'equilibrio interno delle tematiche trattate.

2. *Tentare di coinvolgere, nella promozione dei corsi, i diversi attori istituzionali e non istituzionali* (Università, Asl, Comuni, Comunità straniere, Terzo Settore...).

3. *Promuovere il più possibile la realizzazione di proposte formative che si rivolgano, in qualità di destinatari, a tutti i possibili attori coinvolti nel percorso assistenziale del paziente straniero* ("dallo sportello all'ambulatorio"): operatori di URP (Ufficio Relazioni con il

Pubblico), amministrativi, infermieri ed altre figure assimilate, medici, assistenti sociali, psicologi, volontari.

4. *Privilegiare le soluzioni residenziali*: facilitano la conoscenza tra i partecipanti e la condivisione delle esperienze.

5. *Contenere il numero dei partecipanti in modo da renderne effettivamente possibile il coinvolgimento diretto attraverso interventi, testimonianze e in modo da permettere la conduzione di lavori di gruppo / esercitazioni.*

Nel realizzare la proposta formativa:

1. *evitare il terreno scivoloso dello "scontro ideologico"*: sappiamo bene che la tematica si presta al consolidarsi di schieramenti contrapposti; come abbiamo precedentemente argomentato, è sempre consigliabile non reagire con sdegno o formulazione di giudizi di svalutazione a prese di posizione dure od 'ostili', ma prenderne atto e riconoscerne comunque la legittimità. Bisogna semmai lavorare per "svuotare" dall'interno tali posizioni, quando sono prive di fondamento scientifico o evidentemente "di parte", anche ricorrendo a strategie di "riavvicinamento": la storia degli italiani emigrati, il gioco dell'immedesimazione ... A questo proposito è possibile rilevare anche il rischio opposto, cioè quello di far passare il messaggio contrario, ovvero che gli immigrati sono una categoria da tutelare in modo privilegiato.

2. *Fondare sempre il proprio messaggio su solide basi scientifiche:* operando in un campo scientifico e sapendo bene a quali tipi di discriminazioni (e strumentalizzazioni) si corra il rischio di prestare il fianco, quando si pronuncino messaggi equivoci o addirittura infondati, sono assolutamente necessari rigore scientifico e alta qualità metodologica, in particolare nel suggerire l'interpretazione epidemiologica dei dati di salute.

3. *Agganciare i contenuti formativi alla propria esperienza diretta*: questa possibilità/capacità modula in modo estremamente significativo la propria 'credibilità'. L'aver tratto considerazioni derivanti da esperienza sul campo rafforza la qualità dello stimolo. Inoltre il parlare per esperienza diretta modula in maniera significativa la trasmissione del proprio autentico interesse, quando non "passione" per la tematica trattata, e ciò ha spesso un benefico effetto contagioso.

4. *Fare ricorso a storie esemplari, a testimonianze dirette o indirette*: ricondurre a persone, volti, esperienze di vita e di malattia i propri contenuti formativi permette una maggiore penetrazione del messaggio formativo attraverso il coinvolgimento empatico e mette in guardia dai rischi di una pericolosa spersonalizzazione dell'assistenza.

5. *Lasciare il giusto spazio alla presentazione di tutti i partecipanti, ai loro interventi e contributi:* la partecipazione allargata aumenta, come noto, l'efficacia dell'intervento formativo; capita inoltre frequentemente che partecipino ai corsi persone che già operano sul campo della medicina delle migrazioni: l'evento formativo dovrebbe quindi alimentare, coordinandole, il confronto delle diverse esperienze.

Relativamente agli ultimi punti citati, crediamo sarebbe estremamente interessante ed utile approfondire e mutuare stimoli e strumenti dal movimento pedagogico de "l'apprendimento basato sull'esperienza", che ha come principali basi teoriche i contributi di John Dewey, Kurt Lewin, Jean Piaget e Donald Schon. Questo filone ha recentemente avuto interessantissimi sviluppi e applicazioni nell'Educazione continua in medicina (ECM), mentre i modelli tradizionali "centrati sul docente" stanno dimostrando tutti i loro limiti in termini di ripercussioni sulla pratica professionale.

In estrema sintesi, nel condividere l'approccio definito Bio-Psico-Sociale e Umanistico nell'Educazione in Medicina, questi orientamenti propongono un modello che si articola in interventi educativi multipli, distinti in "predisponenti", "abilitanti" e "rinforzanti". In tali interventi l'acquisizione di nuove conoscenze e pratiche è conseguente alla chiara identificazione delle necessità di apprendimento (cioè dei bisogni formativi), che emerge a sua volta dall'analisi della propria pratica professionale, cioè dalla propria esperienza; soltanto l'avvio di questa dinamica offre garanzie per la reale trasformazione/integrazione della propria pratica. Si tratta quindi di un modello alternativo, centrato sul discente, che fa dell'apprendimento basato sull'esperienza il proprio fondamento e che utilizza una serie di strumenti tecnici per noi ancora piuttosto esotici, quali la 'Chart Audit', l'"analisi dell'incidente critico', il cosiddetto PUNs & DENs (Patient Unmet Needs e Doctors Educational Nedds), i 'Piani di sviluppo personali' (PDPs), i 'Learning contracts', i 'Portfolios educativi', oltre ai più familiari 'Piani di azione e progetti di intervento', 'Circoli di qualità' basati sul 'problem solving' e 'Peer Review'.

Quali prospettive?

Siamo consapevoli che chi si occupa di formazione nell'ambito della salute dei migranti, dovrà in futuro dimostrare la capacità di rivedere continuamente la propria impostazione sulla base delle modificazioni di un fenomeno estremamente dinamico, quale quello immigratorio. Tale flessibilità dovrà essere esercitata sia in termini di contenuti - dando spazio a tematiche oggi disattese, quali, ad esempio, quelle relative all'ambito geriatrico, o rafforzandone altre oggi appena accennate,

quali quelle della salute sui luoghi di lavoro o della salute mentale della seconda e terza generazione - che di impostazione - prevedendo, ad esempio, un coinvolgimento sempre più organico delle comunità straniere. Va, però, ribadito come sin da ora sia particolarmente importante investire risorse, capacità e creatività in questo settore, anche per alimentare la capacità dei servizi di assistenza di adattarsi ai bisogni, eterogenei e complessi, di cui sono portatori gli stranieri immigrati, in vista di garantirne e qualificarne l'accessibilità, l'accoglienza, la capacità di offrire risposte personalizzate e l'abitudine a valutare gli interventi stessi.

SALVATORE GERACI
s.geraci@areasanitaria.it

MAURIZIO MARCECA
Mmarceca@hotmail.com
Caritas di Roma,
Area sanitaria

MARCO MAZZETTI
marcomazzetti@planet.it

Bibliografia

CAPARRA, A., *Educazione medica: Alcune implicazioni di un Approccio Bio-Psico-Sociale e Umanistico.* «Medic», 10, 2002, pp. 174-176.

DEWEY, J., *Come pensiamo. Una riformulazione del rapporto fra il pensiero riflessivo e l'educazione.* Firenze, La Nuova Italia, 1986.

DIASIO, N.; GERACI. S., *L'angelo triste. La percezione dello straniero tra gli operatori sociosanitari impegnati nel campo dell'immigrazione.* In: M. DELLE DONNE (a cura di), *Relazioni Etniche stereotipi e pregiudizi.* Roma, Edizione Università Popolare, 1998, pp. 311-322.

GERACI, S.; BAGLIO, G.; MARCECA. M.; MARTINELLI, B.; MAZZETTI, M., *Formazione degli operatori socio-sanitari impegnati nell'assistenza ad utenti immigrati: valutazione di un corso nelle aziende socio-sanitarie del Veneto.* In: BEDETTI, C.; GERACI, S.; GUERRA, R. (a cura di): *Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali.* Atti dell'omonimo Convegno (10 dicembre 2001). Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2003 (Rapporti ISTISAN, 03/6/2003), pp. 29-36.

GERACI, S.; MARCECA, M.; MAZZETTI, M., *Migrazioni e salute in Italia.* Dossier di ricerca in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo.* Roma, Agenzia romana per il Giubileo, 2000, vol. II, pp. 1295 - 1379.

GERACI, S. (a cura di), *Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri* - CNEL. "Agenzia Sanitaria Italiana", 13 (29 marzo 2001), pp. 30-46.

MARCECA, M., *La salute.* In: ZINCONE, G. (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia.* Bologna, il Mulino, 2000, pp. 273-315.

MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale.* Roma, Carocci, 2003

MAZZETTI, M., *Counselling transculturale e contaminazioni.* «Rivista italiana di Analisi Transazionale e metodologie psicoterapeutiche», (XXIII), 8, 2003, pp. 95-103.

MEZIROW, J., *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti.* Milano, Raffaello Cortina Editore, 2003.

STANTON, F.; GRANT, J., *Approaches to experiential learning, corse delivery and validation in medicine. A background document.* «Medical Education», 33, 1999, pp. 282-297.

ZINCONE, G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia.* Bologna, il Mulino, 2001.

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

Migrazioni, cultura e salute

Si potrebbe a buon diritto affermare che le concezioni di salute e malattia sono tante quante sono gli esseri umani. Certamente esse sono molto influenzate dalla cultura in cui si è vissuti fin dall'infanzia, ma rimangono comunque in gran parte legate anche all'esperienza individuale. Non dobbiamo quindi considerare le persone immigrate che usufruiscono del sistema sanitario nazionale italiano come paradigmi di una cultura diversa, con un loro sistema di riferimento ben chiaro e con una concezione di malattia e di salute molto nitida e netta. Gli immigrati, come gli abitanti della gran parte del pianeta, hanno per lo più una concezione meticcia di malattia e salute e in essa, tra l'altro, comprendono anche i dettami della "nostra" medicina, la medicina occidentale, diffusa in gran parte del globo, che chiameremo biomedicina.

A parte forse alcune popolazioni indigene del bacino amazzonico, qualche rara tribù dell'Africa o alcuni gruppi aborigeni dell'Australia, gli abitanti di tutto il mondo sono in qualche modo entrati in contatto con la biomedicina. Nelle università cinesi si studiano sia la medicina tradizionale cinese, sia la medicina occidentale. Quasi dappertutto, nel mondo, esistono farmacie che vendono anche i farmaci usati nella biomedicina. Il prestigio di questa scienza è dovuto pure alla diffusione, a livello mondiale, di telefilm che mostrano i miracoli della nostra medicina, e, mentre noi occidentali guardiamo questi programmi con occhi disincantati, perché la nostra esperienza quotidiana ci insegna come la realtà non corrisponda del tutto a quanto rappresentato, in altre parti del mondo quei programmi vengono presi molto più sul serio.

Un possibile problema con le persone appena arrivate in Italia è proprio legato a questo fenomeno. Gli immigrati, suggestionati dalla televisione, possono nutrire aspettative poco realistiche circa le cure che i medici occidentali sono in grado di fornire. Se queste aspettative non vengono soddisfatte, l'ammalato potrà pensare che il medico cui si è affidato non sia valido, o che lo abbia trascurato. Solitamente questo

problema si risolve spontaneamente dopo qualche tempo in Italia, ma è bene che gli operatori sanitari italiani ne tengano conto.

Ma torniamo alle diverse concezioni di salute, malattia, cura. Indubbiamente le differenze culturali influenzano l'interpretazione di questi concetti. La medicina occidentale, che noi consideriamo la più efficace, è utilizzata in tutto il mondo, però non sembra avere la preminenza nella farmacopea. Da uno studio dell'antropologo genovese Antonio Guerci è emerso che il medicinale più utilizzato al mondo non sono i derivati dell'acido acetilsalicilico (la comune aspirina per intenderci), come verrebbe spontaneo pensare. I salicilati sono solo al secondo posto, mentre al primo c'è il pollo, in tutte le sue numerose declinazioni: brodo di pollo, sacrifici di pennuti, effusione del sangue, carne cucinata variamente, eccetera. Questo per sottolineare quanto siano importanti non solo diverse interpretazioni di salute e malattia, ma anche diverse strategie e tradizioni di cura.

L'influenza delle diversità culturali la vediamo, ad esempio, nel rapporto del paziente con la malattia. In occidente temiamo la malattia perché questa conduce alla morte, ed è la morte che realmente ci spaventa. Nella cultura di molti altri popoli, invece, la morte rientra nell'ordine naturale dell'esistenza, e la malattia è temuta perché non rientra in questa logica, anzi la perturba. La malattia, nella concezione di queste culture, sta ad indicare che qualcosa nella vita di un uomo è alterato in modo perverso, che quell'uomo, ad esempio, è posseduto da forze a lui esterne in seguito ad un rito magico. Si potrebbe quindi grossolanamente distinguere l'umanità tra popoli che temono la morte ma non (molto) la malattia, e altri che si comportano in modo inverso.

La distinzione stessa tra salute e malattia può diventare relativa nel confronto tra culture diverse. La schistosomiasi (anche questa è un'informazione che mi viene da Antonio Guerci), malattia grave per la nostra biomedicina e che determina, tra altri sintomi, ematuria (sangue nelle urine), in alcune realtà sociali della zona dei Grandi Laghi, in Africa, non è considerata tale. Al contrario, è ritenuta un momento necessario nella normale crescita di un bambino, quasi si trattasse di un sorta di menarca maschile. Questo modo di pensare deriva dal fatto che quasi tutti gli abitanti maschi di quella regione contraggono la schistosomiasi (causata dallo schistosoma, che vive nelle acque dei laghi) ed hanno episodi di ematuria tra i sei e i dieci anni. Col progredire dell'età, gli episodi di ematuria non si manifestano più in modo tanto consistente, in seguito all'irrobustimento della parete vescicale. Avere ematuria a 7-10 anni, pertanto, rientra nella norma; è l'assenza della malattia, invece della malattia stessa, ad essere considerata patologica e quindi a richiedere un intervento terapeutico.

Anche l'anatomia umana è vista in maniera diversa da cultura a cultura. Noi occidentali pensiamo l'anatomia in termini topografici, riproducendo fotograficamente organi e tessuti di una regione. Nella medicina tradizionale cinese, invece, il corpo umano è disegnato come un insieme di linee: i meridiani. Nella concezione ayurvedica, che trae spunto da quanto riportato nei testi sacri Indù (Veda), l'essere umano è disegnato come una serie di centri energetici.

Esistono quindi svariati modi di considerare l'uomo, la sua anatomia, la salute e la malattia, ma è raro trovare una persona che abbia una concezione pura di queste nozioni. È fortemente riduttivo pensare che in ogni persona esista solo la concezione di malattia "ufficiale" della cultura cui essa appartiene. I sistemi di interpretazione della realtà si intersecano e ognuno di noi ha una concezione meticcia di malattia. Osserviamo questo intreccio anche nella nostra civiltà occidentale, dove ogni ammalato, sia pure in misura diversa, fa ricorso sia alla biomedicina, sia a medicine tradizionali, sia a forme popolari di autocura; tra le quali può trovare posto persino la magia, come dimostra la diffusione di alcune trasmissioni televisive contemporanee e come, a livello alto, ci è testimoniato dai magistrali studi di Ernesto De Martino nell'Italia meridionale tra gli anni 50 e 60 del 1900 (De Martino, 1959, 1962, oltre a molti altri testi).

Non solo: le modalità di autocura, o comunque la scelta di terapie diverse da quelle suggerite dalla biomedicina, non sono affatto in declino. Sembra anzi che esse siano, a torto o a ragione, in ottima salute e, soprattutto per le patologie più lievi (ma non solo, come ci ha insegnato il caso Di Bella), il ricorso a medicine alternative o a varie strategie di autocura sembra essere, secondo alcuni ricercatori, addirittura in crescita. A questo fenomeno concorrono numerosi fattori sociali: dal desiderio di una maggior personalizzazione degli atti di cura (e in questo campo noi medici occidentali abbiamo probabilmente qualcosa da imparare), al diffondersi di nuove filosofie, a ragioni più prosaicamente socio-economiche (difficoltà d'accesso ai servizi sanitari ufficiali, aumento del costo delle terapie).

L'immigrato quindi, come peraltro qualunque paziente, è una persona che si presenta al medico con alcune concezioni legate alla medicina tradizionale, altre alla medicina popolare, altre ancora alla biomedicina, e questo intreccio è ulteriormente complicato dal fatto che questa persona si trova a vivere a cavallo tra due culture ed è impegnato in un continuo processo di trasformazione della propria identità (Mazzetti, 2003).

Per indicare la concezione personale di malattia, alcuni antropologi medici di ambito anglosassone utilizzano il termine "ill-

ness", che viene contrapposto a quello di "disease" (Fabrega, 1974, Cassel, 1976, Eisenberg, 1977, Kleinman, 1980, Helman, 1981, Giarelli, 1991, Diasio, 1995, Mazzetti, 1996, 2003). Entrambi i termini si traducono in italiano con "malattia", ma il primo designa il vissuto soggettivo della malattia, le emozioni che la persona prova quando è ammalata, ciò che essa pensa e i comportamenti che adotta. Invece il termine "disease" indica la malattia come la intende la scienza biomedica, cioè come l'abbiamo imparata all'Università: con una eziologia, una patogenesi, un quadro clinico, una prognosi, una terapia, un'anatomia patologica. Uno di questi antropologi, Cassel (1976), ha coniato un efficace aforisma, sostenendo che "illness" è quello che il paziente sente quando va dal medico, "disease" quello che si ritrova quando esce dall'ambulatorio.

La capacità di far dialogare "illness" e "disease", è la chiave di un buon intervento terapeutico, almeno sul piano relazionale. Uno studio svolto negli anni 70 in Inghilterra da un collega con interessi antropologici, Stimson, mostrava come i livelli di "compliance", ossia di adesione del paziente alle prescrizioni del medico, si rivelavano accettabili solo nel 70% dei casi; il che significa che quasi un paziente su tre non faceva ciò che il medico prescriveva. Ciò avviene perché il sentirsi ammalato, da parte del paziente, si riveste spesso di significati molto profondi, con i quali non sempre il medico riesce a sintonizzarsi. Quando medico e paziente non entrano in sintonia, il paziente ha la sensazione di non aver avuto una risposta adeguata ai propri bisogni.

La percezione soggettiva della malattia da parte del paziente dipende certamente dalla cultura in cui ha vissuto, ma anche dalle sue esperienze personali. Ad esempio, una tosse frequente che si presenti all'età di quarant'anni verrà vissuta diversamente da un uomo i cui genitori sono serenamente morti di vecchiaia, rispetto a un altro che ha visto morire madre e padre in giovane età per un cancro al polmone.

Affinché l'intervento del curante su un paziente immigrato abbia successo occorre a volte condurre un'accurata indagine sulla "illness" del paziente, considerando quest'ultimo come una persona competente, che può darci indicazioni preziose, il nostro primo assistente nel percorso diagnostico. Uno schema che può costituire una traccia per un'indagine della "illness" del paziente potrebbe essere il seguente, che ho ripreso e modificato (Mazzetti, 2003) dall'antropologo medico Helman (1981):

1. Innanzi tutto occorre soffermarsi sulla *descrizione dei sintomi e sugli aspetti emotivi che ad essi si accompagnano.* Un medico occidentale riconoscerà facilmente alcuni sintomi, perché descritti nei libri di semeiotica che ha studiato, ma tenderà a sottovalutarne altri, che non conosce, e a cui quindi non riesce ad attribuire significato. Vale

sempre la pena di spendere tempo a farsi raccontare in dettaglio sintomi difficilmente interpretabili secondo il sistema di significati a cui siamo abituati. La descrizione di tali sintomi, e dei vissuti emotivi che a essi si accompagnano, darà comunque indicazioni preziose per l'individuazione della patologia che li ha provocati. Il malato che si recherà dal medico perché sente "calore nel corpo", provocherà sconcerto in un ospedale occidentale, dove tale sintomo non è conosciuto, perché non è riportato nei trattati di semeiotica. Solo attraverso la narrazione approfondita della sintomatologia e dei comportamenti adottati relativamente a essa, il medico, che ha un retroterra culturale diverso da quello della persona che ha in cura, potrà farsi un'idea di quale sia il reale problema, e potrà documentarsi su come tale problema viene affrontato nella cultura di cui il paziente è portatore. Andando alla ricerca della "illness" di quest'ultimo possiamo capire molte cose, anche senza bisogno di complessi strumenti antropologici.

2. In un secondo momento è utile un'indagine sull'eziologia della malattia, estesa anche a ipotesi causali di tipo non naturalistico. Chiedere cioè al paziente cosa, secondo lui, ha provocato la malattia. Ci sono spiegazioni di ordine naturalistico (mancato rispetto di norme igieniche, una particolare dieta, ragioni psicologiche), e anche cause di diverso ordine (infrazione di tabù, fenomeni di influenzamento a distanza, di possessione). Un medico occidentale solitamente si accontenta, nella sua indagine eziologica, di sapere che la tubercolosi è causata da un'infezione da bacillo di Koch, accompagnata da cofattori quali ad esempio la malnutrizione. In certi casi, però, per curare è utile arrivare a conoscere anche la "illness" del paziente, e per ottenere questo risultato è necessario rendersi conto che la tubercolosi è considerata da molti la malattia degli emarginati, oppure lo specchio di una degradazione morale. Un altro esempio può essere costituito dal paziente che ritiene che la malattia sia la conseguenza di una "fattura". In questo caso la si potrà guarire efficacemente se ci si aiuta anche con contromosse magiche: dopo aver messo in atto alcune procedure di protezione per dare sollievo dai sintomi, occorrerà aiutare il paziente ad interrompere il maleficio, operazione per cui può anche essere necessario che l'interessato torni in patria per risolvere le questioni che hanno causato la fattura, o individui persone in grado di aiutarlo che diventino co-terapeuti (dando per scontato che in genere i miei colleghi siano, come me, piuttosto incapaci di gestire queste materie: le lacune della nostra formazione...). Per noi medici occidentali la magia non esiste, ma permettendoci di entrare nei suoi meccanismi e, magari, di incoraggiare il paziente (che invece può essere un esperto) a utilizzarli, si possono ottenere risultati efficaci

anche in termini terapeutici. All'interno di ogni sistema di cura, anche di quello che a noi sembra più strampalato, c'è una coerenza logica: rispettandola, una cura può dare risultati. Per aiutare le persone può essere necessario entrare nella loro logica.

3. Per capire la "illness" del paziente potrebbe poi essere utile capire il motivo che egli attribuisce al fatto che la malattia sia insorta proprio in quel momento: perché ora? E poi: la malattia è insorta all'improvviso oppure si è manifestata gradualmente? Che significati questo assume, per il nostro paziente?

4. Una tappa ulteriore potrà poi essere la comprensione della fisiopatologia della malattia, per come viene intesa dal paziente, e la prognosi. Con quali modalità la malattia induce nel paziente i disturbi di cui soffre? Quali potrebbero essere, secondo lui, le conseguenze della malattia qualora non si intervenisse terapeuticamente? In altre parole: qual è la sua storia naturale? Quali i possibili pericoli e le complicanze?

5. Infine può essere utile informarci anche su quali possano essere, a parere del paziente, le strategie terapeutiche più adeguate alla sua situazione, in base al suo sistema di riferimento e al contesto in cui vive. Infatti la terapia più efficace sarà quella che nascerà come frutto di una modulazione dell'intervento terapeutico del medico che tenga conto delle esigenze del paziente. Se le terapia, infatti, si accorderà con la quotidianità dell'ammalato, risulterà facilmente attuabile e verrà quindi seguita. Non ha senso pensare in termini puramente biomedici, trascurare la realtà del paziente e proporre terapie efficacissime, se queste non potranno essere seguite per ragioni di ordine pratico e concreto.

Per concludere, il messaggio che voglio sottolineare è che, per quanto la cultura sia importante, non dobbiamo cercare una spiegazione solo culturale ai vissuti di malattia dei pazienti immigrati. Se facessimo questo perderemmo di vista la persona e rischieremmo di depersonalizzare una volta di più l'atto medico, in un contesto sociale in cui la nostra medicina è già accusata, e con qualche ragione, di essere eccessivamente spersonalizzante. Così come può non essere utile prendere in considerazione le malattie prima dei pazienti, così non è corretto ed efficace porre le culture prima degli individui.

Spesso, per avvicinarsi alla mentalità di un ammalato di cultura diversa, basta fare semplici ragionamenti concreti, senza bisogno di ricorrere a complessi approfondimenti antropologici. Alcune concezioni per noi ovvie sono sconosciute in altre zone del mondo, e ciò non per ragioni culturali, ma per semplici aspetti pratici. Ad esempio, l'idea di "disease" senza "illness", ossia la possibilità di essere ammalati senza sentirsi tali, non esiste in molte aree del mondo; eppure da noi è

diffusissima: basti pensare alle forme tumorali iniziali, quelle che scopriamo con i programmi di screening, o a condizioni come l'ipertensione, spesso del tutto asintomatiche. Per pazienti che vengono da paesi dove non esiste un sistema sanitario nazionale che vada alla ricerca delle malattie che non danno sintomi, il concetto di essere ammalati pur sentendosi bene non esiste. È per lo stesso motivo che il concetto di medicina preventiva non è diffuso ovunque. La prevenzione fatica a esistere se non c'è un sistema sanitario nazionale per mezzo del quale essa possa essere divulgata, prima ancora che praticata.

Non è unicamente nel sistema culturale del paese di origine del nostro paziente, quindi, che possiamo trovare una risposta alla differente concezione di salute, di malattia e di cura. La vera sfida di un sistema di cura transculturale sta nel riconoscere che al processo diagnostico-terapeutico partecipa come soggetto attivo, oltre al medico, anche il suo paziente. In questa persona confluiscono elementi della medicina occidentale, di quella tradizionale del paese da cui proviene e l'insieme della sua esperienza di vita. Tutto questo fa del singolo qualcosa di unico, con una sua individuale percezione della malattia. Per capire questo vissuto soggettivo della malattia potranno certamente essere utili i mediatori culturali, e un'apertura mentale che tenga in considerazione l'esistenza di sistemi culturali diversi, ma sarà ancora più utile l'impegno a conoscere la persona che si affida a noi.

La medicina dell'immigrazione ci sta offrendo una grande opportunità, quella di ricondurre gli operatori sanitari alla considerazione che la medicina è fatta di cure a singole persone. Per questa ragione, forse, più che di medicina dell'immigrazione sarebbe il caso di pensare, semplicemente, che si tratta di medicina in senso stretto; o meglio: nel senso più proprio, e più alto, del termine.

MARCO MAZZETTI
marcomazzetti@planet.it

Bibliografia

CASSEL, E.J., *The healer's art: a new approach to the doctor-patient relationship*. New York, Lippincot, 1976.
DE MARTINO, E., *Sud e magia*. Milano, Feltrinelli, 1959.
DE MARTINO, E., *Magia e civiltà*. Milano, Garzanti, 1962.
DIASIO N., *Differenze culturali e percezioni di salute*. In: GERACI, S., *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés, 1995. Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma, Anterem, 2000, pp. 182-192.
EISENBERG, L., *Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness*. «Culture, Medicine and Psychiatry», 1, 1977, pp. 9-23.

FABREGA, H., *Disease and social behaviour*. London, Mit Press, 1974.
GIARELLI, G., *La consultazione clinica in prospettiva interculturale*. In: CUAMM, *Il paziente immigrato*. Padova, CUAMM, 1991.
HELMAN, G.C., *Disease versus illness in general practice*. «Journal of the Royal College of General Practitioners», 31, 1981, pp. 548-552.
KLEINMAN, A., *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press, 1980.
MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia, 1996.
MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.
STIMSON, G.V., *Obeying Doctor's Orders: a View from the Other Side*. «Social Science and Medicine», 8, 1974, pp. 97-104.

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

Tra due culture: la crescita dei bambini stranieri in Italia

Crescere tra due culture, come avviene per i figli di immigrati nel nostro paese, costituisce una eccellente opportunità: è la preziosa occasione di impadronirsi di una doppia ricchezza, quella di due mondi che possono rendersi fertili a vicenda. Tuttavia, perché questa opportunità possa venire colta appieno, è necessario che i piccoli di origine straniera trovino le condizioni per superare alcune difficoltà sul loro cammino.

Alcuni di questi ostacoli dipendono dalla situazione sociale e migratoria in cui si trovano i bambini, altri da specifiche dinamiche legate proprio al crescere tra due culture. Desidero mantenere distinti questi due campi per comodità di esposizione. Ma va ricordato che, ovviamente, si intersecano tra di loro e si influenzano a vicenda: per cui sarà la risultante di questi incontri, insieme alle caratteristiche individuali di ogni singolo bambino, a determinare le vicissitudini della sua crescita psicologica.

Le situazioni sociali e migratorie

Sia per la situazione sociale che per quella migratoria, i piccoli si possono trovare in situazioni assai differenziate. È utile tenerlo presente, perché a diverse condizioni si accompagnano fattori di volta in volta favorenti o ostacolanti la felice crescita psicologica dei bambini. Qui di seguito propongo una lista di queste possibili condizioni:

1. *Bambini nati in Italia da genitori con regolare permesso di soggiorno*: è senz'altro la condizione più favorevole. I piccoli crescono, sostanzialmente, da bambini italiani: imparano facilmente la lingua e la loro socializzazione viene agevolata fin dai primi anni di vita. Non conoscono traumi da separazione e da dislocazione nello spazio, e le eventuali difficoltà dipendono essenzialmente dalla gestione delle dinamiche interculturali.

2. *Bambini immigrati con i genitori*: si tratta di piccoli che conoscono il trauma di una separazione dal mondo di origine. Conoscono un "prima" e un "dopo" che devono connettere, e questo non è sempre agevole, soprattutto se l'evento migratorio interviene quando sono già grandicelli. In questo caso subiscono un trauma doloroso: la separazione da persone care e dal contesto in cui sono cresciuti; l'innesto in un ambiente nuovo, nei cui confronti spesso sperimentano una sensazione di profonda estraneità. Oltre tutto, non sono sostenuti dalle intense motivazioni che hanno spinto i loro genitori a migrare, ma vivono il viaggio come qualcosa d'imposto e non di rado lo percepiscono come una vera e propria violenza. Talvolta incolpano di quest'ultima i genitori, scatenando conflitti familiari tanto più difficili da gestire quanto meno i genitori sono consapevoli di quello che sta avvenendo.

3. *Bambini immigrati a distanza di tempo dai loro genitori*: a volte la distanza temporale tra la migrazione dei grandi e dei piccoli è minima e questo non crea particolare disagio. Lo stesso avviene quando un solo genitore parte, mentre l'altro prosegue a fornire un senso di continuità della vita familiare. Ma accade talora, e in particolare con alcuni gruppi etnici, che i piccoli, non di rado nati in Italia, vengano lasciato (o mandati) a crescere nel paese d'origine, ad esempio con i nonni, e si ricongiungano ai genitori solo dopo molti anni di separazione. Questi bambini subiscono un trauma iniziale non indifferente, anche se non facilmente quantificabile, qual è quello della separazione dalla mamma magari a soli 6 mesi di vita, in un momento decisivo, come ben sanno gli psicologi dell'età evolutiva, nel costruire una efficace relazione di attaccamento. A questo trauma si aggiunge, magari a sette o otto anni, un'ulteriore separazione vissuta in modo anche più drammatico. Essi infatti non conoscono solo lo stress da transculturazione, la durezza cioè del passaggio da un mondo all'altro, come avviene per il gruppo precedentemente considerato, ma vengono pure strappati dalla famiglia che li ha cresciuti, in cui esistono in genere due "genitori affettivi" (ad esempio i nonni),che sono il vero papà e la vera mamma dei piccoli, per essere "adottati" dai genitori biologici che però, sul piano affettivo, possono essere dei perfetti sconosciuti. È una situazione ad altissimo rischio, perché crea artificialmente piccoli orfani, che vengono forzatamente adottati; quasi tutti i bambini che passano attraverso questo percorso affrontano una sofferenza profonda e un conseguente disagio psicologico. È del resto difficile pensare, per un piccolo, a una violenza maggiore di quella di venire a forza separato dai propri "veri" genitori per venire affidato a un'altra coppia. Il migliore intervento di igiene mentale con questi bambini è quello di agire in ogni modo per prevenire tali separazioni, anche se si tratta di un obiettivo non facile da raggiungere. Occorre infatti un'operazione

preventiva presso i genitori, per aiutarli a comprendere cosa può accadere ai loro figli, e sono inoltre necessari interventi di tipo sociale, per esempio la predisposizione di una rete assistenziale in grado di aiutare persone, che spesso vivono in condizioni di delicato equilibrio socio-economico, a tenere i propri bambini.

4. *Figli di genitori irregolari*: non sono molti, fortunatamente, perché in genere la presenza di bambini nelle famiglie immigrate avviene dopo un buon radicamento sociale, garantito dal permesso di soggiorno e da una condizione lavorativa relativamente stabile. Esistono, tuttavia, bambini che vivono nel nostro paese con genitori irregolari, una situazione accentuatasi da quando recenti interventi legislativi hanno reso assai più complesso il mantenimento del permesso di soggiorno e hanno ottenuto l'effetto di sospingere non pochi nuclei familiari dalla regolarità alla precarietà dell'assenza di diritti. Questa condizione si accompagna con grande frequenza a situazioni di emarginazione socio-economica (povertà, precarietà abitativa, genitori in condizioni di stress) che costituiscono un rischio per l'igiene mentale dei piccoli.

5. *Figli di rifugiati*: il rischio, per questi bambini, è quello di vivere con genitori molto provati sul piano psicologico. I rifugiati sono spesso stati vittime di violenze, a volte di torture, che possono aver danneggiato il loro equilibrio psichico e quindi la loro capacità di occuparsi efficacemente dei piccoli.

6. *Orfani*: perdere i genitori è una situazione gravissima per ogni bambino. Tuttavia per i figli di immigrati può essere ancora più catastrofico che per un piccolo italiano. Nella grande parte dei casi le famiglie di origine straniera sono nucleari e mancano di relazioni familiari allargate, i piccoli hanno quindi meno possibilità di trovare figure genitoriali vicarie (nonni, zii) che possano aiutarli a superare l'evento luttuoso. L'equilibrio fragile su cui si reggono le famiglie di immigrati può venire messo in crisi, per le stesse ragioni, anche senza arrivare alla morte di un genitore: basta una malattia, o un infortunio, perché l'intero gruppo si trovi in serie difficoltà.

Esistono poi altre condizioni, sulle quali non ci soffermiamo, perché non rientrano strettamente nel tema di queste pagine, ma che vogliamo almeno citare per completezza: *i bambini stranieri adottati* sfuggono all'osservazione di chi si occupa di famiglie immigrate, perché vengono immediatamente rubricati come italiani, ma tuttavia soffrono spesso di problemi non dissimili da quelli dei figli di immigrati (stress da transculturazione, ecc.), a tali difficoltà si vanno inoltre ad aggiungere i livelli di sofferenza psichica legati alla storia di vita che li ha condotti alla condizione di adottabilità; *i minori nomadi*, spesso con cittadinanza italiana, costituiscono un gruppo sui generis, spesso con

gravi problemi per quanto riguarda la prevenzione e l'assistenza medica e sociale, anche se con un buon grado di integrazione psicologica all'interno della propria comunità; infine i cosiddetti *minori non accompagnati*, adolescenti che hanno tentato l'avventura migratoria per conto proprio, talora in contatto con le organizzazioni criminali, e che si trovano a fronteggiare una notevole complessità non solo di natura giuridica, ma anche per quanto riguarda le dinamiche psicologiche, non ultima quella di percepire se stessi come adulti, mentre la società italiana li considera ancora, a tutti gli effetti, poco più che bambini.

Le dinamiche della crescita tra due culture

Se le condizioni economico-sociali e migratorie influiscono, come abbiamo detto, con il benessere psicologico dei piccoli stranieri, esistono situazioni che hanno più specificatamente a che vedere con il crescere tra due mondi, indipendentemente dalle realtà in cui i piccoli si trovano. Anche se appare verosimile che, come vedremo, più le condizioni di base sono favorevoli, più è agevole, per i piccoli, imboccare un processo virtuoso che li porti a un'efficace doppia integrazione, sia con la realtà italiana che con i riferimenti culturali della famiglia di origine, realizzando così pienamente una situazione di doppia cittadinanza culturale.

Più o meno ogni bambino straniero, in Italia, si trova a dover mediare tra due sistemi di riferimento: quello familiare e quello della società che lo circonda. La grande maggioranza di questi bambini, e in particolare quelli che hanno avuto la fortuna di nascere e di crescere fin da piccolissimi in Italia, ci riescono piuttosto bene. I loro genitori in genere sanno essere un sostegno che li aiuta nell'integrazione in Italia senza che questo costituisca una rinuncia al patrimonio culturale familiare. In generale possiamo dire che genitori integrati allevano figli integrati. E intendiamo con la parola "integrazione" prima di tutto una condizione psicologica: la capacità di armonizzare in sé la propria doppia appartenenza, sia al mondo di origine che a quello in cui ci si è impiantati. L'integrazione sociale è di regola la naturale conseguenza dell'integrazione psicologica.

Tuttavia a volte accade che le cose non vadano così bene. Alcuni genitori si spaventano, perché vedono i figli crescere come piccoli italiani e temono di perderli. In particolare essi stessi non si sentono bene nella nuova patria. Se hanno infatti vissuti conflittuali nei confronti della società italiana, se non si sentono integrati, possono avere la sensazione che i piccoli "passino al nemico" nel vedere che i figli non vogliono parlare la lingua madre e che tendono a comportarsi

in tutto e per tutto come italiani. Allora, più o meno consapevolmente, inviano loro messaggi che sono proibizioni a "diventare italiani"; cosa piuttosto imbarazzante per bambini che in Italia sono nati e cresciuti, che spesso non conoscono altro paese.

Non essere italiani, per questi piccoli significa non essere nulla. Tanto più che, a volte, dall'ambiente sociale circostante colgono un messaggio diametralmente opposto: quello, cioè, che non va bene essere stranieri. Sono infatti abbastanza diffusi, nella nostra società, i pregiudizi relativi al fatto che essere immigrati significhi esser poveri, deboli, "arretrati", in qualche modo persone di serie B. E i piccoli possono cogliere una proibizione opposta rispetto alla precedente: non devono essere della cultura di origine della loro famiglia, se vogliono essere accettati. A questo punto il bambino è in grave imbarazzo: se non posso essere italiano (papà e mamma non vogliono) e nemmeno, per esempio, albanese (perché a scuola è considerato spregevole), cosa sono? Questo è il vero pericolo per un piccolo straniero: quello di sentire di non avere un proprio posto, di essere una sorta di apolide.

In alcuni casi particolarmente sfortunati tale situazione può essere aggravata dall'imposizione, da parte della famiglia, di pratiche tradizionali particolarmente lesive: si pensi alle mutilazioni genitali femminili, ma anche alla circoncisione maschile, quando viene effettuata, come spesso accade, senza le dovute accortezze sanitarie. Sono tentativi, da parte della famiglia, di ribadire l'appartenenza del piccolo al loro mondo e non a quello italiano, ma i risultati sono particolarmente nocivi. Pensiamo a una bambina somala, cui venga praticata l'infibulazione in Somalia: se da un lato subisce una menomazione fisica dolorosissima (che può anche condurre alla morte), dall'altro l'intervento ha una funzione integrativa dal punto di vista sociale, in un mondo dove la quasi totalità delle donne è sottoposta alla stessa pratica. Ma se la stessa piccola viene mutilata in Italia, oltre al danno fisico riceve una sorta di marchio definitivo dell'estraneità alla realtà locale. Ciò che può essere integrante socialmente nel paese di origine, risulta emarginante in terra di migrazione.

A volte le tensioni familiari raggiungono l'apice durante l'adolescenza. Bambini cresciuti in Italia diventeranno adolescenti italiani e adotteranno i comportamenti tipici di quell'età nel nostro paese: l'identificazione con il gruppo, i comportamenti oppositivi verso la famiglia, eccetera. Ma il modo con cui si attraversa questa fase della vita in Italia (e, più in generale, nel mondo occidentale) non è universale: non avviene cioè con le stesse dinamiche sociali e psicologiche nel resto del mondo. I genitori possono essere abituati ad altri stili di comportamento adolescenziale e rimanere sbalorditi di fronte alle ribellioni dei figli nei loro confronti. Forse vengono da mondi in cui la prima regola, anche du-

rante l'adolescenza, è il rispetto dei genitori e degli anziani. Così i comportamenti ribelli dei figli, che noi consideriamo, per quanto seccanti, del tutto fisiologici, possono produrre effetti devastanti, dando ai genitori immigrati la sensazione che il mondo sia in piena rivoluzione e che i loro figli sianodefinitivamente perduti. È facile intuire che tipo di conflitti familiari ne possano seguire.

Come promuovere il benessere psicologico dei piccoli di origine straniera?

Delineate, sia pure a grandi linee, alcune situazioni che possono influire sulla crescita psicologica dei bambini stranieri, può essere utile fornire almeno qualche spunto per un'azione preventiva.

Prima di tutto, mi preme ripetere che la grande maggioranza dei figli di immigrati cresce molto bene nel nostro paese, sa evitare gli ostacoli che si parano sul suo cammino e sa approfittare della condizione di biculturalità. La condizione di questi bambini è fortunata e preziosa e, come spesso accade nella vita, le cose più preziose richiedono più impegno per essere raggiunte, ma essi, in genere, ce la fanno.

Essi stessi, tuttavia, e soprattutto i loro compagni meno fortunati hanno bisogno di venire aiutati. Il primo tipo di aiuto è quello di identificare e seguire con attenzione i piccoli a rischio: per questo, nella parte iniziale, abbiamo tratteggiato una serie di condizioni sociali differenti, che si associano a un diverso rischio per il benessere psichico. Saper riconoscere i bambini in condizione di maggior svantaggio significa poterne cogliere i primi segnali di disagio,e poter quindi intervenire con loro o, più spesso, con le famiglie per avviare percorsi psicosociali, psicopedagogici e, quando è il caso, anche psicoterapeutici.

La seconda strategia è di tipo sociale. Si tratta di favorire l'integrazione degli immigrati nel nostro contesto. Più, infatti, le famiglie immigrate si sentono ben accolte (a livello economico, sociale, abitativo, relazionale), minori saranno le tensioni tra famiglia e società di cui i più piccoli, perché più fragili, possono essere le vittime principali. Qui chiamiamo in causa, naturalmente, in primo luogo gli interventi legislativi e amministrativi, ma è necessario anche diffondere una cultura dell'accoglienza, che per fortuna tra i cittadini italiani non è così carente come a volte potrebbe sembrare da alcune dichiarazioni e alcuni messaggi dei mezzi di comunicazione.

La terza strategia è di tipo psicopedagogico: i piccoli stranieri hanno bisogno di essere aiutati a far crescere dentro di sé un senso di doppia appartenenza, la sensazione di essere italiani e, al tempo

stesso, di non aver abbandonato la cultura della famiglia di origine. È questo il vero segreto dell'integrazione.

Da questo punto di vista i luoghi principali per un'azione efficace sono quelli della socializzazione: la scuola, innanzi tutto, ma anche palestre, piscine e centri sportivi, luoghi di aggregazione, oratori, eccetera. In generale può essere utile resistere alla tentazione, pur lodevole, di intervenire sul singolo bambino. In altre parole, interventi pedagogici in una scuola dove c'è un solo bambino straniero, che viene spinto a parlare del proprio paese, possono essere controproducenti perché sottolineano la diversità del piccolo rispetto ai suoi compagni. Diverso è ovviamente il caso di una classe in cui molti bambini sono di origine non italiana: in questo caso un lavoro sulle specificità di ognuno (inserendo in queste attività anche i compagni italiani: tanti vengono da realtà differenti da quella locale, ad esempio altre città, eccetera) può divenire occasione per valorizzare le diversità tramite una condivisione delle stesse ("ognuno di noi ha qualcosa di specifico, e molto che condivide con gli altri"). Non esistono regole precise, ma piuttosto la valutazione di una serie di opportunità da considerare nelle specifiche realtà.

Più promettente è, a mio parere, un lavoro di educazione alla multiculturalità fatto su di un piano più generale (che non significa, però, astratto), perché ogni piccolo impari a conoscere e apprezzare la ricchezza della diversità: in questo modo il bambino straniero può ricevere una sorta di "permesso" a non rinunciare alle sue radici, ma a valorizzarle e considerarle preziose.

Parallelamente, come abbiamo detto, è utile promuovere un senso di appartenenza alla realtà locale, per cui i piccoli di origine non italiana hanno bisogno di sentirsi considerare "italiani" a tutti gli effetti e a progettarsi un futuro qui, dove vivono ora e dove, con ogni probabilità, rimarranno per sempre.

Non voglio addentrarmi oltre nel territorio della pedagogia, di cui non sono competente, e che temo anzi di avere già invaso più del dovuto. Se tuttavia mi sono trovato a sfiorare una indebita invasione di campo è perché, per promuovere la crescita sana dei piccoli di origine straniera in Italia, è molto più opportuno rifarsi agli interventi psicosociali, e quindi pedagogico-educativi, piuttosto che psicoterapeutici. Questi ultimi vanno, a mio parere, limitati a casi veramente selezionati e di comprovato malessere, per evitare di diffondere il pregiudizio che essere stranieri significhi in qualche modo essere portatori di una sorta di handicap.

Al contrario, come abbiamo detto, essere stranieri in Italia è, innanzi tutto, una preziosa opportunità, che può venire valorizzata soprattutto con aiuti di tipo educativo. Per fortuna, nel nostro paese

esistono ormai molti studi e molte ricerche in questo settore, che offrono un aiuto consistente per chi desideri affrontare questa sfida affascinante. Una sfida che, come è opinione diffusa tra tutti coloro che l'hanno raccolta, arricchisce in primo luogo noi operatori, aprendoci nuove prospettive e suggerendoci strade per nuove e coinvolgenti esplorazioni, ricordandoci ogni giorno che anche noi siamo in qualche modo migranti, in territori nuovi della nostra professione.

MARCO MAZZETTI
marcomazzetti@planet.it

Bibliografia

Chi volesse approfondire alcuni dei temi trattati può far ricorso, ormai, a numerose pubblicazioni italiane. Mi limito a citarne alcune:

FAVARO, G., *Bambine e bambini di qui e d'altrove*. Milano, Guerini, 1998.

FAVARO, G.; NAPOLI, M., *Come un pesce fuor d'acqua*. Milano, Guerini e associati, 2002.

FRIGO, M., *Ragazzi che migrano: tra rifiuto e idealizzazione*. «Quaderni di psicologia, Analisi Transazionale e scienze umane», 27-28, 1999, pp. 111-131.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino, L'Harmattan Italia Editrice, 1996.

MAZZETTI, M., *La crescita psicologica del bambino straniero*. In: MAZZETTI, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003.

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione

Il crescente flusso di immigrati, particolarmente concentrato negli ultimi anni, ha comportato inevitabilmente una serie di problematiche sia di ordine socio-culturale sia di carattere igienico-sanitario. È noto che gli immigrati sono persone sostanzialmente in buona salute all'arrivo, in ragione di una naturale selezione al momento della partenza. L'emigrazione può infatti considerarsi un processo selettivo in cui sono "i più forti tra i più deboli" a tentare l'impresa. Tra tutti i potenziali migranti nel paese d'origine, partono quelli che sono in grado di sopportare il costo economico, affettivo e psicologico del progetto. Si tratta quindi generalmente di soggetti sani, giovani, motivati, istruiti e in grado di parlare e apprendere più lingue. Tuttavia, l'assistenza sanitaria è un bisogno che non tarda a manifestarsi così che gli immigrati, dopo un intervallo di benessere relativamente lungo, diventano un gruppo di popolazione più vulnerabile dal punto di vista sanitario per il concentrarsi di numerosi fattori di rischio. Alcuni di questi erano già presenti, seppure silenti, nella fase precedente la migrazione, altri sono acquisiti successivamente e a causa della migrazione stessa.

Nello studio del profilo sanitario del migrante nel nostro paese, notevole importanza è stata rivolta alle patologie infettive in genere ed al presunto rischio di patologie esotiche d'importazione. Tuttavia, se si analizzano le tipologie e le dimensioni delle forme infettive sia in casistiche ambulatoriali sia in quelle ospedaliere, appare evidente come la stragrande maggioranza di esse sia costituita da comuni infezioni, sostenute da germi di larga diffusione in Italia, con più frequente localizzazione a livello respiratorio, gastroenterico, cutaneo ed urogenitale. Si tratta di patologie più strettamente correlate alle condizioni di povertà, di promiscuità abitativa ed alle precarie condizioni igienico-sanitarie in cui gli immigrati, almeno in una prima fase della loro storia migratoria (spesso da clandestini), sono costretti a vivere. Sono infezioni delle vie urinarie, tossinfezioni alimentari e dermo-ipodermiti:

nelle diverse casistiche di strutture ambulatoriali, che da anni assistono gli immigrati per lo più irregolari, si attestano in circa il 4-8% del totale delle diagnosi e non comportano alcun rischio di propagazione ambientale o diffusione interumana (tabella 1).

Tabella 1 – *Casistiche ambulatoriali a confronto per gruppi di malattie*

	Apparato respiratorio	Apparato gastroenterico	Ortopedico-traumatologico	Tessuto cutaneo	Malattie infettive	Ostetrico-ginecologico	Genito-urinario	Disturbi psichici
CSI Brescia (90-04)	10,8%	10,6%	20,2%	6,7%	6,8%	2,2%	7,1%	1,1%
Caritas Roma (83-03)	11,4%	11,1%	10,3%	5,4%	5,6%	6,5%	4,9%	2,6%
Naga Milano (1993)	14,7%	13,4%	17,4%	10,1%	5,9%	6,9%	9,1%	2,9%
Sermig Torino (88-92)	19,3%	14,2%	13,5%	11,9%	-	-	5,2%	-
Cesaim Vr (93-97)	15%	9%	11%	7%	3%	8%	2%	2%
S. Chiara Pa (91-97)	20%	11%	14%	11%	3%	1%	4%	1%
Lidlp, Aspu Pg (95-98)	14,2%	13,5%	9,5%	7,3%	9,7%	-	13,3%	2%

Si tratta ovviamente delle stesse malattie infettive che i soggetti autoctoni possono contrarre nelle medesime condizioni di vita. Questo dato viene anche confermato nella esperienza del Centro di Salute Internazionale (CSI) e di Medicina Transculturale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Brescia, un ambulatorio di medicina di base e non solo, illustrata nella tabella 2.

Tra le 2.384 malattie infettive globalmente diagnosticate in pazienti immigrati nel periodo 1990- 2004, si può osservare come la stragrande maggioranza (80%) sia rappresentata da patologie gastro-intestinali, da forme cutanee di micosi superficiali e di ectoparassitosi come la scabbia e da malattie infettive virali e batteriche banali. Meno frequenti, ma ovviamente meritevoli di una particolare attenzione sono invece le patologie infettive tropicali, come la malaria e alcune parassitosi intestinali, o potenzialmente contagiose, come le malattie sessualmente trasmesse e la tubercolosi (tabella 3).

Tabella 2 – *Profilo clinico per capitoli ICD 9-CM*
Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia

	Femmine		Maschi		Totale	
	Numero	% di colonna	Numero	% di colonna	Numero	% di colonna
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1.699	13,4	3.659	16,5	5.358	15,4
Malattie dell'apparato respiratorio	878	7,0	2.886	13	3.764	10,8
Malattie dell'apparato digerente	1.178	9,3	2.509	11,3	3.687	10,6
Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo	925	7,3	2.703	12,2	3.628	10,4
Traumatismi e avvelenamenti	622	4,9	2.796	12,6	3.418	9,8
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	2.170	17,2	932	4,2	3.102	8,9
Malattie del sistema genito-urinario	1.795	14,2	695	3,1	2.490	7,1
Malattie infettive e parassitarie	564	4,5	1.820	8,2	2.384	6,8
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	551	4,4	1.791	8,1	2.342	6,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	491	3,9	1.140	5,1	1.631	4,7
Malattie del sistema circolatorio	346	2,7	551	2,5	897	2,6
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	764	6,1	0	0	764	2,2
Disturbi psichici	148	1,2	248	1,1	396	1,1
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e del sistema immunitario	181	1,4	181	0,8	362	1,0
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	147	1,2	140	0,6	287	0,8
Tumori	140	1,1	77	0,3	217	0,6
Malformazioni congenite	31	0,2	85	0,4	116	0,3
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	2	0,0	2	0	4	0,0
Totale	12.632	100,0	22.215	100,0	34.847	100,0

Secondo alcune osservazioni gli immigrati in Italia sono considerati una popolazione più vulnerabile e più esposta alle malattie sessualmente trasmesse (MST), in particolare all'**infezione da HIV (il virus responsabile dell'aids)**. Tali osservazioni si basano, almeno sul piano teorico, sulla presenza di alcuni fattori di rischio riconosciuti: la provenienza da Paesi ad alta endemia per MST/HIV, le disagiate condizioni di vita nel Paese ospitante, spesso ai limiti dell'emarginazione, la predominanza tra gli immigrati di soggetti di età giovane e sessualmente attivi, la condizione di single, la diffusione del fenomeno della prostituzione femminile e transessuale e la scarsità di campagne di informazione mirate alla prevenzione delle MST.

Tabella 3 – *Malattie Infettive per capitoli ICD 9-CM*
Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia

	Maschi		Femmine		Totali	
	Numero	% di colonna	Numero	% di colonna	Numero	% di colonna
Micosi	438	24,1	167	29,6	605	25,4
Altre malattie infettive e parassitarie	308	16,9	62	11,0	370	15,5
Altre malattie da virus e clamidia	269	14,8	85	15,1	354	14,9
Tubercolosi	274	15,1	35	6,2	309	13,0
Malattie virali con esantema	115	6,3	57	10,1	172	7,2
Infezione da HIV	71	3,9	48	8,5	119	5,0
Altre malattie batteriche	67	3,7	35	6,2	102	4,3
Postumi di malattie infettive e parassitarie	86	4,7	9	1,6	95	4,0
Malattie infettive intestinali	65	3,6	16	2,8	81	3,4
Elmintiasi	53	2,9	26	4,6	79	3,3
Sifilide e altre malattie veneree	51	2,8	19	3,4	70	2,9
Rickettsiosi e altre malattie trasmesse da artropodi	20	1,1	4	0,7	24	1,0
Malattie batteriche trasmesse da animali	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Poliomielite e altre malattie del sistema nervoso centrale non trasmesse da artropodi	1	0,1	0	0	1	0
Altre malattie trasmesse da spirochete	0	0,0	0	0	0	0
Malattie virali trasmesse da artropodi	0	0,0	0	0	0	0
Totale	**1.819**	*100*	**564**	*100*	**2.383**	*100*

Sulla base dei dati disponibili sarebbe errato non riconoscere che i risvolti sociali dell'immigrazione possono creare contesti in cui la trasmissione di tale infezione è privilegiata in categorie ben definite. Tuttavia lo stato di migrante non costituisce di per sé un fattore di rischio per l'infezione da HIV e l'insieme della popolazione immigrata nel nostro paese mal si presta ad essere considerata una categoria unica, omogenea e realmente a rischio per determinate patologie infettive. Inoltre va sottolineato che attualmente non disponiamo di sufficienti dati a livello nazionale sulla reale diffusione dell'infezione da HIV nella popolazione immigrata e non vi sono dimostrazioni su eventuale ruolo degli immigrati nelle dinamiche di trasmissione di questa patologia. Sarebbero necessarie ricerche mirate volte allo studio dell'impatto della patologia da HIV nella popolazione immigrata sia dal punto di vista clinico-epidemiologio, sia in termini di accesso alle strutture sanitarie e alla terapia antiretrovirale.

I dati della letteratura nazionale ed internazionale riportano tassi variabili ed eterogenei di prevalenza dell'infezione da HIV in alcune

casistiche di immigrati più o meno selezionate. Inoltre per quanto concerne i casi di aids in Italia, i dati del Registro Nazionale aids mettono in evidenzia un incremento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri dal 3% nel periodo 1983-93 al 14.8% nel 2003. Questo dato deve essere interpretato con cautela, in quanto anche il numero totale degli immigrati è aumentato notevolmente, e potrebbe inoltre riflettere un più tardivo accesso alle strutture sanitarie con conseguente ritardo nell'utilizzazione della terapia antiretrovirale: gli effetti di questa terapia si possono però cominciare a vedere come ipotizzato da un recente studio pubblicato da Baglio e collaboratori nell'ambito dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane (*Rapporto Osservasalute 2004*). Rifacendosi al periodo 1992/2000, gli autori hanno attentamente analizzato i 34.718 casi di aids notificati all'Istituto Superiore di Sanità, relativi a soggetti a maggiorenni: di questi, 2.069 (6%) erano stranieri. Nel periodo in studio, come già abbiamo osservato, la percentuale di stranieri tra i casi è aumentata costantemente, passando dal 3% nel 1992 al 14% nel 2000.

Per quanto riguarda i tassi di incidenza, cioè i nuovi casi rapportati alla popolazione di riferimento, si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1995-1997, sia tra gli stranieri provenienti da Paesi in via di sviluppo che tra quelli provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (vedi tabella 4). La riduzione dell'incidenza è stata osservata in entrambi i sessi e ha riguardato tutte le classi d'età. In particolare, negli uomini il decremento è stato intorno al 40%, tranne che nella classe d'età ³50 anni (-18%); nelle donne, l'incidenza si è ridotta apprezzabilmente solo nella classe 30-39 anni, con un decremento pari al 26%.

Si deve sottolineare come il trend osservato tra gli stranieri sia analogo a quello registrato negli italiani e la riduzione coincida temporalmente con l'introduzione in Italia delle nuove terapie efficaci.

Pertanto, è ipotizzabile che proprio la possibilità di accedere alle cure da parte degli immigrati abbia determinato questa inversione di tendenza. questo anche in considerazione del fatto che non si è registrata nel periodo un'analoga riduzione di incidenza dell'AIDS nei Paesi di provenienza e che l'Italia in questi anni ha compiuto numerosi sforzi, sia in termini normativi che programmatori, volti a garantire l'accesso ai servizi sociosanitari per i cittadini stranieri presenti.

Peraltro, il decremento dell'incidenza pressoché uniforme per età, sesso e area di provenienza conferma che il trend non dipende da modifiche nel profilo demografico della popolazione immigrata, né dall'aumento del flusso migratorio da Paesi a bassa endemia.

Tabella 4 – *Tassi di incidenza triennali di aids tra gli stranieri in Italia di età >17 anni, per area di provenienza. Anni 1992-2000 (tassi per 100.000)*

AREA DI PROVENIENZA	TRIENNIO		
	1992-1994	1995-1997	1998-2000
Paesi in via di sviluppo	56,1	72,1	53,5
Paesi a sviluppo avanzato	22,0	24,0	8,7
ITALIA	8,8	8,3	3,5

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità - Registro Nazionale AIDS. Anni 1992-2000.
ISTAT. Anni 1992-2000 (Denominatori)

In riferimento al più ampio capitolo delle **malattie sessualmente trasmesse**, che notoriamente possono giocare un ruolo favorente l'infezione da HIV, il rapporto ufficiale del Sistema di Sorveglianza Sentinella istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), relativo a 68.000 notifiche di casi MST pervenute tra il 1991 ed il 2001, mette in evidenza che 7.752 casi (11.4%) sono stati diagnosticati in individui stranieri. La distribuzione degli individui infetti per area geografica di origine ha mostrato una sostanziale concentrazione dei casi osservati tra le persone originarie dell'Africa (46,4%) e dell'Europa (31.7%). Inoltre, i risultati della sierologia per HIV evidenziano una prevalenza d'infezione del 6,3% tra gli immigrati rispetto al 9,5% registrata tra gli italiani afferenti ai centri pubblici MST.

Tra le persone straniere presenti nel nostro paese, coloro che, volontariamente o meno, sono dediti alla **prostituzione** configurano evidentemente un potenziale gruppo ad alto rischio. Non vi sono tuttavia dati ufficiali in Italia sulla prostituzione straniera, a causa dell'elevata mobilità e della condizione di clandestinità di un'ampia fetta di tale popolazione. La maggior parte dei dati attualmente disponibili sono forniti da Unità Mobili, attive in alcune città per attuare misure preventive per l'aids e le MST. Alcuni studi hanno dimostrato che la prostituzione straniera di strada è la forma più comune e supera largamente quella italiana raggiungendo in alcune città il 90% del totale. La nazionalità delle prostitute immigrate è variabile a seconda delle città considerate, ma si riscontra una prevalenza di donne provenienti dall'Africa sub-sahariana, soprattutto Nigeria, seguite da Albania ed ex Unione Sovietica, e da uomini transessuali e donne provenienti dall'America Latina. La diffusione dell'HIV nelle prostitute immigrate sembra limitata, grazie ad un sufficiente uso del preservativo con il cliente, anche se non con il proprio partner abituale, come dimostrato dall'alto numero di gravidanze indesiderate e di aborti anche in questa specifica popolazione. La modalità di trasmissione dell'infezione da HIV segue essenzialmente la via sessuale,

prevalentemente eterosessuale nei migranti dal continente africano ed omosessuale in particolare nei transessuali che provengono dall'America Latina. La prevalenza dell'infezione da HIV nei migranti è dunque, in analogia con quanto avviene nella popolazione italiana, legata a determinati comportamenti a rischio, propri di selezionate sotto-popolazioni di immigrati.

Indipendentemente dall'entità della problematica dell'infezione da HIV, essa può assumere negli immigrati alcune caratteristiche peculiari che possono rappresentare, almeno in parte, dei potenziali elementi di difficoltà nell'approccio clinico, diagnostico e terapeutico al paziente straniero. Inoltre, l'estrema diversificazione etnica degli immigrati (sono presenti in Italia oltre 190 nazioni diverse), l'alta mobilità territoriale, l'appartenenza ad altre fedi religiose ed i possibili diversi concetti di salute e malattia, costituiscono barriere linguistico-culturali che spesso si frappongono tra gli operatori sanitari ed il paziente immigrato. La differenza culturalmente fondata dei modelli esplicativi nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti stranieri sottolinea, specialmente nel caso di un infezione cronica come quella da HIV, la necessità di un approccio ritagliato sulla specificità del soggetto e dell'intervento di una efficace mediazione interculturale. Ma prima ancora degli aspetti di relazione, appare importante la problematica dell'accesso alle strutture sanitarie e la piena fruizione delle prestazioni socio-sanitarie da parte degli immigrati ancora condizionata da inapplicazione in vaste aree del paese delle norme e la non conoscenza delle stesse sia da parte di molti operatori e degli immigrati.

Le **parassitosi intestinali** rappresentano una delle patologie infettive maggiormente diffuse in vaste aree del mondo, in particolar modo nei Paesi in Via di Sviluppo. Le forme più diffuse causate da elminti e protozoi interessano circa 3,5 miliardi di persone in tutto il mondo e secondo le stime ufficiali delle attuali dimensioni del fenomeno, si registrano a livello mondiale circa un miliardo di casi di ascaridiasi, anchilostomiasi e oxiuriasi, 500 milioni di casi di giardiasi e tricocefalosi e circa 350 milioni di casi di strongiloidiasi. Nei paesi a sviluppo avanzato, l'importanza clinico-epidemiologica delle enteroparassitosi è diminuita gradualmente in rapporto al progressivo miglioramento delle condizioni di vita, tuttavia anche in questo caso la presenza di immigrati dal sud del mondo, in particolare provenienti da aree endemiche per queste patologie, ha attualizzato il tema. Numerosi dati di screening coproparassitologico hanno messo in evidenza che le parassitosi intestinali rappresentano una patologia relativamente frequente tra gli immigrati. La maggior parte di queste rimane allo stato silente e tende a persistere nel tempo dopo l'evento migratorio, in rapporto verosimilmente al persistere delle condizioni di precarietà abitative ed

igienico-sanitarie e, parallelamente, allo scarso accesso alle strutture sanitarie. Le parassitosi intestinali da protozoi maggiormente rappresentate comprendono: amebiasi, giardiasi e blastocistosi. Allo scopo di comprendere l'impatto che hanno le parassitosi intestinali nella popolazione immigrata nel nostro paese, vengono di seguito riportati i risultati di uno studio di screening parassitologico condotto su soggetti immigrati afferenti al CSI di Brescia. È stato eseguito, su un solo campione di feci, l'esame macroscopico e microscopico sia a fresco sia dopo arricchimento secondo Ritchie per la ricerca di trofozoiti, cisti e uova. Globalmente in 89 (48.9%) dei 182 soggetti inclusi nello studio è stato riscontrato un esame coproparassitologico positivo: i casi di infestazione singola sono stati 53 (59.5%) e 36 quelli di infestazione multipla (40.5%). Nel 39.3% (35/89) dei soggetti è stato possibile evidenziare la presenza di almeno un parassita patogeno. Di questi il 28.3% dei casi erano infestazioni singole e il 55.5% erano infestazioni multiple. La tipologia ed il numero dei parassiti identificati sono illustrati nella tabella 5.

Tabella 5 – *Parassiti identificati*
Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia

PARASSITA	NUMERO	%
Patogeni		
Schistosoma mansoni	1	0.5
Trichostrongylus	1	0.5
Ancylostoma duodenale	6	3.3
Enterobius vermicularis	1	0.5
Hymenolepsis nana	5	2.7
Giardia lamblia	11	6.0
Ascaris lumbricoides	3	1.6
Strongyloides stercoralis	5	2.7
Trichiuris trichiura	7	3.8
Ancylostoma spp.	1	0.0
Entamoeba histolytica	5	2.7
Apatogeni		
Entamoeba harrtmanni	19	10.4
Blastocystis hominis	18	9.9
Entamoeba coli	20	11.0
Blastospora	21	11.5
Iodamoeba butschilli	4	2.2
Endolimax nana	19	10.4
Dicrocoelium dendriticum	2	1.1
TOTALE	139	

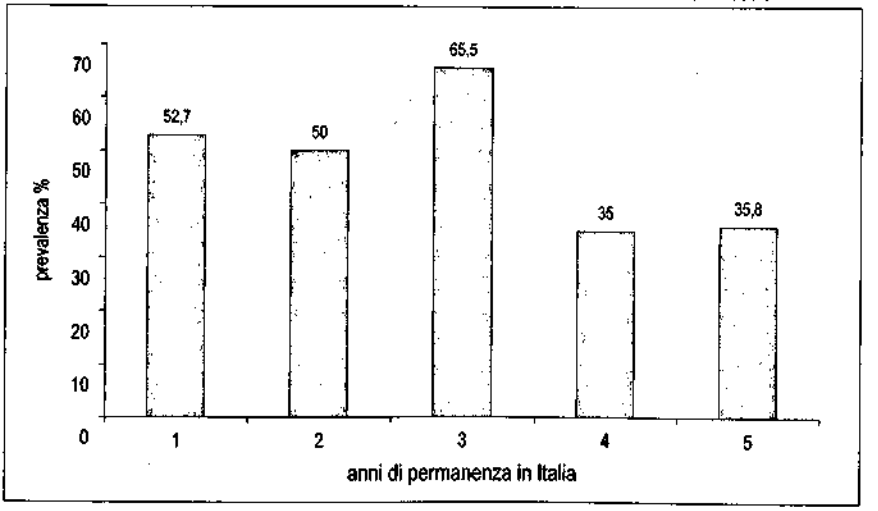
L'esame coproparassitologico è risultato positivo in 22/53 (41.5%) soggetti sintomatici e in 67/129 (51.9%) asintomatici; solo il 28.6% (10/35) dei soggetti infestati da parassiti patogeni era sintomatico. La stratificazione per area geografica dei soggetti con esame coproparassitologico positivo, illustrata in tabella 6, evidenzia una maggiore prevalenza parassitaria nei soggetti provenienti dall'Africa e dall'Asia rispetto ai pazienti europei, mentre il dato relativo ai soggetti latinoamericani non può essere considerato per l'esigua numerosità del campione.

Tabella 6 – *Prevalenza di positività per area geografica*
Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia

AREA GEOGRAFICA	INDAGATI	POSITIVI	% per area
Est Europa	8	2	25.0
Asia	33	16	48.5
Africa	138	69	50.0
America Latina	3	2	66.6
TOTALE	182	89	48.9

Le condizioni abitative dei soggetti studiati sono state desunte dall'Indice di Saturazione Abitativa (I.S.A.), definito come il rapporto tra il numero di conviventi e il numero di vani disponibili, che è risultato pari 1.9, con un numero medio di conviventi di 3.2 ed un numero medio di vani di 2.2. La probabilità di avere un campione fecale positivo per parassiti non ha mostrato in sede di analisi statistica una correlazione significativa con il sesso, l'età e lo stato occupazionale e l'I.S.A. La ripartizione dei soggetti con esame coproparassitologico positivo in funzione dell'epoca migratoria, riportata nel grafico 1, evidenzia una progressiva diminuzione della proporzione di soggetti positivi all'aumentare dell'epoca migratoria. Questi dati indicano che le parassitosi intestinali rappresentano una patologia relativamente frequente fra gli immigrati da zone ad alta endemia parassitaria, con particolare riferimento in coloro che sono di recente epoca migratoria, tuttavia esse possono rimanere a lungo asintomatiche ed in genere tendono progressivamente ad autolimitarsi.

Grafico 1 – *Prevalenza di positività dell'esame coproparassitologico in relazione all'epoca migratoria. Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia*



La **tubercolosi** merita particolare attenzione, sia dal punto di vista diagnostico – terapeutico, sia da quello preventivo, per le ovvie implicazioni che può comportare in termini di Sanità pubblica e di potenziale diffusibilità. Nei Paesi industrializzati l'endemia di tubercolosi ha presentato un trend progressivamente decrescente dalla seconda metà del secolo scorso, testimoniato dalla discesa dei tassi di morbosità e dell'indice tubercolinico. Negli Stati Uniti, ad esempio, la prevalenza della cutipositività nella popolazione adulta è scesa al di sotto del 10% nel 1984 e l'incidenza di malattia ha raggiunto valori inferiori a 10 per 100,000 abitanti nella popolazione generale. Un comportamento analogo si è osservato anche in Europa Occidentale. Tuttavia, dalla metà degli anni ottanta, sia negli Stati Uniti, sia in diversi Paesi europei (Austria, Italia, Danimarca, Olanda, Irlanda, Norvegia e Svizzera), si è osservato un arresto della discesa del numero dei casi di tubercolosi notificati e dal 1989 si è assistito ad un suo incremento. Nei Paesi in via di Sviluppo (PVS), la progressiva urbanizzazione di massa, i conflitti sociali e la povertà dilagante determinano la persistenza di elevati livelli di endemia tubercolare: in effetti, si concentrano in questi Paesi rispettivamente il 95% e il 99% di tutti i casi di malattia e morte a livello mondiale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha calcolato che nel periodo 1990 - 1999 si sono verificati nel mondo 88 milioni di nuovi casi di tubercolosi e 30 milioni di decessi, il 95% dei quali nei PVS. Su scala mondiale

l'incidenza annuale di tubercolosi è salita da 143 nel 1990 a 152 nel 1995 a 163/100.000 abitanti nel 2000. L'incremento del numero dei casi è imputabile all'epidemia mondiale dell'infezione da HIV, alla crescita della popolazione mondiale e ai mutamenti della struttura demografica della popolazione. Gli immigrati da Paesi ad alta endemia rappresentano, nei Paesi occidentali, un ben definito gruppo di popolazione a rischio di malattia tubercolare. L'incidenza della tubercolosi in tali soggetti risulta da 2 a 25 volte maggiore rispetto alla popolazione autoctona e si attesta generalmente sui livelli propri del Paese di origine. In Italia non sono più disponibili dati attendibili sulle notifiche di tubercolosi a partire dallo smantellamento dei Consorzi provinciali Antitubercolari per effetto della legge di riforma sanitaria del 1978. L'incidenza di tubercolosi negli immigrati è massima nei primi 5 anni successivi all'arrivo nel Paese ospite. In uno studio longitudinale effettuato negli Stati Uniti, l'incidenza di nuovi casi è scesa da 306/100.000 al momento dell'immigrazione a meno di 50/100.000 cinque anni dopo l'arrivo. In effetti nel quarto e quinto anno si verificano solo il 10% di tutti i casi. In uno studio retrospettivo dei casi di tubercolosi ospedalizzati presso la Divisione di Pneumologia di Sondalo nel periodo 1988-1993, il tempo medio trascorso tra l'arrivo e la diagnosi di tubercolosi è stato di 30 mesi. Similmente, la mediana della durata del soggiorno in Italia dei casi di tubercolosi in immigrati presso il Consorzio Antitubercolare di Milano è risultata pari a 14 mesi e nel 75% dei casi inferiore a 24 mesi. L'incidenza della tubercolosi negli immigrati si concentra in età giovanile, contrariamente a quanto si verifica nella popolazione autoctona: il 49% dei casi di tubercolosi negli immigrati in USA erano in soggetti di età inferiore a 35 anni, mentre nella casistica di Sondalo l'età media dei casi si tubercolosi era di 30 anni. Questo dato può essere in gran parte spiegato dall'età giovanile della popolazione immigrata.

I dati di prevalenza di cutipositività alla tubercolina, indice di pregressa infezione, sono generalmente elevati negli immigrati al momento dell'arrivo nel Paese ospite. Sulla base di questi dati si ipotizza che lo sviluppo della malattia sia la conseguenza, nella maggior parte dei casi, di riattivazione di pregresse infezioni latenti. Le ipotesi concernenti i meccanismi di riattivazione dell'infezione tubercolare negli immigrati sono molteplici: considerando che la maggior parte degli episodi di malattia si manifesta non molto tempo dopo la migrazione, si ipotizza il ruolo primario delle precarie condizioni socio-economiche di vita. A fianco dei cofattori favorenti la riattivazione tubercolare, quali l'emarginazione, le condizioni abitative poco igieniche, va considerata l'esistenza di una continua situazione di stress emotivo. Non può tuttavia essere trascurata l'ipotesi che una parte dei casi sia dovuta a tra-

smissione intracomunitaria a partenza da casi bacilliferi, soprattutto in condizioni di sovraffollamento. In uno studio condotto in una comunità circoscritta di immigrati senegalesi a Brescia, i tassi di incidenza tubercolare in soggetti inizialmente tubercolino-positivi sono risultati simili a quelli di soggetti tubercolini-negativi. Questa osservazione suggerisce una pari importanza, almeno nelle condizioni abitative della comunità studiata, delle forme di riattivazione e delle forme primarie di malattia conseguenti all'elevata circolazione di *M. tuberculosis*.

Dal punto di vista sintomatologico, la tubercolosi non presenta nel soggetto immigrato differenze significative rispetto agli autoctoni. Tuttavia la presentazione radiologica dei casi di tubercolosi polmonare è caratterizzata, fra gli immigrati, da una maggior frequenza di forme cavitarie che si associa, quindi, ad una maggior proporzione di forme bacillifere. Il tasso di positività alla ricerca diretta dei bacilli alcol-acido resistenti nell'espettorato presso l'Ospedale di Sondalo è risultata pari al 37% nei soggetti immigrati rispetto al 50% nei locali. Fra gli immigrati, però, vi è anche una maggior frequenza di forme extrapolmonari della tubercolosi. Poiché queste ultime non determinano alcun rischio di trasmissione, la contagiosità della tubercolosi nel soggetto immigrato non appare nel complesso aumentata. Fra le localizzazioni extrapolmonari sono particolarmente frequenti quelle linfonodali superficiali e profonde, sebbene possano essere coinvolte praticamente tutte le sedi, in particolare il sistema osseo, epatosplenico e cerebrale. La prevalenza di ceppi resistenti ai farmaci antitubercolari più frequenti, isoniazide e streptomicina, è più elevata in soggetti immigrati: il 20-25% dei casi di tubercolosi in rifugiati asiatici negli USA nel 1981, è risultata resistente all'isoniazide. In uno studio comparativo, la prevalenza di ceppi resistenti a isoniazide, streptomicina e rifampicina era pari rispettivamente all' 8, 5 e 8% in residenti statunitensi rispetto a 39, 29 e 19% in soggetti immigrati. In una casistica di tubercolosi in Italia, il 28% degli isolati da soggetti immigrati è risultato resistente ad almeno un farmaco e l'1,6% era multiresistente: 21% di resistenza all'isoniazide, 14% alla rifampicina, 11% alla streptomicina, 6% all'etambutolo. È probabile che il fattore principale di selezione di resistenze nel soggetto immigrato sia la ridotta aderenza o l'inappropriata prescrizione della terapia antitubercolare (incongrua scelta del regime farmacologico oppure del dosaggio o della durata della somministrazione). Appare anche essenziale, per gli stessi motivi, limitare la somministrazione della chemioprofilassi (monoterapia) a soggetti in cui sia stata accuratamente esclusa la presenza di malattia attiva. Il depistaggio della malattia prevede l'impiego della radiografia del torace e dell'esame clinico. Il trattamento della tubercolosi attiva deve essere

attuato sulla base di regimi standardizzati. Particolare importanza ha l'aderenza al trattamento (compliance) con rispetto delle corrette posologie, perché non solo da questa pratica dipende l'effettiva efficacia della terapia, ma è questo il solo sistema che permette di prevenire l'insorgenza e la diffusione delle farmacoresistenze. La terapia supervisionata, propagandata dall'OMS sotto la sigla di DOT, rappresenta in effetti uno strumento per garantire l'aderenza al trattamento: vengono mantenuti i medesimi farmaci della terapia classica, ma si organizza il sistema di erogazione dei servizi sanitari in modo da utilizzare regimi intermittenti e garantirne l'effettiva e regolare assunzione da parte del paziente.

La ridotta compliance allo screening, alla terapia e alla chemioprofilassi rappresenta il maggiore ostacolo al controllo della tubercolosi nelle minoranze etniche e nei migranti in generale. Tra i fattori determinanti vanno annoverate sia l'elevata mobilità degli individui che le difficoltà di comunicazione con gli operatori sanitari in tema della natura della malattia. Le barriere culturali e linguistiche sembrano giocare un ruolo particolarmente importante nei confronti di una patologia come la tubercolosi, che richiede trattamenti di lunga durata in soggetti spesso asintomatici. In altri casi gli immigrati possono sfuggire ai sistemi di sorveglianza per il timore di essere espulsi dal Paese ed ancora, l'accesso degli immigrati irregolari e clandestini ai servizi sanitari pubblici preventivi o curativi, è ancora molto limitata. È auspicabile la definizione di politiche e strategie operative che possano sempre di più, al tempo stesso, tutelare i diritti della comunità e prevenire possibili discriminazioni nei soggetti immigrati.

Infine gli immigrati in Italia da regioni in cui la **malaria** è endemica rappresentano il principale gruppo di popolazione per quanto riguarda l'incidenza della malaria d'importazione: oltre il 60% dei casi di malaria registrati in Italia a partire dal 1998 risulta a carico degli immigrati. La maggior parte degli immigrati contrae la malaria in occasione del rientro in patria - in particolare in paesi africani - dopo un prolungato soggiorno in Italia, a causa della perdita della stato di semi-immunità che possedevano nella fase precedente alla migrazione che consentiva loro di "convivere" con l'infezione malarica. La rinnovata suscettibilità risulta così pericolosa, in quanto il soggetto mantiene una falsa fiducia nella resistenza alla malattia ritenendo pertanto superflua l'adozione di speciali forme di protezione antimalarica.

In conclusione, e nonostante i limiti imposti dalla carenza di dati clinico-epidemiologici affidabili, i dati disponibili mettono in evidenza un profilo sanitario generale del migrante in cui la patologia più frequente è quella non infettiva, da ricondursi essenzialmente alle condizioni di disagio climatico, abitativo e psicologico che gli immigrati

vivono nel nostro paese. Tuttavia, il riscontro di alcune patologie infettive di rilievo come in particolare la tubercolosi, la malaria e le parassitosi intestinali, sottolinea la necessità di attuare misure concrete nel settore della prevenzione, e assistenza sanitaria, che non possono essere lasciate esclusivamente all'iniziativa di organizzazioni non governative o strutture di volontariato, ma dovrebbero essere decisamente assunte dalla struttura pubblica e coordinate da osservatori epidemiologici regionali e nazionali. È prevedibile che tali attività comportino costi non trascurabili per l'amministrazione pubblica; tuttavia esse rispondono all'esigenza di garantire una equa assistenza sanitaria a tutte le frange di popolazione, iniziando dai gruppi svantaggiati ed esposti ad un rischio maggiore. Infine, non vi sono tuttora sufficienti elementi, sia in casistiche nazionali che internazionali, a favore di una concreta possibilità di trasmissione di patologia infettiva esotica dal soggetto immigrato alla popolazione locale. Questo vale in primo luogo per le malattie a trasmissione vettoriale (malaria schistosomiasi e filariosi), il cui ciclo biologico non può essere riprodotto in aree dove l'ospite intermedio è assente (come il Bulinus e la Bionphalaria per la schistosomiasi) o inappropriato (come l'Anopheles Maculipennis per il P. falciparum). La recente descrizione di casi di "baggage" malaria (infezione trasmessa da zanzara arrivata in Italia nei bagagli di viaggiatori provenienti da zone malariche) in Italia non contrasta con questa affermazione; si tratta di casi eccezionali, non trasmessi da vettori locali, la cui descrizione riveste importanza soprattutto come stimolo ad una più approfondita conoscenza da parte del medico di patologie esotiche non usuali.

Recentemente la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) ha pubblicato uno studio epidemiologico multicentrico di tipo retrospettivo che ha indagato la prevalenza e le cause di ospedalizzazione di pazienti immigrati nelle Unità Operative di Malattie Infettive nell'anno 2002. All'indagine hanno aderito 46 strutture di tutta Italia per un totale di 2.255 pazienti studiati, di cui 1.571 in regime di ricovero ordinario, corrispondente al 6.8% dell'intera popolazione ospedalizzata e 684 in day-hospital (6.7%). Ancora una volta è stato sottolineato il ruolo delle condizioni di vita scadenti come responsabili della più alta prevalenza di malattie infettive tra gli immigrati ricoverati e la bassissima frequenza di malattie tropicali da importazione.

In conclusione possiamo affermare che dati e le considerazioni riportate indicano nelle malattie infettive una criticità della salute degli immigrati ma non in senso di un aumentato rischio per la popolazione residente o per l'importazione di morbi nuovi e temibili. Si rileva infatti una condizione di fragilità sociale della popolazione straniera in Italia, almeno in una prima fase della loro permanenza – come abbiamo visto la

trasmissione e la diffusione di tutte le patologie riportate risentono proprio dalle condizioni di accoglienza e di vita, di conseguenza una debolezza sulle politiche d'integrazione -.reale meccanismo di prevenzione per queste malattie, ed infine una vischiosa accessibilità ai servizi socio-assistenziali.

Proprio questo aspetto ci sembra particolarmente critico sia nell'assicurare una prevenzione adeguata, sia per garantire la cura ed infine per promuovere un percorso di promozione della salute.

Gli screening, strumento efficace per intercettare precocemente focolai di malattie, vengono spesso proposti ed usati come "interventi politici" più o meno rassicuratori, sulla pressione di pregiudizi diffusi, creando sospetti e a volte reali azioni discriminatorie. L'accessibilità alle cure, pur garantita dalle norme, a volte è vanificata da ignoranza e da una organizzazione inadeguata; la compliance, cioè l'adesione nel tempo alla terapia, è ancora un anello debole per difficoltà comunicative e linguistico culturali ma anche per scarsa propensione del "sistema" del prendersi carico della persona malata soprattutto se espressione di una alterità sia essa sociale e/o culturale.

Di contro va detto che queste stesse cose, dagli screening alla compliance, sono possibili con ottimi risultati ed in Italia abbiamo alcune "buone pratiche" in tal senso e quella bresciana ne è un esempio: Essi quindi assumono grande efficacia e alto gradimento sia tra popolazione immigrata che gli autoctoni, ma necessitano di formazione e motivazione del personale, di risorse specifiche anche economiche, di una organizzazione che valorizzi la rete socio-assistenziale con particolare riferimento al volontariato con specifica esperienza ed all'associazionismo degli stessi immigrati ed infine politici disponibili non alla rincorsa di facili consensi ma che guardino, anche silenziosamente, alla soluzione di problematiche anche se con effetti non immediati nel tempo.

Se le malattie infettive evocano paure e pregiudizi, il loro studio ci indica possibili percorsi di serena convivenza ed integrazione: gli immigrati in Italia non sono né untori, né unti ma nuovi cittadini da accogliere, tutelare e rispettare.

ISSA EL-HAMAD
issa1957@libero.it
Dipartimento di Malattie Infettive
Spedali Civili di Brescia

CARMELO SCARCELLA *
carmelo.scarcella@aslbrescia.it
Direzione generale
ASL di Brescia

M. CHIARA PEZZOLI
chiarapezzoli@yahoo.com
Centro di salute Internazionale
ASL di Brescia

SALVATORE GERACI
s.geraci@areasanitaria.it

CARLA SCOLARI
Carlascolari@yahoo.com
Centro di salute Internazionale
ASL di Brescia

Bibliografia

ADANI, O.; SCANO, M.; GERACI, S., *Incidenza della Tbc nella popolazione di immigrati afferiti al Poliambulatorio Caritas-ASFR di Roma nell'anno 1989.* «Rivista della Tbc e malattie dell'apparato respiratorio», 4, 1991, pp. 235-242.

AFFRONDI, M.; D'AJELLO, G.; FURNARI, M.L.; GUIFFÈ, D., *Gli immigrati da paesi in via di sviluppo. L'esperienza dell'ambulatorio Santa Chiara di Palermo.* In: *Atti della I Consensus conference sulla Immigrazione*, Palermo, 15 dicembre 1990. Cattedra di Patologia Speciale Medica, Università di Palermo, Palermo, 1990, pp. 21-25.

BAGLIO, G. (et al.), nell'ambito di Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2004.* Roma, Vita e Pensiero, 2004, pp. 178-180.

BAGLIO, G.; CACCIANI, L.; GUASTICCHI, G.; MARCECA, M.; GERACI, S., *I ricoveri di cittadini stranieri nel Lazio.* In: REGIONE LAZIO, *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000.* Roma, Agenzia di Sanità Pubblica, 2002, pp. 21-34.

BARNES, P.F., *The influence of epidemiologic factors on drug resistance rates in tuberculosis.* «American Review of Respiratory Diseases», 136, 1987, pp. 325-328.

BESOZZI, G.; CODECASA, L.R.; DI PISA, G.; DE LORENZI, S.; DAGASSO, S.; BERTOLOTTI, R.; MATTEUCCI, G.; BACCHETTI, M.; PARRAVICINI, M.; VIAGGIANI, G., *Tubercolosi e immigrazione.* In: DI PISA, G. (a cura di), *Tubercolosi*, Milano, Systems, 1993, pp. 247-252.

BIANCHINI, C.; MARANGI, M.; MELEDANDRI, G.; MORRONE, A., *Medicina internazionale.* Roma, Società Editrice Universo, 2001.

BIRBES, M.G.; POLIZZA, P.; EL HAMAD, I., *Immigrazione extracomunitaria a Brescia: Problemi medico-sociali e assistenza sanitaria.* «Archivio di Medicina Legale e delle Assicurazioni», 14, 1992, pp. 112-132.

CARVALHO, A.C.C.; SIGNORINI, L.; CASTELLI, F.; CAROSI, G.; PARRAVICINI, M.; DI LORENZO, S.; DI PISA, G., *Migration medicine: the challenge of tuberculosis.* «Chest», 105, 1994, p. 1911.

CASTELLI, F.; MATTEELLI, A.; CALIGARIS, S.; GULLETTA, M.; EL HAMAD, I.; SCOLARI, C.; CHATEL, G.; CAROSI, G., *Malaria in migrants.* «Parassitologia», 41, 1999, pp. 261-265.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Drug resistance among indochinese refugees with tuberculosis.* «MMWR», 32, 1981, pp. 273-275.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Screening for tuberculosis infection in high risk population and the use of preventive therapy for tuberculosis infection in the USA: Raccomandations of the ACET.* «MMWR», 39 (RR-8), 1990, pp. 1-12.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Tuberculosis morbidity in the USA, 1991.* «MMWR», 42, 1992, p. 240.

CENTRO OPERATIVO AIDS, *Aggiornamento di casi di AIDS conclamato notificati in Italia al 30/06/1990.* «Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità», 7, 1990.

CENTRO OPERATIVO AIDS, *Aggiornamento di casi di AIDS notificati in Italia a giugno 2004.* Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2004.

CODECASA, L.R.; SARASSI, A.; BESOZZI, G.; MANTELLINI, P. V., *Tubercolosi ed immigrazione in Italia: stato attuale e proposte future*. In: MALATESTA, R. (a cura di), Atti del II Convegno *Aspetti Sanitari dell'immigrazione extracomunitaria*, Treviso, 21 maggio 1992. Regione del Veneto, U.L.S.S. n. 10 - Settore Igiene Pubblica, Treviso, 1992, pp. 51-55.

COMMISSIONE AIDS E IMMIGRAZIONE DEL PROGETTO CEE, *Assessment of the AIDS/HIV preventive strategies*, 1990.

CORACHAN, M., *Revue de la Pathologie d'importation en Espagne*. «Nova Acta Medica Virgiliana», 6, 1991, p. 34.

DI PERRI, G.; SOLBIATI, M.; VENTO, S.; DE CHECCHI, G.; LUZZATI, R.; BONORA, S.; MERIGGI, M.; MAROCCO, S.; FIBBIA, G.; CONCIA, E., *West African immigrants and new patterns of malaria imported to north eastern Italy*. «The Journal of Travel Medicine», 1994, pp. 147-151.

DIASIO, N.; GERACI, S., *L'angelo triste. La percezione dello straniero tra gli operatori sociosanitari impegnati nel campo dell'immigrazione*. In: DELLE DONNE, M. (a cura di), *Relazioni, stereotipi e pregiudizi. Fenomeno immigratorio ed esclusione sociale*. Roma, EdUP, 1998, pp. 311-322.

DIOTALLEVI, P.; CRISTOFARO, M.; MONTELLA, F.; SCANO, M.; GERACI, S.; SIMILI, C., *La tubercolosi polmonare nei pazienti HIV positivi. Correlazioni clinico-radiologiche*. «La Radiologia Medica», 93, 1997, pp. 527-531.

DIOTALLEVI, P.; CRISTOFARO, M.; NATALE, L.; SCANO, M.; GERACI, S.; MONTELLA, F.; SERRA, G., *Diagnostica per immagini della tubercolosi polmonare attuale. Significato clinico dei quadri di presentazione e aspetti particolari nei soggetti HIV positivi e HIV negativi*. «La Radiologia Medica», 96, 1998, pp. 55-61.

DOLIN, P.J.; RAVIGLIONE, M.; KOCHI, A., *Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000*. «Bulletin WHO», 72, 1994, pp. 312-320.

EL HAMAD, I.; CHIODERA, A.; CASTELLI, F.; TIRINATO, A.; QUARESIMI, G.; CAROSI, G., *Esperienza bresciana nell'assistenza sanitaria agli immigrati extracomunitari*. «La Medicina Tropicale nella Cooperazione allo Sviluppo», 8, 1992, p. 35.

EL HAMAD, I.; MATTEELLI, A.; BOMBANA, C.; SCOLARI, C.; OLADEJI, O.; CAROSI, G., *Population mobility and tubercolosis*. «Mediterranean Journal of Infectious and Parasitic Diseases», (XI), 1, 1996, pp. 15-21.

EL HAMAD, I.; MOIOLI, R.; FORLEO, M.; NAVA, A.; DE LEONARDIS, C.; TIRINATO, A.; QUARESMINI, G.; CAROSI, G., *Prevalenza dell'infezione tubercolare in una comunità di immigrati extracomunitari senegalesi a Brescia*. «La Medicina Tropicale nella Cooperazione allo Sviluppo», 8, 1992, p. 37.

FORTINO, A.; PENNAZZA, F.; BOLDRINI, R.; RANDAZZO, M.; MARCECA, M.; GERACI, S., *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia (dati sdo 1998)*. Documento del Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione. Roma, Centro stampa Sistema Informativo Sanitario, 2000, vol. 1, p. 38.

GERACI, S.; MARCECA, M.; MAZZETTI, M., *Migrazioni e salute in Italia*. Dossier di ricerca in: *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Roma, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, vol. 1, pp. 295-379.

GERACI, S.; MARCECA, M., *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali.* Atti Conferenza Nazionale Migrazioni e Salute. Supplemento a OER Puglia. Anno IV, n. 3, Bari 2002: 36-51.

GERACI, S.; STIRPE, D., *L'esperienza dell'area sanitaria della Caritas di Roma nell'assistenza agli immigrati.* In: *Esclusione e marginalità. Atti del convegno.* Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2000, pp. 39-46.

GERACI, S., *Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela.* «Annali Italiani di Medicina Interna», 16, 2001, suppl. 1. pp. 167-171.

GERACI, S., *Immigrazione e marginazione: il caso della tubercolosi.* In: Atti del Convegno Internazionale *La tubercolosi, oggi.* «TBC. Lotta contro la tubercolosi e le malattie polmonari sociali», (LXVIII), 1-2, 1998, pp. 14-18.

GERACI, S., *Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati.* «Annali dell'Istituto Superiore della Sanità», (36), 4, 2000, pp. 445-449.

GERACI, S., *Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso.* In: CONTI, C.; SGRITTA, G.B. (a cura di), *Immigrazione e politiche sanitarie.* «Salute e Società», (3), 2, 2004, pp. 21-34.

GERACI, S., *Marginalità sociale e tubercolosi: il caso degli immigrati da paesi in via di sviluppo in Italia.* In: *World TB day - Giornata Mondiale della Tubercolosi.* Roma, Ministero della Sanità, 1996, pp. 21-25.

GERACI, S., *Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora "fragili".* In: CARITAS/MIGRANTES, *Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione*, Roma, Nuova Anterem, 2003, pp. 183-192.

GIOANNINI, P.; CARAMELLO, G., *Patologia infettiva dell'immigrato.* Torino, Minerva Medica, 1994, pp. 21-33.

GLOBE, M.; ISEMAN, M.D.; MADSEN, L.; WHITE, D.; ACKERSON, L.; HOURBURGH, C.R., *Treatment of 171 patients with pulmonary tuberculosis resistant to isoniazid and rifampin.* «New England Journal of Medicine», 328, 1993, pp. 527-532.

MALATESTA, R., *Epidemiologia della patologia dell'immigrazione extracomunitaria.* In: Atti del II Convegno *Aspetti Sanitari dell'immigrazione extracomunitaria*, Treviso, 21 maggio 1992. Regione del Veneto, U.L.S.S. n. 10 - Settore Igiene Pubblica, Treviso, 1992, pp. 7-13.

MARCECA, M.; GERACI, S., *Immigrazione e salute.* In: GEDDES, M.; BERLINGUER, G. (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1997*, Roma, EDIESSE, 1997, pp. 169-200.

MATTEELLI, A.; EL HAMAD, I., *Asylum seekers and clandestine populations.* In: HAOUR-KNIPE, M.; RECTOR, R. (a cura di), *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*, London, Taylor and Francis, 1996.

MORRIS, K., *WHO seens DOTS.* «Lancet», 349, 1997, p. 857.

MORRONE, A.; SPINELLI, A.; GERACI, S.; TOMA, L.; ANDREOZZI, S. (a cura di): *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze.* Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2003 (Rapporti ISTISAN, 03/4).

RAPITI, E.; FANO, V.; FORESTIERE, F.; AGAPITI, N.; GERACI, S.; SCANO, M.; ALICHINO, F.; RINNENBURGER, D., *Determinants of tuberculosis in a immigrant population in Rome: a case-control study.* «International Journal of Tubercolosis and Lung Diseases», (2), 4, 1998, pp. 479-483.

Raviglione, M.; Sudre, P.; Rieder, H.; Spinaci, S.; Kochi, A., *Secular trend of tuberculosis in western Europe*. «Bulletin WHO», 71, 1993, pp. 297-306.
Scano, M.; Rinnenburger, D.; Adani, O.; Geraci, S., *Dati e considerazioni sull'attività del servizio di tisiologia del poliambulatorio Caritas-ASFR di Roma*. In: Geraci, S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnes, 1995, pp. 165-168.
Scano, M.; Rivitti, R.; Geraci, S.; Maggio, A.; Di Napoli, A., *Tubercolosi e migrazioni da Paesi in via di sviluppo: l'esperienza della Caritas di Roma*. In: Atti del Convegno Internazionale la tubercolosi, oggi. «TBC. Lotta contro la tubercolosi e le malattie polmonari sociali», (LXVIII), 1-2, 1998, pp. 97-103.
Scarcella, C.; Pezzoli, M. C.; Scolari, C.; Indelicato, A.M.; Lonati, F.; El Hamad, I., *L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da paesi extra-Comunità Europea*. «Tendenze nuove», 4-5, 2004, pp. 361-384.
Scolari, C.; El Hamad, I.; Matterelli, A.; Signorini, L.; Bombana, E.; Moioli, R.; De Leonardis, C.; Nava, A.M.; Carosi, G., *Incidence of tubercolosis in a community of senegalese immigrants in Northern Italy*. «International Journal of Tubercolosis and Lung Diseases», (3), 1, 1999, pp. 18-22.
Scotto, G.; Aracino, A.; Pempiniello, R.; El Hamad, I.; Geraci, S.; Palombo, E.; Cibelli, D.C.; Conte, P.E.; Angarano, G.: *Studio epidemiologico multicentrico SIMIT sulla prevalenza di malattie infettive in pazienti immigrati ospedalizzati nel 2002*. In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione*. Lampedusa (Ag), 2004, pp. 357:358.
The Italian NFP Working Group, *Hiv/Aids Care and Support for Migrants and Ethinic Minority Communities in Europe: Italy*. In: Clarke, K.; Bröring, G. (a cura di), *Aids & Mobility*. Woerden, Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, 2000, pp. 93-110.

ASIAN AND PACIFIC MIGRATION JOURNAL

An interdisciplinary quarterly on human mobility

Vol. 13, N. 3, 2004

Departures and Arrivals:
International Students Returning to the Countries of Origin
Andrew Butcher

Sex Trafficking in Nepal:
Context and Process
Monique Hennink and Padam Simkhada

Financial Self-Help Associations Among Far West Nepalese
Labor Migrants in Delhi, India
Susan Thieme and Ulrike Müller-Böker

Filipino Women in Tasmania:
Negotiating Gender Ideologies
Juliet Clark

Filipino Domestic Workers and the Creation
of New Subjectivities
Chiho Ogaya

Subscriptions: US$45.00 per year. Payments must be made by US$ checks drawn on a US bank or by International Postal Money Order, payable to **Scalabrini Migration Center**, P.O. Box 10541 Broadway Centrum, 1113 Quezon City, Philippines
Tel (02) 724-3512 – Fax (02) 721-4296
E-mail: apmj@smc.org.ph – Web page: http://www.smc.org.ph

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

Un disagio nascosto: le somatizzazioni negli immigrati

Migrazioni, disagio e psicopatologia

Da oltre vent'anni l'area sanitaria della Caritas Diocesana di Roma è impegnata nella tutela della salute degli immigrati, una tutela che va ben oltre la semplice assistenza e che pur rispondendo concretamente ad un bisogno di salute e promuovendo un'efficace azione di orientamento sanitario, si sviluppa nella consapevolezza che solo attraverso un'approfondita conoscenza del fenomeno è possibile fornire risposte sanitarie adeguate. Ed è proprio dal Poliambulatorio della Caritas che nasce, prende forma e si sviluppa, la conoscenza. Un prezioso laboratorio in cui le intuizioni professionali ed umane, i piccoli segnali, indizi che provengono dall'esperienza sul campo, come pugni di creta, rafforzati dalla condivisione delle scoperte e delle riflessioni personali, cominciano a plasmarsi e a prendere forma, prima timidamente poi con sempre più determinazione, diventando studi specifici. E così la creta comincia a prendere le sembianze di un vaso, l'intuizione, sostenuta da dati scientifici, assume un significato diverso e la scoperta diventa lo spunto per costruire insieme un nuovo percorso.

A tutti è capitato almeno una volta di incrociare lo sguardo di una persona dai tratti somatici diversi dai nostri, e in particolare con una pelle diversa, e per noi è proprio il colore della pelle il primo segnale di una presenza estranea. L'immigrato vive, nel paese ospite, con il suo corpo e con la sua pelle che funzionano come un segnale continuo della sua estraneità all'ambiente che lo circonda. Comincia quindi a convivere male con il suo corpo, fonte di difficoltà, e ad esprimere variamente questo disagio.

L'espressione di disagio deriva spesso dal non venire più riconosciuti come individui specifici, con una propria personalità, ma piuttosto appiattiti come membri di una categoria (gli stranieri, gli immigrati extracomunitari, i clandestini...) sostanzialmente estranea alla vita del paese ospite. Nello stesso tempo, però, proprio la pelle è considerata

dall'immigrato il simbolo della sua identità. Questa ambivalenza scatena da una parte un'ostilità inconscia verso la propria pelle che viene avvertita come la ragione del disagio, dall'altra proprio la pelle è oggetto di cura perché è il segno tangibile dell'identità.

Non si può prescindere da questi aspetti se si vuole comprendere come e perché i migranti sviluppino una sintomatologia specifica e se si vuole capire perché abbiamo ritenuto necessario uno studio approfondito delle somatizzazioni. I pazienti lamentano sintomi che possono essere definiti come un disagio psichico espresso con un linguaggio corporeo, disturbi vaghi, pruriti, pizzicori, sensazioni di "qualcosa che non funziona bene".

Il quadro clinico che ne deriva si configura a volte come una tipica espressione dello stress da transculturazione e si tratta di un disagio legato alla crisi dell'adattamento sociale, culturale, psichico che la persona sente di dover affrontare per integrarsi nella nuova realtà, a volte si manifesta in un'altra forma di disagio più grave, nel quale coesistono sintomi ansiosi e depressivi che meritano di non essere sottovalutati (Mazzetti, 1996).

Il paziente di fronte a tali disturbi tende a rivolgersi al medico di medicina generale, che a volte può non riconoscere questa "sindrome da somatizzazione" e trattarla semplicemente come una patologia medica, senza considerare la possibilità di un invio allo psichiatra (bisogna comunque ricordare le difficoltà di un simile invio, visto che questi pazienti si sentono male fisicamente e non riconoscono la matrice psicologica dei loro sintomi).

Questa dinamica si è presentata anche all'interno del Poliambulatorio Caritas, dove da anni opera un gruppo che si occupa di Igiene Mentale Transculturale (oggi Salute Mentale Transculturale), nato sotto la guida di Frighi, Cuzzolaro e Mazzetti. L'osservazione di casi di somatizzazione che non risultavano nei rilevamenti epidemiologici ha suggerito di approntare uno studio specifico sull'argomento, per cercare di quantificare in modo scientifico quelle che fino a quel momento erano osservazioni sporadiche. Così, a partire dal 1998, si è formato un gruppo di ricerca che ha dedicato una particolare attenzione alla valutazione dei dati epidemiologici ed alle osservazioni cliniche sistematiche, per cercare di quantificare il peso clinico delle sindromi da somatizzazione negli immigrati che si rivolgono al Servizio per una visita di medicina generale.

L'analisi dei dati epidemiologici

L'approfondimento è stato condotto presso il Poliambulatorio per immigrati della Caritas romana che offre un servizio di medicina di base transculturale, comprensivo di ambulatori specialistici e servizi per

la diagnosi strumentale e rivolto ai pazienti che hanno difficoltà ad accedere alla Sanità pubblica.

I dati relativi ai pazienti visitati per la prima volta nel 1998, anno di riferimento per l'analisi preliminare del "bisogno d'approfondimento" che ha portato a questo lavoro, vedono la Romania al primo posto (19,25% dei pazienti), seguita da Bangladesh (17,67%), Moldavia (6,31%), Ecuador (6,16%) e Perù (5,35%).

Tra le patologie più frequentemente riscontrate abbiamo notato la netta prevalenza delle patologie acute, spiegate dalla giovane età e dalla storia immigratoria relativamente recente, ed il ruolo limitato delle patologie infettive e parassitarie; rare in particolare si sono dimostrate le patologie esotiche d'importazione; basso è anche stato il riscontro di patologie psichiatriche (Geraci, 1998 e 1999). Tra queste ultime, che nel 1998 sono state il 3,9% delle diagnosi complessive dei circa 3.000 pazienti visitati per la prima volta, le sindromi depressive e quelle ansiose sono di gran lunga le più frequenti (36,8% e 36,1% delle diagnosi psichiatriche, rispettivamente), mentre per quel che riguarda specificamente i disturbi somatoformi, la percentuale si attesta al 10,4% delle diagnosi psichiatriche (ipocondria 4,16%; disfunzioni somatiche originate da fattori psichici 6,25%) non confermando una riduzione dell'incidenza notata negli anni precedenti (dal 14,7% delle patologie psichiatriche nel periodo 1989-92, al 3,9% del 1994; Mazzetti, 1998).

Questi dati vanno inseriti in un contesto in cui, fin dall'impostazione iniziale del servizio, si è data importanza all'integrazione, anche a livello organizzativo, tra la medicina generale e l'igiene mentale.

In questo lavoro l'attenzione è rivolta non soltanto alle sindromi da somatizzazione che vengono inviate allo psichiatra, ma in generale a tutti i pazienti nei quali si osservano tali sindromi e che si presentano al Poliambulatorio. Questa distinzione è importante se si considera l'esperienza clinica all'interno dell'ambulatorio di medicina di base, dove in molti casi i pazienti con sindromi da somatizzazione non sono inviati allo psichiatra. Nella grande maggioranza dei casi le somatizzazioni sono riconosciute, ma, a causa delle difficoltà dell'invio, sono curate direttamente dal medico di medicina generale. In qualche caso, invece, i sintomi del paziente non sono riconosciuti come sintomi di una sindrome da somatizzazione e finiscono per essere trattati come patologie mediche. Sulla base di questa osservazione clinica diretta, la nostra ipotesi è che i dati epidemiologici possano sottostimare l'effettiva incidenza e prevalenza delle sindromi di somatizzazione, la cui diagnosi sarebbe spesso nascosta dietro etichette mediche poco specifiche. Ad esempio, le sindromi dolorose "funzionali" (il *pain disorder* del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - DSM IV) possono essere etichettate come "mialgia", "nevralgia", "lombalgia", "dolore tora-

cico non meglio specificato", "cefalea"; le somatizzazioni addominali possono invece esser diagnosticate come "gastrite", "colon irritabile", "dispepsia" e così via. Con questo non si vuole assolutamente dire che a tali diagnosi corrispondano sempre delle sindromi da somatizzazione, ma è un'ipotesi non ingiustificata che una parte di queste possa essere rappresentata da sindromi da somatizzazione non riconosciute come tali. Valutando i dati epidemiologici del 1998 si può notare che le patologie più frequenti sono nell'ordine: sindromi infiammatorie delle alte vie respiratorie: 23,20%; lombosciatalgie: 5,16%; gastriti e gastroduodeniti non specificate: 4,34%; dispepsia e turbe funzionali dello stomaco: 3,76%; mialgia, nevralgia e dolore agli arti: 3,54%. Per quel che riguarda il nostro lavoro, è notevole che: a) il 6,50% dei pazienti presenta sindromi addominali poco specifiche (colon irritabile, dispepsia, turbe funzionali digestive), che aumentano al 10,85% se si aggiungono le gastriti; b) il 4,72% presenta sindromi dolorose aspecifiche (dolore toracico, agli arti o dorsale non meglio specificato, nevralgia, mialgia), che aumenta all'8,93% aggiungendo le lombalgie ed al 10,35% sommando le cefalee. Si può facilmente calcolare che la prevalenza di queste forme passerebbe dall'attuale 0,41% del totale allo 0,97-1,47% (cioè dal doppio al triplo della prevalenza attuale), se soltanto il 5% di queste diagnosi (ma, clinicamente, riteniamo di poterci attendere una percentuale ben superiore) fosse relativa ad una sindrome di somatizzazione non correttamente diagnosticata.

In conclusione, dunque, l'incidenza e la prevalenza delle sindromi di somatizzazione sono apparentemente modeste (nel 1998, lo 0,41% dei 3639 pazienti visitati); l'esperienza clinica diretta, tuttavia, suggerisce che molte di queste sindromi sono misconosciute e nascoste dietro diagnosi mediche generiche. Per le ovvie differenze terapeutiche che ciò comporta, diventa quindi estremamente interessante l'introduzione, in un poliambulatorio per immigrati, di uno strumento di screening che possa meglio precisare l'incidenza e la prevalenza delle sindromi da somatizzazione, verificando con metodo scientifico l'ipotesi che nasce dall'osservazione clinica.

Perché una ricerca sulle somatizzazioni?

L'esigenza di un lavoro di questo tipo nasce dunque da un problema clinico, e cioè la messa in luce di una discordanza tra le rilevazioni statistiche tradizionali e l'esperienza clinica diretta, in un ambulatorio di medicina di base per immigrati.

Kirmayer, definisce la somatizzazione come presentazione di sintomi fisici in assenza di patologia organica o amplificazione dei disturbi fisici concomitanti a malattie organiche, al di là di una possibile connessione fisiogena (Kirmayer, 1984). Il termine somatizzazione è usato clinica-

mente in diversi modi (Kirmayer 1984): per riferirsi a classi di disturbi psichiatrici (i disturbi somatoformi nel DSM-IV); per riferirsi a processi di trasformazione e traduzione di conflitti psicologici in sintomi corporei; per descrivere un gruppo di disturbi del comportamento, specialmente uno stile di presentazione clinica, in cui i sintomi somatici sono presentati per escludere o eclissare stress emozionali e problemi sociali.

In questo lavoro si utilizzerà il termine "sindromi da somatizzazione" per indicare quel gruppo di sindromi caratterizzate dalla preponderanza, nel quadro sintomatico, di sintomi corporei che: a) non sono espressione di un danno organico o di un'alterazione funzionale di un determinato e conosciuto processo somatico, e b) sono interpretati come espressione corporea di un problema di ordine psichico (utilizzando volutamente un termine generico come "problema" per evitare di attribuire ad un unico meccanismo psicopatogenetico un complesso sindromico che è probabilmente eterogeneo).

Questa linea di ricerca si propone di valutare se alcune delle variabili "sociali" caratteristiche dei migranti possano influire significativamente sullo sviluppo di quadri psicopatologici, e in questo caso sullo sviluppo di somatizzazioni. Ciò è importante anche perché, come noto, le somatizzazioni comportano spesso cronicizzazione, abbassamento della qualità della vita e, se non riconosciute, utilizzo inappropriato e talora iatrogeno di farmaci focalizzati al supposto disturbo organico (ad esempio antinfiammatori a scopo antidolorifico).

Pertanto, scopo dello studio da noi effettuato è stato mettere a fuoco la prevalenza delle somatizzazioni in immigrati di varie etnie, valutando al contempo l'influenza nel loro sviluppo di alcune caratteristiche epidemiologiche (sesso, età, scolarità, etnia) e di alcuni possibili "fattori di rischio" legati al difficile status di migrante (situazione abitativa e lavorativa, grado di integrazione con la popolazione ospite e con i propri connazionali, soddisfazione/delusione rispetto al proprio progetto migratorio, conoscenza dell'italiano, periodo di permanenza in Italia).

Metodologia della ricerca e strumenti tecnici utilizzati

Per le somatizzazioni è stato utilizzato il Bradford Somatic Inventory (BSI) nella versione inglese a 21 *items*, tradotto e *"back translated"* per l'occasione nelle seguenti lingue: arabo, bengali, cinese, francese, italiano, polacco, rumeno, russo e spagnolo (tali lingue permettono la valutazione nella propria lingua della grande maggioranza degli utenti del nostro servizio). Dal punto di vista psicometrico, il BSI-21 al *cut-off* di 13/14 ha una sensibilità del 75% e una specificità del 75% (Mumford et al., 1991). Il BSI è un questionario di autovalutazione della sintomatologia, in cui i pazienti devono valutare la presenza e la durata nelle

ultime settimane di una serie di sintomi fisici che si è visto essere "spie" di possibili sindromi da somatizzazione. Il suo punteggio è dunque un indice indiretto di quest'ultima. Tale aspetto è da tener presente, perché il punteggio al BSI-21 è un indice della tendenza a somatizzare, ma la diagnosi di certezza resta clinica e avrebbe bisogno di una valutazione psichiatrica di conferma.

Per misurare le variabili socio-demografiche è stato invece costruito un questionario *ad hoc*, anch'esso tradotto e "*back translated*" nelle stesse lingue, come per il BSI. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il test t di Student per il paragone tra medie. Questo perché si è deciso di non confrontare somatizzatori contro non somatizzatori, come se fossero due gruppi distinti, ma piuttosto di considerare la tendenza a somatizzare come un continuum (Katon et al., 1991) e di valutare quanto le diverse variabili influivano su questa tendenza. Per il confronto tra etnie, invece, è stata fatta una regressione multipla, al fine di escludere eventuali fattori di confondimento.

Le somatizzazioni e le specificità transculturali

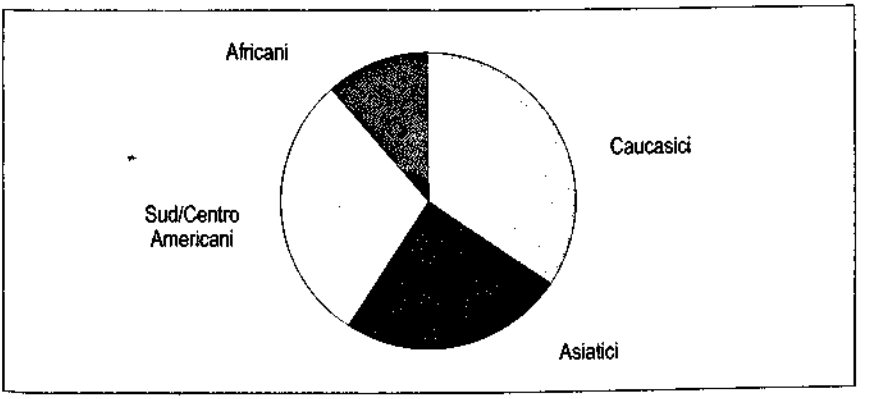
Il presente lavoro, riassume i risultati di alcuni studi recentemente condotti dal nostro gruppo (Aragona et al., 2001; Tarsitani et al., 2001; Colosimo et al., 2002; Aragona et al., sottoposto per la stampa; Martinelli et al., sottoposto per la stampa). Rispetto ad altri studi reperibili, quelli da noi effettuati si caratterizzano per essere condotti su una popolazione di migranti. Come hanno osservato Gureje e coll. (1997), la prevalenza delle somatizzazioni e le loro caratteristiche di insorgenza e decorso possono essere fortemente condizionate da aspetti socio-culturali. Tra di essi, gli autori sottolineano che la diversa disponibilità e facilità di accesso alle strutture sanitarie è uno dei fattori che più di altri può influenzare i risultati ottenuti. Mentre precedenti studi che hanno comparato gli immigrati alle popolazioni locali, oppure che hanno confrontato tra loro popolazioni indigene di varie aree geografiche risentono di questo limite metodologico, la nostra ricerca consente di evitarlo, visto che i pazienti considerati condividevano uno status sociale simile e la stessa possibilità di accesso alle cure.

All'interno del Poliambulatorio della Caritas sono seguiti circa 5.000 pazienti l'anno, tra questi vi sono da 2.000 a 3.000 prime visite, provenienti in media da circa 85 paesi diversi. Tra le prime visite, una parte decisamente rilevante è costituita da persone provenienti dai paesi al di fuori dell'unione europea, inoltre più del 90 % è costituito da immigrati irregolari. La valutazione è stata effettuata su un campione di pazienti afferenti agli ambulatori di Medicina Generale. I pazienti erano immigrati di varie etnie, che venivano sottoposti ai test prima di

essere visitati: non è stata operata alcuna selezione guidata del campione per garantire la sua rappresentatività della popolazione degli immigrati che si rivolgono al medico di base.

Nel complesso, tra il 2001 e il 2002, sono stati valutati 301 pazienti, 148 maschi e 153 femmine. L'età media era di 35,85±10,85. La scolarità media era di 12±4 anni di studio. I pazienti provenivano da diverse zone del mondo, ma quasi esclusivamente da paesi in via di sviluppo. Il 34,55% era di etnia caucasica, il 24,25% proveniva dall'Asia, il 29,9% dai paesi dell'America latina, mentre l'11,29% era costituito da africani (si veda la Figura 1). La permanenza media in Italia era di 23±42 mesi, con quasi la metà dei pazienti (48%) giunti in Italia nell'ultimo anno; il 94,64% dei pazienti non aveva il permesso di soggiorno. Il 45,9% dei soggetti considerati non erano coniugati; del 54,1% di pazienti sposati, solo il 38,7% viveva con il coniuge, mentre la maggioranza (61,3%) era lontana dal proprio partner.

Fig. 1 – *Percentuali di provenienza etnica del campione*

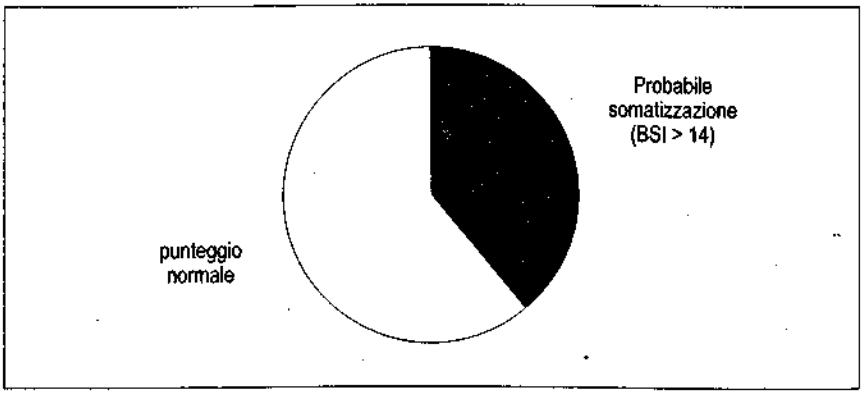


Una buona parte degli intervistati (59,45%) parlava l'italiano abbastanza adeguatamente rispetto alle proprie esigenze, contro un 40,55% di pazienti che aveva un'insufficiente conoscenza della lingua. Rispetto alla sistemazione abitativa, il 15% dei soggetti non era assolutamente soddisfatto, il 47,8% lo era poco, il 34,5% abbastanza e solo il 15% era molto soddisfatto della casa in cui viveva. Rispetto al lavoro, il 31,3% non era affatto soddisfatto, il 32,4% lo era poco, il 23,6% abbastanza e solo il 12,6% si dichiarava molto soddisfatto. Il 35,56% dei pazienti riferiva che la propria vita in Italia si era rivelata peggiore delle aspettative, mentre per il 32% si era rivelata migliore del previsto e per un restante 32% corrispondeva abbastanza bene alle attese.

Somatizzazione: indicatore di esclusione sociale?

Nel nostro studio la prevalenza di sindromi da somatizzazione appare decisamente elevata (38,87% del campione; si veda la Figura 2). Questa alta tendenza a somatizzare è probabilmente legata alle difficoltà che i migranti incontrano ad inserirsi, difficoltà che abbiamo cercato di approfondire ulteriormente. Rispetto al dato di Ritsner e coll. (2000) è possibile che la più alta prevalenza da noi riscontrata sia dovuta ad una maggior difficoltà di inserimento degli immigrati nel nostro Paese rispetto a quella degli ebrei russi in Israele; in quest'ultimo caso, infatti, vi sono una omogeneità culturale-religiosa e specifiche politiche di accoglienza che favoriscono l'integrazione.

Fig. 2 – *Percentuale di pazienti con probabile "Sindrome da somatizzazione" (Punteggio al BSI-21 superiore a 14)*



Un secondo dato di rilievo riguarda le differenze nella tendenza a somatizzare a seconda dell'etnia di provenienza. Questa valutazione, riportata nel dettaglio in un precedente studio (Aragona et al., sottoposto per la stampa), ha messo in luce che, escludendo vari possibili fattori di confondimento (età, sesso, scolarità, durata della permanenza in Italia) le somatizzazioni appaiono significativamente più numerose nei latino-americani rispetto a tutti gli altri gruppi (si vedano la Tabella I e la Figura 3). Questo dato è sostanzialmente in accordo con la letteratura specifica, che ha sempre riportato alti livelli di somatizzazione nei latino-americani. Ciò potrebbe esser dovuto a una maggiore espressività dei sintomi in questa cultura: sarebbe interessante valutare in futuri studi se questa espressività è limitata ai sintomi somatici, oppure se è aumentata anche per i sintomi più prettamente psicologici (ad esempio, ansia e depressione). Comunque questo risultato sug-

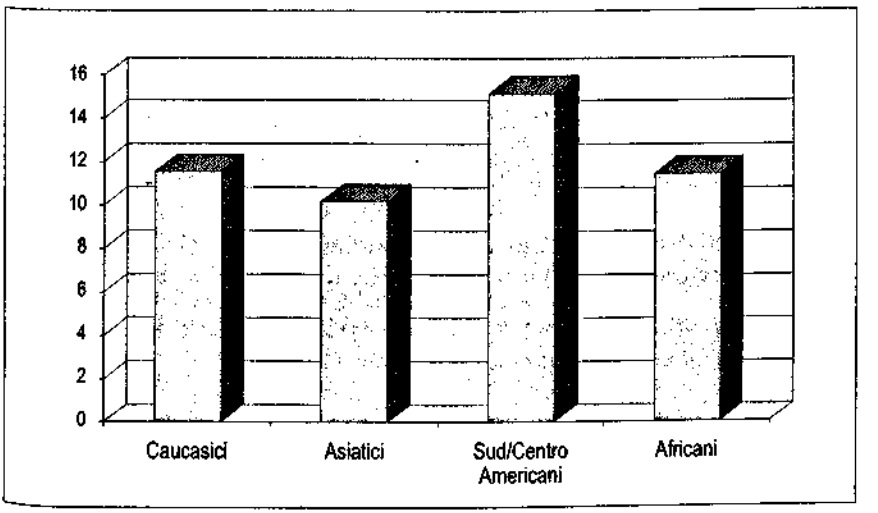
gerisce al medico di prestare una attenzione ancora maggiore alla possibile componente psicologica che sottende i sintomi somatici, quando visita cittadini latino-americani.

Tabella I*
*Regressione lineare multipla del punteggio al BSI-21 nei vari gruppi etnici***

Gruppi etnici	BSI-21: media ± DS	Coefficiente di regressione
Caucasici	11.54±8.70	0.57
Asiatici	10.18±7.75	1.00
Latino-americani	15.15±9.64***	3.88
Africani	11.44±9.17	1.41

* Tradotto da: Aragona et al., sottoposto per la stampa
** Corretto per sesso, età, scolarità, durata della permanenza in Italia.
***p=.012

Fig. 3 – *Punteggi medi del Bradford Somatic Inventory-21 nei gruppi etnici*



La ricerca da noi condotta valutava anche il ruolo di alcuni fattori "sociali" sulla tendenza a somatizzare. Questi dati, già illustrati in un precedente lavoro (Martinelli et al., sottoposto per la stampa), sono riassunti in Tabella II.

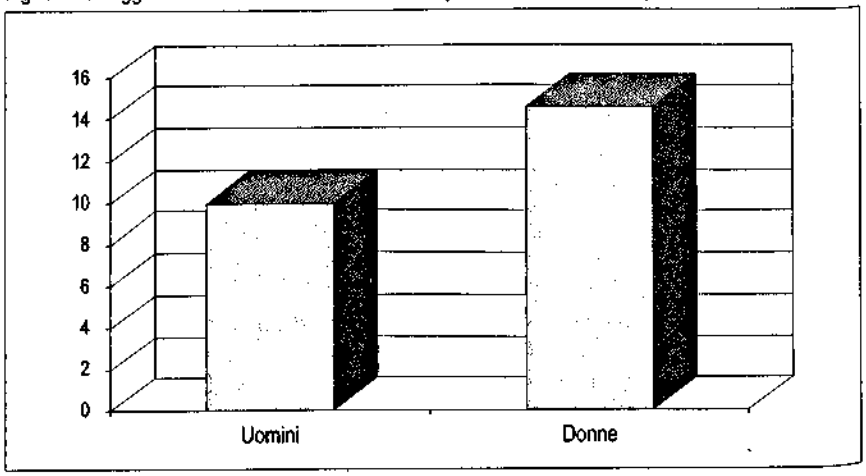
Tabella II*
Correlazione tra variabili socio-demografico-culturali e tendenza a somatizzare

Variabili	BSI-21: Media±DS	Significatività
Genere: Maschile vs Femminile	9,95±8,43 vs 14,53±8,99	p<0,001
Matrimonio: Coniugati vs Non coniugati	13,65±9,11 vs 10,89±8,59	p<0,01
Coniuge: Presente vs Lontano	13,22±9,54 vs 13,51±8,26	p=0,84 (n.s.)
Età: < 35 anni vs > 35 anni	12,13±8,49 vs12,42±9,52	p=0,78 (n.s.)
Scolarità: Fino 12 anni vs > 12 anni	12,57±9,34 vs 11,64±8,40	p=0,36 (n.s.)
Conoscenza lingua ospite: Sufficiente vs Scarsa	12,69±9,16 vs 11,77±8,52	p=0,30 (n.s.)
Permanenza in Italia: < 6 mesi vs > 6 mesi	11,04±7,90 vs 12,45±9,21	p=0,22 (n.s.)
Soddisfazione per abitazione: Per nulla vs Molta	11,7±9,7 vs 12,25±9	p=0,78 (n.s.)
Lavoro: Insoddisfatti vs Molto soddisfatti	11,21±8,8 vs 12,6±8,13	p=0,42 (n.s.)
Vita in Italia rispetto alle aspettative: Soddisfatti vs Delusi	10,35±9,01 vs 14,45±9,2	p<0,01

* Tratta da: Martinelli et al., sottoposto per la stampa
n.s. = non significativo

Tra i dati di maggior rilievo è emerso che la tendenza a somatizzare è significativamente aumentata nelle donne (si veda la Figura 4).

Fig. 4 – *Punteggi medi del Bradford Somatic Inventory-21: Uomini vs Donne; p<0.01*



Questo dato conferma quanto riportato in precedenti studi (Gureje et al.,1997; Rief et al., 2001; Barsky et al., 2001). Tra i possibili fattori implicati in questa differenza di genere sono state suggerite (Barsky et al., 2001) diversità biologiche (neuroanatomiche, neurofisiologiche, neurobiologiche); differenze nella percezione e comunicazione dei sintomi; differenze nelle espressioni del malessere legata ad un diverso modo di socializzare e a diverse regole sociali; un maggior numero di abusi e traumi infantili nelle donne; una maggior prevalenza in queste ultime di disturbi psicopatologici (come l'ansia e la depressione) che si presentano anche con sintomi somatici; alcune distorsioni nel rilevamento dei sintomi, dovute alla diversa sensibilità diagnostica dei medici e dei ricercatori riguardo al tipo di sintomi che si aspettano di trovare nei due sessi.

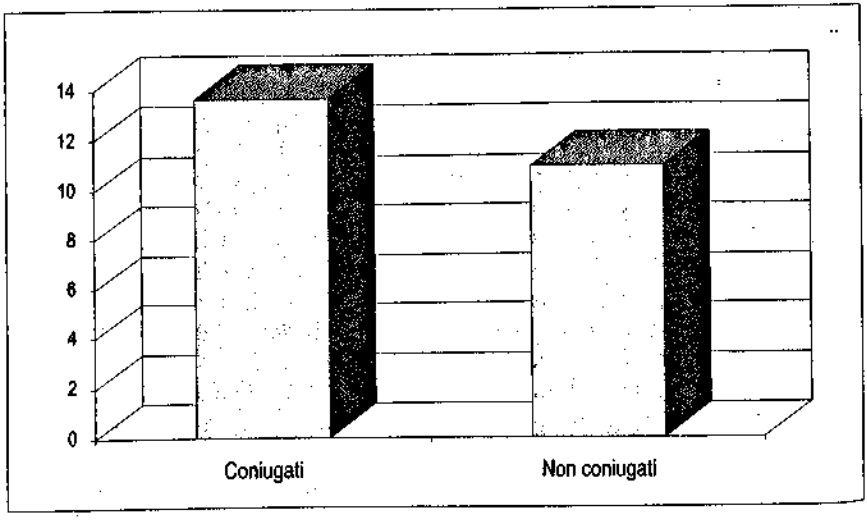
Al di là delle differenze di genere riportate per le somatizzazioni in tutte le culture, occorre sottolineare alcune particolarità dell'emigrazione femminile che possono avere influenzato i risultati del nostro studio. In molte culture di provenienza la donna è responsabile della vita e dell'organizzazione familiare e le è richiesto attaccamento e fedeltà al modello socio-familiare originale. Giungendo in un paese culturalmente diverso, può vivere in modo più conflittuale dell'uomo la necessità di modificare il proprio stile di vita per adeguarsi agli usi e alle aspettative della società ospitante. Questo stato di disagio può essere difficilmente espresso, vista la paura di non essere compresa, e quindi manifestarsi più di frequente a livello somatico.

Non è emersa una correlazione tra l'età e la tendenza a somatizzare, per cui il nostro studio non è in grado di confermare il dato riportato da Gureje e coll. (1997), e da Rief e coll. (2001), secondo i quali le somatizzazioni sarebbero più frequenti nei pazienti più anziani. Un altro punto che questi autori considerano importante è la scolarità: i "somatizzatori" avevano meno anni di studio dei "non somatizzatori". Inoltre avere meno di sei anni di studio era considerato un fattore di rischio per le somatizzazioni, sebbene la valutazione degli illetterati non confermasse questo trend, per cui non si può escludere che il dato fosse un artefatto (Gureje et al., 1997). Nel nostro studio non ci sono differenze nei punteggi BSI per chi ha più o meno di 12 anni di studio, per cui non sembra confermato il dato, spesso riportato, che le somatizzazioni sono un modo di esprimere la sofferenza da parte di persone che sono meno capaci di elaborazione intellettuale, avendo studiato poco. Occorre notare che, diversamente da quanto affermano molti stereotipi sugli immigrati, il gruppo da noi studiato, pur essendo fortemente disagiato (il 94,64% non aveva il permesso di soggiorno), ha livelli di istruzione piuttosto elevati (in media 12 anni di studio).

Altre domande rivolte ai pazienti cercavano di indagare se fattori socio-culturali caratteristici dei gruppi d'immigrati potessero influire sulle somatizzazioni. Emergevano alcune ipotesi, non mutuamente esclusive. Una prima proponeva che chi parlava poco la lingua del paese ospite avesse più difficoltà ad esprimere verbalmente le proprie sofferenze, per cui avrebbe potuto con più frequenza comunicare con il corpo il proprio disagio. Il nostro dato non sembra, però, confermare questa ipotesi, visto che non risultano differenze nella tendenza a somatizzare tra chi ha una scarsa conoscenza dell'italiano e chi invece lo conosce a sufficienza per poter comunicare le proprie esigenze.

Una seconda ipotesi indagava la situazione familiare del soggetto: come atteso, i soggetti coniugati tendono a somatizzare di più dei non coniugati (Figura 5) e questo può essere dovuto alle maggiori responsabilità che i primi sentono nei confronti della famiglia di acquisizione rispetto a quelle che i secondi sentono verso la famiglia di appartenenza. Il fatto che tra i coniugati non ci siano differenze tra coloro che hanno il coniuge vicino e quelli che l'hanno lasciato nel paese d'origine conferma ulteriormente quest'interpretazione, perché sembra escludere l'interpretazione alternativa che la nostalgia e la lontananza possano essere responsabili di disagio somatizzato.

Fig. 5 – *Punteggi medi del BSI-21 e stato civile. (Coniugati vs Non coniugati; p<0.001)*



Una terza ipotesi prevedeva la possibilità di differenze a seconda della "fase della migrazione": è stato ad esempio riportato (Mazzetti, 1996) che i primi mesi dall'arrivo nel paese ospite sono quelli del "duro

scontro con la realtà" (stress da transculturazione), ma che la frequenza di difficoltà psicologiche è più elevato quando il periodo di permanenza nel paese ospite è maggiore. Questo fenomeno è stato messo in relazione al sommarsi nel tempo di quelle condizioni di difficoltà e di emarginazione psico-sociale tipiche degli immigrati. Rispetto a questo andamento, i nostri dati (punteggi simili al BSI nei pazienti presenti in Italia da più o meno di 6 mesi) presentano una realtà diversa: per quel che riguarda le somatizzazioni non sembra emergere una differenza significativa.

Infine tre domande indagavano la soddisfazione per il lavoro e l'abitazione e come il soggetto si era trovato in Italia rispetto alle aspettative prima di emigrare. L'idea di fondo era che i soggetti più disagiati in questi tre ambiti potessero avere un maggiore livello di stress e sofferenza e che questo potesse comportare anche un aumento della sua espressione attraverso il corpo. In qualche modo, dunque, ci si aspettava una correlazione tra questi tre punti. Diversamente dalle attese, non sembra che l'insoddisfazione per l'abitazione o il lavoro aumentino la tendenza a somatizzare, mentre al contrario i soggetti che in Italia si sono trovati meglio rispetto alle loro aspettative risultano somatizzare meno dei soggetti che sono rimasti delusi. Nell'insieme questi ultimi dati sembrerebbero indicare che le somatizzazioni non sono un'espressione diretta del "distress" in generale, ma piuttosto di una sofferenza la cui causa è difficile da identificare. Infatti i soggetti che appaiono più a rischio sono coloro che si sentono delusi rispetto alle aspettative, ma che non hanno un motivo specifico cui imputare il problema. Al contrario i pazienti che sanno che il loro problema è la casa o il lavoro, possono in qualche modo affrontarlo e somatizzano meno degli altri.

È da rilevare che questo riscontro contrasta con un precedente lavoro che indicava come i "somatizzatori" avessero bassi livelli d'insoddisfazione e stress sociale (Bridges, 1991). Studi più specifici su questo punto appaiono pertanto opportuni.

Conclusioni

In conclusione, il nostro studio sottolinea l'importanza di dedicare molta attenzione, nel processo diagnostico degli immigrati che afferiscono agli ambulatori di medicina di base e di famiglia, alla possibilità che i sintomi somatici lamentati siano l'espressione di una sofferenza psichica somatizzata. Oltre al riscontro che la prevalenza di somatizzazioni è particolarmente elevata tra gli immigrati (38,87%), il nostro studio può contribuire ad indicare quei fattori di rischio legati alla tendenza a somatizzare (sesso femminile, soggetti coniugati, soggetti delusi per come è andato il proprio progetto migratorio), che il medico dovrebbe tenere in maggior conto.

Ciò sottolinea l'importanza di una valutazione degli aspetti psicopatologici e sociali, già durante l'attività di Medicina Generale. Infatti, l'alta percentuale di somatizzazioni riscontrata apre il problema della corretta diagnosi e gestione clinica dei soggetti con questi disturbi. E' infatti noto che la cronicizzazione e la iatrogenia sono conseguenze di terapie inappropriate in sindromi da somatizzazione non riconosciute (ad esempio terapie antiinfiammatorie in pazienti con dolori psicogeni), mentre un corretto inquadramento può aprire la strada alla collaborazione tra medico di medicina generale e operatori della salute mentale. Ciò sia per le possibilità di terapie farmacologiche diverse (psicofarmacologiche), sia per l'importanza che va attribuita al rapporto medico-paziente, da usare come strumento per approfondire le problematiche del soggetto e gradualmente spostare la sua attenzione dalla preoccupazione per il corpo ai problemi di adattamento alle situazioni vitali che li sottendono, sia infine per l'inserimento di casi selezionati in un progetto psicoterapico.

Tutto ciò conferma l'importanza di integrare nell'assistenza, attraverso spazi condivisi di collaborazione, il servizio di medicina generale e quello di salute mentale.

LORENZO TARSITANI
lorenzo.tarsitani@uniroma1.it

MASSIMILIANO ARAGONA
massimiliano.aragona@uniroma1.it

BARBARA MARTINELLI
barbara.martinelli@tiscali.it

SALVATORE GERACI
s.geraci@areasanitaria.it

FRANCESCO COLOSIMO
colosimo.f@tiscali.it

BIANCA MAISANO
b.maisano@areasanitaria.it

Caritas di Roma
Area sanitaria

Bibliografia

ARAGONA, M.; COLOSIMO, F., *Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. I Dati epidemiologici e psicopatologia clinica.* «Psichiatria e Territorio», (17), 1, 2000, pp. 1-6.

ARAGONA, M.; BINDI, L.; COLOSIMO, F.; DE SIMONE, B.; RAAD, H.; TARSITANI, L., *Le somatizzazioni negli immigrati.* Poster presentato al 102° Congresso Nazionale della Società di Medicina Interna, Roma, 23-26 Ottobre 2001.

ARAGONA, M.; TARSITANI, L.; COLOSIMO, F.; MARTINELLI, B.; RAAD, H.; MALSANO, B.; GERACI, S., *Somatization In Primary Care: A Comparative Survey Of Immigrants From Various Ethnic Groups.* «International Journal of Psychiatry in Medicine», sottoposto per la stampa.

BARSKY, A.J.; PEEKNA, H.M.; BORUS, J.F., *Somatic symptom reporting in woman and men.* «Journal of General Internal Medicine», 16, 2001, pp. 266-275.

BRIDGES, K.; GOLDBERG, D.; EVANS, B.; SHARPE, T., *Determinants of somatization in primary care.* «Psychological Medicine», 21, 1991, pp. 473-83.

COLOSIMO, F.; ARAGONA, M., *Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. Confronto tra i principali test e valutazione del Bradford Somatic Inventor.* «Psichiatria e Territorio», (17), 1, 2000, pp. 7-12.

COLOSIMO, F.; TARSITANI, L.; ARAGONA, M.; RAAD, H.; BINDI, L.; MARTINELLI, B., *Le somatizzazioni in un ambulatorio di medicina generale per immigrati.* Presentato al Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle migrazioni, Erice, Maggio 2002.

ESCOBAR, J.L.; BURNAN, A.; KARNO, M.; FORSYTHE, A.; GOLDING, J.M., *Somatization in the community.* «Archives of General Psychiatry», 44, 1987, pp. 713-718.

GERACI, S., *L'area sanitaria per immigrati e nomadi della Caritas di Roma: aspetti statistico-epidemiologici generali.* Parte prima. «Quaderni di Informa area», 1, 1998, pp. 65-71.

GERACI, S., *La salute degli stranieri in Italia: spunti per un approfondimento.* «Agenzia Sanitaria Italiana», 42, ottobre 1999, pp. 27-31.

GUREJE, O.; SIMON, G.E.; USTUN, T.B.; GOLDBERG, D.P., *Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care.* «American Journal of Psychiatry», 154, 1997, pp. 989-995.

KATON, W.; LIN, E.; VON KORFF, M.; RUSSO, J.; LIPSCOMB, P.; BUSH, T., *Somatization: a spectrum of severity.* «American Journal of Psychiatry», 148, 1991, pp. 34-40.

KIRMAYER, L.J., *Culture, affect and somatization.* «Transcultural Psychiatry Research Review», 21, 1984, pp. 159-188.

MARTINELLI, B.; RAAD, H.; COLOSIMO, F.; ARAGONA, M.; TARSITANI, L.; BINDI, L.; MALSANO, B.; GERACI, S., *Le somatizzazioni in un ambulatorio di medicina generale per immigrati.* «Quaderni Italiani di Psichiatria», sottoposto per la stampa.

MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano.* Torino, L'Harmattan Italia, 1996.

MUMFORD, D.B.; BAVINGTON, J.T.; BHATNAGAR, K.S. (et al.), *The Bradford Somatic Inventory: a multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent.* «British Journal of Psychiatry», 158, 1991, pp. 379-386.

MUMFORD, D.B.; TAREEN, T.A.; BHATTI, M.R. (et al.), *An investigation of "functional" somatic symptoms among patients attending hospital medical clinics in Pakistan. II. Using somatic symptoms to identify patients with psychiatric disorders.* «Journal of Psychosomatic Research», 35, 1991, pp.257-264.

RIEF, W.; HESSEL, A.; BRAEHLER, E., *Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population.* «Psychosomatics», 63, 2001, pp. 595-602.

RITSNER, M.; PONIZOVSKY, A.; KURS, R.; MODAI, I., *Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behaviour.* «American Journal of Psychiatry», 157, 2000, pp. 385-392.

TARSITANI, L.; RAAD, H.; COLOSIMO, F.; BINDI, L.; MARTINELLI, B.; ARAGONA, M., *Somatizzazioni negli immigrati: elementi di discussione per la in-formazione dei medici.* «Rapporti ISTISAN, Istituto Superiore di Sanità», (03/6/)2001, pp. 42-45.

MIGRATIONS SOCIÉTÉ

La revue bimestrielle d'analyse et de débat sur les migrations en France et en Europe

novembre - décembre 2004 vol. 16 - n° 96 232 p.

ÉDITORIAL : Gare à la peur ! — *Pedro Vianna*

DOSSIER : Réflexions sur la laïcité

* Laïcité : réfléchir pour savoir raison garder — *Pedro Vianna*
* La laïcité française en débat — *Martine Cohen*
* Laïcités européennes : de l'hétérogénéité à la convergence — *Françoise Champion*
* Trois pistes de réflexion — *Jean Weydert*
* La lutte des symboles et l'espoir du droit : laïcité et voile islamique en France au début du nouveau millénaire — *Alessandro Ferrari*
* L'émotion comme "norme" d'une nouvelle politique laïque : quand Huntington s'invite chez les "Sages" — *Vincent Geisser*
* L'affaire du foulard dans *Le Figaro* et *Le Monde* en 1989 — *Fathallah Daghmi*
* Le choix de porter le voile en France : de l'affaire de Creil en 1989 à 2003 — *Saïda Ousmaal-Ouatah*
* Collectivités locales et associations cultuelles : faut-il réviser la loi de 1905 ? L'exemple des édifices cultuels musulmans — *Omero Marongiu-Perria*
* Bibliographie sélective — *Christine Pelloquin*

NOTES DE LECTURE

* La grande migration. La Russie et les Russes depuis l'ouverture du rideau de fer (*d'Anne de Tinguy*) — *Pedro Vianna*
* Geografia e religione. Una lettura alternativa del territorio (*a cura di Graziella Galliano*) — *Pedro Vianna*
* Parcours d'Éthiopiens en France et aux États-Unis. De nouvelles formes de migrations (*de Tassé Abye*) — *Gilles Verbunt*

BILLET

* Combien ? Où ? Quand ? Comment ? — *Paul Oriol*

DOCUMENTATION — *Christine Pelloquin*

Abonnements - diffusion : CIEMI : 46, rue de Montreuil - 75011 Paris
Tél. : 01 43 72 01 40 ou 01 43 72 49 34 / Fax : 01 43 72 06 42
E-mail : ciemiparis@wanadoo.fr / Siteweb : www.ciemi.org
France : 40 Euro Étranger : 50 Euro Soutien : 70 Euro Le numéro : 10 Euro

«Studi Emigrazione/Migration Studies», XLII, n. 157, 2005.

Ricerca sul disagio psico-sociale negli immigrati afferenti al Centro di salute internazionale dell'ASL di Brescia

Introduzione

Brescia si caratterizza per un numero di stranieri sempre più significativo, collocandosi come seconda città per numerosità in Lombardia. Nel 2004 si stima una presenza complessiva di 130.000 stranieri in Brescia e provincia (23.000 in città), con un'incidenza sulla popolazione generale attorno al 13-14% e una quota difficilmente definibile dei cosiddetti irregolari e clandestini.

La complessità del percorso migratorio, lo stress da transculturazione, la lontananza dagli affetti, la mancanza di reti sociali di riferimento e le difficili condizioni di vita potrebbero costituire, nel soggetto immigrato, una vulnerabilità psicologica e sociale con eventuale rischio di evoluzione in disagio psichico e/o emarginazione sociale. La mancanza di punti di riferimento tende ad isolare i soggetti immigrati, a ritardarne l'integrazione sociale e la parità di fruizione dei servizi socio-sanitari (che risultano spesso sotto-utilizzati) rispetto ai cittadini italiani. La condizione di irregolarità giuridica o di clandestinità può costituire, inoltre, un ulteriore fattore negativo per il benessere generale di tale popolazione. La perdita di status sociale cui spesso vanno incontro coloro che lasciano il proprio paese per inserirsi in un contesto diverso, così come le condizioni di vita (ambito lavorativo, familiare e abitativo) e il percorso di integrazione, vengono complicati dalla mancanza di una definizione legale precisa. Tali dimensioni concorrono a definire, interagendo fra loro, il benessere psicofisico della persona, soprattutto quando c'è richiesta di cure sanitarie o si versa in condizioni di malattia.

Obiettivi

Allo scopo di comprendere in maniera approfondita tale dimensione, è stata svolta, presso il Centro di Salute Internazionale (CSI) e di Medicina Transculturale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Brescia, dedicato prevalentemente all'assistenza socio-sanitaria di primo livello degli immigrati irregolari/clandestini o comunque non altrimenti assistiti, un'indagine specifica di rilevazione delle componenti psicosociali dell'utenza afferente, con i seguenti obiettivi: 1) Raccogliere in modo completo e strutturato dati e conoscenze sulle caratteristiche psicosociali relative all'utenza; 2) Identificare possibili fattori di rischio per la salute psicofisica della popolazione immigrata, al fine di studiare le opportune strategie di prevenzione; 3) Ricavare indicatori in grado di suggerire strumenti per migliorare e accrescere il contatto con l'utenza, nell'ottica di un approccio transculturale e interdisciplinare.

Materiale e metodi

Si tratta di uno studio su popolazione semi-aperta, reclutata in modo casuale tra gli utenti afferenti all'ambulatorio immigrati del Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia. L'inclusione dei soggetti nello studio è avvenuta arruolando random, per tre giorni alla settimana, i primi tre numeri dispari della giornata.

Ipotizzando che il soggetto immigrato, irregolare e clandestino, versi in difficili condizioni socioeconomiche e che tali elementi, associati alla difficoltà di far fronte al progetto migratorio e alle dure condizioni di vita possano condurre ad un disagio psicosociale, ci si propone di rilevare tali aspetti in un quadro organico e strutturato che tenga conto di: alcune caratteristiche socio-demografiche (nazione di provenienza, percorso migratorio, grado d'istruzione, condizione lavorativa e familiare), alcune caratteristiche psico-socio-sanitarie (progetto migratorio, processo di acculturazione, il credo religioso, l'accesso ai servizi sanitari) e alcuni indici di malessere psicologico.

Per indagare questi aspetti, è stato costruito *ad hoc* un questionario semi-strutturato, denominato IPSI-BS-40 (Intervista Psico-Sociale per Immigrati - Brescia), costituito da 40 item, per la rilevazione degli aspetti psico-socio-sanitari, cui è stato abbinato uno strumento di valutazione del malessere psicologico, il Self Reporting Questionnaire (SRQ). L'SRQ, costituito da 20 item, è uno strumento di screening per la rilevazione del rischio di morbilità psichiatrica utilizzato in indagini cross-culturali e messo a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nella versione utilizzata, indaga sintomatologie di tipo depressivo, d'ansia e di somatizzazione.

I due strumenti sono stati somministrati da una psicologa ai pazienti inclusi nello studio nel periodo compreso tra il 7 gennaio e il 20 novembre 2004.

I dati che presentiamo costituiscono un'elaborazione preliminare dei rilevamenti effettuati. Verranno di seguito riportati, oltre alle generali caratteristiche del gruppo dei partecipanti allo studio, dati relativi a specifiche aree di indagine, considerate maggiormente significative, a questo punto dell'elaborazione. L'analisi dei dati è stata effettuata mediante l'utilizzo del programma di analisi statistica SPSS versione 12.0.

Risultati

Nel periodo compreso tra gennaio e novembre 2004 sono stati arruolati 540 soggetti. Il 47% di questi è di genere maschile e il 51,9% di genere femminile (tabella 1), a conferma dell'ormai omogenea distribuzione degli immigrati fra i due sessi, sia in Italia che nella realtà bresciana.

L'età dei soggetti si distribuisce in gran parte nella fascia tra i 20-29 anni (42,8%) e in quella tra i 30-39 anni (35%) (tabella 2). Le aree di provenienza maggiormente rappresentate sono: Europa dell'Est (43%), Africa sub-sahariana (31%, principalmente Senegal e Nigeria), Nord-Africa (11%), Asia (9%, soprattutto Pakistan) e Centro-Sud America (6%) per un totale di 45 nazionalità (tabella 3).

Il periodo di immigrazione non è complessivamente breve (media totale: 31,85 mesi, mediana 30 mesi): 35,4% sono i soggetti in Italia da un periodo fra i 6 e i 18 mesi, rilevante è il gruppo di coloro che sono da poco emigrati (< 6 mesi, 16,1 %), ma soprattutto quello di coloro che sono in Italia da più tempo (18-36 mesi, 23,1%, > 36 mesi 25,4%) (tabella 4).

La popolazione considerata ha un livello di istruzione elevato, avendo, il 40%, frequentato dai 9 ai 12 anni di scuola e il 30% più di 12 anni: il 70% ha quindi una scolarizzazione di livello medio-superiore o universitario (tabella 5). La maggioranza non è coniugata (celibe/nubile 52,6%; coniugato/a 38,3%). Fra i coniugati è alta la percentuale di chi vive separato dalla famiglia: solo un quarto circa degli intervistati coniugati, infatti, convive in Italia con il proprio nucleo familiare (tabella 6). Da tale situazione, percepita come difficoltosa e fonte di sofferenza, deriva il desiderio di poter attuare un ricongiungimento familiare, espresso dal 27,3% dei soggetti.

Alla precarietà della condizione familiare va aggiunta quella lavorativa (tabella 7): la maggior parte dei soggetti infatti è

disoccupata (49,6%), il 22% dichiara di avere un'occupazione fissa e il 28% può far riferimento ad un'occupazione precaria.

Un altro dato degno di interesse riguarda la presenza di un 19,8% dei partecipanti all'indagine in possesso di permesso di soggiorno valido o in corso di rinnovo che avrebbe quindi diritto all'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (SSN); di questi soltanto l'1,3% risulta effettivamente iscritto: si tratta di un indicatore della persistente difficoltà ad avvalersi di un diritto riconosciuto (tabella 8).

Il progetto migratorio risulta essere per la grande maggioranza degli stranieri di tipo economico (76,3%), cui vanno però aggiunti per un complessivo 15,1% ragioni legate alla presenza di familiari (9,4%) o di ricongiungimento familiare (5,6%). Se all'inizio del percorso migratorio la maggioranza dei partecipanti pensava di fermarsi in Italia temporaneamente ("meno di 2 anni" 28,1%; "meno di 10 anni" 34,4%) e solo il 24,1% desiderava fermarsi "per sempre", al momento dell'intervista 266 (49,3%) intendono fermarsi in Italia, mentre 202 (37,4%) desiderano tornare nel proprio paese: sembrerebbe avvenuta perciò una ristrutturazione del progetto migratorio, alla luce dell'esperienza di vita fatta in Italia.

Le ragioni che motivano la scelta di Brescia come città di residenza risultano degne di nota: per il 41,1% sarebbero connesse alla presenza di familiari, così come di amici per un altro 39,6%. L'esistenza di tali relazioni è indice della costruzione di reti di riferimento fra connazionali, che sembrano attualmente muovere e orientare, in gran parte, i flussi e sono quindi il segno di una ormai avvenuta strutturazione del fenomeno migratorio. Sempre questa rete, familiare e amicale, va considerata come primario riferimento all'ingresso nella città ospitante (aiuti all'arrivo a Brescia: 37,2% amici, 35,2% familiari).

Relativamente alla percezione delle condizioni di salute rispetto alla partenza, si pone in rilevo come esse siano considerate dal 45,2% dei soggetti peggiorate, migliorate dal 13,7% e invariate dal 41,1% (tabella 9). Queste rilevazioni correlano con i risultati del SRQ: vi è infatti una differenza statisticamente significativa tra i punteggi al questionario, che sono più elevati tra coloro che considerano peggiorate le proprie condizioni di salute rispetto a chi le percepisce come rimaste identiche ($p<0,00$) o migliorate ($p<0,00$).

Una differenza significativa si rileva anche riguardo alla percezione di un'eventuale variazione delle personali condizioni psicologiche (peggiorate 51,7%; rimaste identiche 23.9%; migliorate 24,3%), in particolare nei punteggi di coloro che stanno psicologicamente peggio, maggiori sia di chi non avverte variazioni ($p<0,00$), che di chi le percepisce migliorate ($p<0,00$). (tabella 10).

La percezione di un miglioramento della propria condizione lavorativa dall'arrivo in Italia, dichiarata dal 28,9% della popolazione, segnala inoltre indici di significatività rispetto a chi non riconosce alcun beneficio sul piano economico (71,1%) ($p<0,00$).

La maggior parte dei soggetti (56,9%) riferisce di trovarsi bene a Brescia, 149 (27,6%) "né bene né male", mentre il restante 10,8% sta male o molto male. Anche la percezione della qualità della vita a Brescia correla con la dimensione di disagio percepita: maggiore è il punteggio di coloro che si trovano a Brescia "né bene né male" ($p< 0,017$), "male" ($p< 0,00$) e "molto male" ($p< 0,039$) rispetto a coloro che dicono di "trovarsi bene".

Il punteggio di chi percepisce la realtà incontrata in Italia peggiore rispetto alle proprie aspettative (58,5%), è inoltre significativamente maggiore di chi la giudica uguale (24,6%) ($p<0,00$) o migliore (16,9%) ($p<0,00$) (Tabella 11). È maggiore significativamente anche il punteggio tra chi evidenzia una percezione negativa del proprio cambiamento in Italia (22,2%) rispetto a chi non si sente cambiato ($p< 0,00$) o cambiato in meglio ($p<0,00$) (Tabella 12).

La percezione di essere cambiati comporta comunque un incremento di disagio: anche coloro che si sentono cambiati in meglio hanno punteggi significativamente maggiori di coloro che non avvertono modifiche ($p<0,00$). Infine coloro che riferiscono di aver affrontato il percorso migratorio senza approvazione familiare (29,3%) sembrano denunciare maggiore disagio psicologico, con valori più elevati al SRQ (Tabella 13) rispetto a quelli degli immigrati che hanno ricevuto approvazione per la medesima decisione (65,6%) ($p < 0,021$).

Discussione

Da una prima analisi, si può osservare che il gruppo dei soggetti considerato è caratterizzato in gran parte da uno stato di irregolarità giuridica e versa in condizioni per lo più di disoccupazione o precarietà lavorativa e di importante separazione dal proprio nucleo familiare, fattori generalmente considerati di rischio per la salute psichica. Tra gli elementi riconosciuti come protettivi dalla letteratura è, viceversa, da considerare l'elevata scolarizzazione media degli intervistati e la presenza di consistenti reti di sostegno: la fase pionieristica dell'immigrazione è da ritenersi ormai superata, e questi dati del territorio bresciano sembrano pienamente confermarlo.

Un segnale di particolare rilievo per quanto riguarda il diritto alla salute viene dall'ampia quota di intervistati che, pur avendone pieno diritto, non risultano iscritti al SSN: dato che suggerisce la necessità di

iniziative per favorire l'inclusione di tutti in percorsi virtuosi per la salvaguardia della salute.

I risultati degli incroci tra alcune variabili e il SRQ evidenziano infine come i punteggi di quest'ultimo correlino positivamente e significativamente con la percezione soggettiva di malessere psicologico e con altri indicatori che possono esserne un segnale indiretto (la percezione della realtà italiana, ad esempio). Queste osservazioni sembrano confermare, anche per il nostro campione, l'efficacia dello strumento come indicatore (sia pure generico) delle condizioni di salute psichica.

Di particolare interesse sembra essere la percezione di "essere cambiati" come fattore associato a un aumento del malessere psicologico, anche se il cambiamento è percepito in meglio: ciò sembra avvalorare le osservazioni cliniche e le ipotesi fatte in letteratura, in particolare da Marco Mazzetti, secondo cui la percezione di una discontinuità nella propria trama di vita sia un elemento che quasi costantemente accompagna il malessere psicologico degli immigrati. La sensazione di "non essere più se stessi", la crisi di identità che si accompagna a questa percezione possono essere la spia di una mancata integrazione interiore dell'esperienza migratoria. Si tratta di uno dei temi che appaiono più promettenti per l'analisi approfondita dei dati, in particolare per quanto riguarda la componente qualitativa ("aperta") del questionario.

I dati preliminari sin qui considerati sembrano quindi da un lato confermare alcune premesse presenti nel razionale dell'indagine, e dall'altro suggerire che il disegno sperimentale costruito possa effettivamente essere in grado di misurare alcuni dei fattori in grado di influire sulla salute psicologica degli intervistati. Promettono inoltre di indicare elementi di tipo socio-demografico in grado di far luce sulle condizioni di vita dei pazienti afferenti all'ambulatorio e di suggerire, quindi, opportuni interventi di prevenzione e tutela.

SILVIA ANTONELLII
Silviaantonelli@email.it
Centro di Salute Internazionale ASL di Brescia

M. CHIARA PEZZOLI
chiarapezzoli@yahoo.com

ISSA EL-HAMAD
issa1957@libero.it

CARMELO SCARCELLA
carmelo.scarcella@aslbrescia.it

MARCO MAZZETTI
marcomazzetti@planet.it

TABELLE
Indagine sul disagio psico-sociale, C.S.I. ASL di Brescia (Gennaio-Novembre 2004)
N = 540 soggetti

Tab. 1 – *Distribuzione per genere*

	N° Risposte	Percentuale %
Femmine	280	51,9
Maschi	254	47,0
Transessuali	6	1,1
Totale	540	100,0

Tab. 2 – *Classi di età*

	N° Risposte	Percentuale %
< 19 anni	22	4,1
20-29 anni	231	42,8
30-39 anni	189	35,0
40-49 anni	63	11,7
> 50 anni	35	6,5
Totale	540	100,0

Tab. 3 – *Area provenienza*

	N° Risposte	Percentuale %
Est Europa	239	43
Africa sub-sahariana	167	31
Nord- Africa	60	11
Asia	47	9
Centro-Sud America	33	6
Totale	540	100

Tab. 4 – *Tempo trascorso dall'emigrazione dal paese di origine*

	N° soggetti	Percentuale %
< 6 mesi	87	16,1
6-18 mesi	191	35,4
18-36 mesi	125	23,1
> 36 mesi	137	25,4
Totale	540	100,0

Tab. 5 – *Anni di scolarità*

	N° Risposte	Percentuale %
0-5 anni	40	10
6-8 anni	85	20
9-12 anni	231	40
> 13 anni	184	30
Totale	540	100

Tab. 6 – *Stato civile*

	N° Risposte	Percentuale %	Coniuge	N° Risposte	Percentuale %
Celibe/nubile	284	52,6	Nel paese d'origine	145	26,9
Coniugato/a	207	38,3	In Italia	75	13,9
Divorziato/separato	38	7,0	Altrove	2	0,4
Vedovo/a	11	2,0			
Totale	540	100,0	Totale	222	100,0

Tab. 7 – *Condizione lavorativa*

	N° Risposte	Percentuale %
Disoccupato	268	49,6
Occupazione fissa	119	22,0
Occupazione precaria	151	28,0
Altro	2	0,4
Totale	540	100,0

Tab. 8 – *Condizione giuridica e Iscrizione SSN*

	N° Risposte	Percentuale %		N° Risposte	Percentuale %
Irregolare	398	73,5	Non iscritto	487	90,2
P. soggiorno valido	36	6,5	Tessera scaduta	44	8,1
Ricevuta p.sogg.	41	7,6	Iscritto	8	1,5
P. soggiorno scaduto	66	12,2			
Totale	540	100,0	Totale	540	100.0

Tab. 9 – *Relazione tra SRQ e condizioni fisiche*

	N° Risposte	Percentuale %	Media SRQ	- p value -	
Peggiorate	244	45,2	7,49	migliorate rimaste identiche	0,000 0,000
Rimaste identiche	222	41,1	4,93	peggiorate migliorate	0,000 0,055
Migliorate	74	13,7	6,09	peggiorate rimaste identiche	0,000 0,055
Totale	540	100,0	/		

Tab. 10 – *Relazione tra SRQ e condizioni psicologiche*

	N° Risposte	Percentuale %	Media SRQ	- p value -	
Peggiorate	279	51,7	8.01	migliorate rimaste identiche	0,000 0,000
Rimaste identiche	131	24,3	4,60	peggiorate migliorate	0,000 0,629
Migliorate	129	23,9	5,02	peggiorate rimaste identiche	0,008 0,629
Totale	540	100,0	/		

Tab. 11 – *Relazione tra SRQ e differenza con le aspettative di vita in Italia*

	N° Risposte	Percentuale %	Media SRQ	- p value -	
Vita peggiore aspettative	315	58,5	7,46	migliori aspettative uguale aspettative	0,000 0,000
Vita uguale aspettative	133	24,6	4,86	peggiore aspettative migliori aspettative	0,000 0,517
Vita migliore aspettative	92	16,9	5,43	peggiore aspettative uguale aspettative	0,000 0,517
Totale	540	100,0	/		

Tab. 12 – *Relazione tra SRQ e percezione di cambiamento personale*

	N° Risposte	Percentuale %	Media SRQ	- p value -	
Sì, in peggio	219	40,6	8,82	migliorate rimaste identiche	0,000 0,000
No	197	36,5	4,98	peggiorate migliorate	0,000 0,000
Sì, in meglio	120	22,2	6,53	peggiorate rimaste identiche	0,000 0,000
Totale	536	99,3	/		

Tab. 13 – *Relazione tra SRQ e approvazione della migrazione da parte della famiglia*

	N° Risposte	Percentuale %	Media SRQ	- p value -	
Approvazione	354	65,6	6,18	disapprovazione non so	0,021 0,973
Disapprovazione	158	29,3	7,20	approvazione non so	0,021 0,342
Non so	28	5,2	6,00	disapprovazione approvazione	0,342 0,973
Totale	540	100,0	/		

Bibliografia

ABIODUN, O.A., *Sensitivity and validity of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ) in a primary health care centre in a rural community in Nigeria.* «Psychopatologie Africaine», 22, 1988, pp. 79-88.

ARAGONA, M.; COLOSIMO, F., *Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. I Dati epidemiologici e psicopatologia clinica.* «Psichiatria e Territorio», 17, 1, 2000, pp. 1-6.

BHUGRA, D., *Migration and mental health.* «Acta Psychiatrica Scandinavica», 109, 2004, pp. 243-258.

BURNETT, A.; PEEL, M., *Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence.* «British Medical Journal», 322, 2001, pp. 606-609.

CARITAS/MIGRANTES, *Inserimento socio-culturale.* In: *Immigrazione. Dossier statistico 2004.* Roma, Nuova Anterem, 2004, pp. 137-224.

CLIMENT, C.E.; DIOP, B.S.M.; HARDING, T.W. (et al.), *Mental health in primary health care.* «Chronicle of the WHO», 34, 1980, pp. 231-236.

COLOSIMO, F.; ARAGONA, M., *Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. Confronto tra i principali test e valutazione del Bradford Somatic Inventor.* «Psichiatria e Territorio», 17, 1, 2000, pp. 7-12.

DIOP, B.; COLLIGNON, R.; GUEYE, M.; HARDING, T.W., *Diagnosis and symptoms of mental disorders in a rural area of Senegal.* «African Journal of Medical Science», 11, 1982, pp. 95-103.

FORTINO, A. (et al.), *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia (dati SDO 1998).* «Agenzia Sanitaria Italiana», 10, 2001, pp. 6-25.

FRIGHI, L.; PIAZZI, A.; MAZZETTI, M. *Caratteristiche Socio-Demografiche, Salute Psichica e Fattori di Rischio Psicopatologico dell'Immigrazione Extra-Comunitaria a Roma.* «Difesa Sociale», 5, 1993, pp. 183-200.

GERACI, S., *Argomenti di medicina delle migrazioni.* Busseto, Perì Tecnés, 1995. Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute.* Roma, Anterem, 2000.

GIEL, R.; DE ARANGO, M.V.; BABIKIR, A.H., *The burden of mental illness on the family. Results of observation in four developing countries. A report from the WHO collaborative studies on strategies for extending mental health care.* «Acta Psychiatrica Scandinavica», 68, 1983, pp. 186-201.

GIEL, R. ; DE ARANGO, M.V.; CLIMENT, C.E. (et al.), *Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries.* «Pediatrics», 68, 1981, pp. 677-683.

GORST–UNSWORTH, C.; GOLDENBERG, E., *Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma–related factors compared to social factors in exile.* «British Journal of Psychiatry», 172, 1998, pp. 90–94.

HARDING, T.W.; CLIMENT, C.E.; DIOP, M.; GIEL, R.; IBRAHIM, H.H.A.; SRINIVASA MURTHY, R.; SULEIMAN, M.A.; WIG, N.N., *The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care,* II: *The development of new research methods.* «American Journal of Psychiatry», 140, 1983, pp. 1474-1480.

HARDING, T.W.; DE ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.A.; LADRIDO-IGNACIO, L.; SRINIVASA MURTHY, R.; WIG, N.N., *Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries.* «Psychological Medicine», 10, 1980, pp. 231-241.

JONG DE, J.T.V.M., *A study on mental disorders among children attending general health care facilities in Guiné-Bissau.* «Psychopathologie Africaine», XXI, 1, 1986, pp. 67-89.

JONG DE, J.T.V.M.; DE KLEIN, G.A.J.; TEN HORN, S., *A baseline study on mental disorders in Guiné-Bissau.* «British Journal of Psychiatry», 148, 1986, pp. 27-32.

KORTMANN, F., *Problems in communication in transcultural psychiatry. The SRQ in Ethiopia.* «Acta Psychiatrica Scandinavica», 75, 1987, pp. 563-570.
KORTMANN, F., *Problems in practising psychiatry in Ethiopia.* «Ethiopian Medical Journal», 26, 1988, pp. 77-84.
KORTMANN, F., *Psychiatric case finding in Ethiopia: shortcomings of the Self Reporting Questionnaire.* «Culture, Medicine and Psychiatry», 14, 1990, pp. 381-391.
KORTMANN, F.; TEN HORN, S., *Comprehension and motivation in responses to a psychiatric screening instrument. Validity of the SRQ in Ethiopia.* «British Journal of Psychiatry», 153, 1988, pp. 95-101.
LIMA, B.R.; PAI, S.; SANTACRUZ, H.; LOZANO, J., *Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia.* «The Journal of Nervous and Mental Disease», 179, 1991, pp. 420-427.
MARCECA, M., *La normativa sanitaria e l'accessibilità ai servizi.* In: GERACI, S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni.* Roma, Anterem, 2000, pp. 107-120.
MARI, J.J.; WILLIAMS, P., *A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis.* «Psychological Medicine», 15, 1985, pp. 651-659.
MARI, J.J.; WILLIAMS, P., *A validity study of a psychiatric screening questionnaires (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo.* «British Journal of Psychiatry», 148, 1986, pp. 23-26.
MAZZETTI, M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano.* Torino, L'Harmattan Italia, 1996.
MAZZETTI, M., *Medicina transculturale: una medicina delle relazioni.* In: ID., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto.*, Roma, Carocci, 2003, pp. 27-32.
MAZZETTI, M., *Le vicissitudini dell'identità.* In: ID., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto.* Roma, Carocci, pp. 75-98.
MOLLICA, R.F; MCINNES, K.; POOL, C.; TOR, S., *Dose effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence.* «British Journal of Psychiatry», 173, 1998, pp. 482–488.
MOLLICA, R.F.; MCINNES, K.; SARAJLIC, N.; LAVELLE, J.; SARAJLIC, I.; MASSAGLI, M.P., *Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia.* «Journal of the American Medical Association», 282, 1999, pp. 433–439.
SALES FAGUNDES, S.M., *Estudo de um instrumento de triagem de doenças mentais em adultos elaborado pela OMS em vila da periferia da capital.* «Arquivos Clinica Pinel», 7, 1981, 18-24.
SARTORIUS, N.; HARDING, T.W., *The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: The genesis of the study.* «American Journal of Psychiatry», 140, 1983, pp. 1470-1473.
SILOVE, D.; STEEL, Z.; MOLLICA, R., *Detention of asylum seekers: assault on health, human rights, and social development.* «Lancet», 357, 2001, pp. 1436-1437.

SINNERBRINK, I.; SILOVE, D.; FIELD, A.; STEEL, Z.; MANICAVASAGAR, V., *Compounding of pre–migration trauma and post–migration stress in asylum seekers.* «Journal of Psychology»,131, 1997, pp. 463–470.

SIRONI, F., *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la Torture.* Paris, Éditions Odile Jacob, 1999. Trad.: *Persecutori e vittime.* Milano, Feltrinelli, 2000.

SRINIVASA MURTHY, R.; WIG N.N., *The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care,* IV: *A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country.* «American Journal of Psychiatry», 140, 1983, pp. 1486-1490.

STEEL, Z.; SILOVE, D.; PHAN, T.; BAUMAN, A., *Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study.* «Lancet», 360, 2002, pp. 1056-1062.

TURNER, S.W.; BOWIE, C.; DUNN, G.; SHAPO, L.; YULE, W., *Mental health of kosovan albanian refugees in the UK.* «British Journal of Psychiatry»,182, 2003, pp. 444-448.

INTERNATIONAL MIGRATION REVIEW

VOLUME XXXVIII NUMBER 4 WINTER 2004

The Grassroots Reconfiguration of U.S. Immigration Policy
MIRIAM J. WELLS

Arab Migration to Europe: Trends and Policies
PHILIPPE FARGUES

Exploring Diversity in Immigrant Assimilation and Transnationalism:
Poles and Russian Jews in Philadelphia
EWA MORAWSKA

Albanian and Polish Migration to Italy:
The Micro-Processes of Policy, Implementation and Immigrant Survival Strategies
ANKICA KOSIC and ANNA TRIANDAFYLLIDOU

Economic Cost of Human Capital Loss From Fiji:
Implications for Sustainable Development
MAHENDRA REDDY, MANORANJAN MOHANTY and VIJAY NAIDU

How do Migrants Fare in a Post-Apartheid South African Labor Market?
TUKUFU ZUBERI and AMSON SIBANDA

Generational Patterns in Home Ownership and Housing Quality
among Racial/Ethnic Groups in New York City, 1999
EMILY ROSENBAUM and SAMANTHA FRIEDMAN

Research Note

Has Welfare Reform Created "Chilling Effects" for Refugees in the United States?
MIRIAM POTOCKY-TRIPODI

Conference Report

Best Practices to Manage Migration: The Philippines
PHILIP MARTIN, MANOLO ABELLA and ELIZABETH MIDGLEY

Book Reviews - Review of Reviews - International Newsletter on Migration - Books Received

Order from
Center for Migration Studies
209 Flagg Place, Staten Island, NY 10304-1122
Phone: (718) 351-8800 Fax: (718) 667-4598
E-mail: sales@cmsny.org - website: http://www.cmsny.org

indicazioni bibliografiche

MAZZETTI, MARCO, *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*. Roma, Carocci, 2003, 192 p.

Un viaggio, una promessa mantenuta, una scommessa vinta. La consapevolezza di essere sulla strada giusta, di avere tanto cammino davanti a sé, ma anche il tempo, la voglia, gli strumenti ed i compagni giusti per andare, senza fretta di arrivare...anzi. Questo ed altro è il libro di Marco Mazzetti che con passo sicuro, calmo e paziente, ci guida per le strade del dialogo, dell'attenzione all'altro, della scoperta dell'altrui e del nostro mondo, dentro e fuori.

È un sentiero tracciato, ma passibile di ritorni, deviazioni, soste, non solo consentite, ma auspicate. Induce alla tentazione di un tempo ritrovato. Tutto è possibile. Allarga gli orizzonti. Non dà regole sul come fare, ma suggerimenti non troppo velati sul come essere: felici intuizioni, non solo dialettiche; voli pindarici con atterraggi morbidi.

Un libro che arricchisce la mente scrutando nelle anime degli altri. E' una guida, nel senso più pratico e positivo del termine, che ci prende per mano e facendoci passare indenni per un dedalo di cose, persone e avvenimenti ci porta sani e salvi alla meta...anche se nel frattempo saremo diventati profondamente diversi...Si', perché questo è un libro che cambia. Come dire: dopo, non si è più gli stessi. Ma questo processo non ha niente di traumatico, anzi.

Non ci sono colpi di scena, né rivelazioni scioccanti; semplicemente, con metodo rigoroso, l'autore abbatte le frontiere mentali, le demolisce disfacendole delicatamente come fossero matassine di lana mohair, le scioglie dolcemente come neve al sole e le fa sparire. Le sue "rivelazioni" ti entrano dentro come *déjà vu*, si installano nei tuoi neuroni come vecchie conoscenze e credi di averle sempre avute con te. È un affabulatore sotto mentite spoglie: teneramente, con rispetto, in punta di piedi entra nel nostro immaginario e lo rivoluziona dandogli un'aria nuova e diversa e facendoci sentire nuovi e diversi. Raggiunge questo risultato raccontandoci aneddoti, storie di vita, cronache quotidiane. Le sue storie sembrano piccoli, teneri film che ci portano ad intuire un privilegio nella diversità e ad invidiarla. Il tutto è sostenuto dalla citazione di rigorosi studi medici, sociali, antropologici, psichiatrici che costituiscono un ricco e prezioso patrimonio bibliografico.

Uno spazio speciale è dedicato ai bambini. L'Autore rivolge loro uno sguardo amorevole e partecipante raccontandoci abitudini di *maternage* semplici e naturali, lontanissime dalle nostre, così attente a preservare produttività e carriera. È una liberazione e una riscoperta:

lo strettissimo contatto tra mamma e bambino, la pelle, la naturalità, la pazienza; il dare "tempo al tempo"... (e dare tempo anche a noi stessi).

Ma "i figli del sogno", come lui ama chiamarli, non restano neonati privilegiati a lungo; al di là del caldo abbraccio delle loro mamme c'è il mondo che li attende: e allora è cronaca di piccoli uomini e piccole donne, storie di quotidiana difficoltà con il peso gravoso di dover essere un ponte, il *trait-d'union* tra due mondi, il prima e il dopo, il dentro e il fuori della loro famiglia, il vicino e lontano. Marco Mazzetti ce ne parla con attenzione e dovizia di particolari, seriamente, ma senza drammatizzare analizzando la variegata realtà dell'infanzia e dell'adolescenza "altre" che ci sfiorano ogni giorno, stanno con i nostri figli, ridono e piangono, stringono i denti e fanno fatica e in un futuro che è già qui saranno i cittadini del prossimo domani. Ci esorta, tra le righe, ad una maggior attenzione, al rispetto di questi fiori delicati che un passo improvvido potrebbe calpestare, danneggiandoli anche senza volere.

Anche le donne hanno un loro spazio, strettamente legato alla maternità: maternità voluta, cercata, negata, mai svilita, neanche se costrette alla rinuncia.

Come sottolinea l'autore nelle prime righe, questo non è solo un libro di tecnica della comunicazione, ma un lasciapassare che alla fine permette di vedere nella vita, nell'intimità nascosta dei migranti, ma anche dentro noi stessi. È una esplorazione introspettiva, un esercizio della mente e del cuore. I titoli dei capitoli (Il sogno; I figli del sogno; Donne in cammino; Culture o persone?...) già da soli tracciano un percorso accattivante e coinvolgente. L'autore si pone domande e problemi e dà risposte e soluzioni insegnandoci a ridimensionarci; ci prepara con un lento ed inesausto lavorio ad accettare i nostri limiti e ad ampliare i nostri orizzonti con strumenti pratici: domande da farci, riflessioni che fermino i nostri pensieri stereotipati e telecomandati, modalità e percorsi.

Trasforma la relazione con l'altro in un'avventura culturale e di vita, in un affascinante viaggio nella propria e nell'altrui intimità, dandoci la forza e l'entusiasmo per affrontare serenamente il rischio e lo stress dello scoprirci; *conditio sine qua non* per entrare in quel "non luogo" sconosciuto che è lo spazio della transcultura, la terra di nessuno, indicando con chiarezza anche le modalità da usare: l'apertura mentale, la curiosità, la capacità di ascoltare, la predisposizione senza pregiudizio, e la consapevolezza dello stesso.

La sorpresa di questo viaggio, che spesso si intraprende per andare incontro ai bisogni dell'altro, è che, alla fine, sono i propri bisogni a trovare una risposta. Bisogni inconsapevoli e risposte illuminanti. Ed ecco che nella relazione medico-paziente (ma è solo uno degli esempi possibili perché la relazione transculturale è applicabile ad ogni livello) come in un "coup de théâtre" cambia tutto: i ruoli si invertono, o meglio, ognuno può avere ogni ruolo e l'incontro avviene su un livello comune; ci si incontra e ci si scambia (attraverso gesti, sguardi, sorrisi e perplessità) un "quid" che trasforma i protagonisti

rendendoli "altri". È come essere espulsi con forza vitale e non violenta, dal proprio guscio, certo comodo e sicuro, ma quanto limitato e limitante? E comunque, una volta fatto è un percorso senza ritorno.

Chi si aspettasse, in questo libro, solo regole tecniche e strategie resterebbe sorpreso: qui si parla di "persone" che migrano e che accolgono; si impara a rapportarsi con gli altri che sono individui e non "culture", sdrammatizzando ciò che spaventa la maggior parte di noi: il non comprendere il linguaggio verbale dell'altro. Viene invece enfatizzata la difficoltà a comprendere la semantica del discorso e a superarla ascoltando oltre i nostri bisogni per poter comprendere i bisogni dell'altro.

Certo, è sottolineata l'importanza della cultura di origine, ma, allo stesso tempo, viene ridimensionata nel senso che sarebbe impossibile conoscere "tutte le culture". In realtà basta tener conto della loro esistenza, rispettando le differenze.

Vi stupirà scoprire come questa apparentemente semplice chiave di lettura, unita all'attenzione per l'altro e alla disponibilità di tempo possa diventare un prezioso passepartout nelle relazioni, un "facilitatore" del dialogo, un catalizzatore dell'incontro.

LUISA LINGUINI
dromella@tin.it

MANARA, DUILIO F. (a cura di), *Infermeristica interculturale*. Roma, Carocci, 2004, 280 p.

ALETTO, Laura; DI LEO, Lorenzo, *Nursing nella società multiculturale, guida per l'infermiere*. Roma, Carocci, 2003, 168 p.

I due testi, come spiegato dagli autori, si rivolgono principalmente agli studenti dei corsi di laurea in scienze infermieristiche. Tuttavia offrono anche alle altre figure cosiddette "di contatto" l'occasione per una riflessione sul tema centrale dell'approccio con pazienti provenienti da culture diverse. Manara si chiede cosa significhi per un infermiere assistere un paziente portatore di un'altra cultura; Aletto e Di Leo rispondono che tale eventualità "rappresenta una grande occasione per diventare validi professionisti, oltre che persone umanamente più ricche". In effetti i due volumi mirano soprattutto a questo e offrono strumenti sicuri, validi e semplici per acquisire professionalità dal punto di vista delle competenze e trovare dei "tesori nascosti" nelle persone da assistere: il loro carico culturale e di umanità a volte scuote il nostro vivere in situazione privilegiata di benessere e di conquiste politiche e di giustizia che sembrano lontane in altri paesi.

Il contesto nel quale si muovono gli autori è quello della società multiculturale e multietnica italiana: questa complessità è sempre più presente e interroga tutti sulla giustizia e sull'eguaglianza, sui

diritti e sulle politiche, sommuovendo le nostre concezioni e la nostra coscienza. L'arrivo di nuovi ospiti mette alla prova anche la nostra organizzazione e capacità di accoglienza: vengono così alla luce le pieghe che il nostro sistema copre e ricopre attraverso normative più o meno idonee, più o meno sensate, ma che nonostante questi passi spingono a domandarsi se la salute sia ancora un diritto di tutti e se le nostre strutture sanitarie debbano accogliere come pazienti a pieno titolo tutti, anche chi non possiede un foglio di soggiorno. Nei due volumi si dà spazio alla normativa italiana in tema di assistenza sanitaria ai cittadini stranieri solo per mostrare che sul diritto alla salute essa è fra le migliori in Europa. Sono evidenziate, però, i problemi inerenti l'organizzazione delle strutture sanitarie per l'accessibilità e la fruibilità e ci si pone il quesito se si debbano creare percorsi facilitati per gli stranieri.

"Gli infermieri sono stati tra i primi a percepire le difficoltà di un'organizzazione sanitaria indecifrabile per chi viene da **contesti culturali diversi**, pensata sull'esigenza dell'operatore piuttosto che sui bisogni dell'utente. Essi vivono in prima persona la difficoltà di un approccio spesso permeato da **pregiudizi reciproci** e la fatica di rispondere quotidianamente a bisogni solo in parte sanitari o di intervenire su percorsi assistenziali sostanzialmente sbagliati". I due volumi ribadiscono continuamente il ruolo privilegiato dell'infermiere protagonista in molti casi del primo approccio del paziente straniero con il nostro sistema di cura. L'infermiere è dunque indicatore e suggeritore di cambiamenti idonei a rendere un intervento efficiente ed efficace.

Un ruolo di pioniere viene riconosciuto da tutti gli autori a Madeleine Leininger, che per prima si è interrogata sul tema della diversità culturale dei pazienti e del metodo transculturale di assistenza. In effetti molto spazio è dedicato alla relazione transculturale dall'approccio all'assistenza al dialogo tra persone di culture diverse nel contesto della salute. Sono quindi messe in evidenza le incomprensioni iniziali e gli sforzi per superare le difficoltà: "A volte questa incomprensione può derivare dalla difficoltà dell'immigrato nel comunicare le proprie sensazioni interiori (...) Un'altra difficoltà evidente che determina incomprensione si presenta quando gli interlocutori non conoscono una lingua comune. Un'altra fonte di fraintendimento può ravvisarsi nel fatto che nelle diverse lingue esiste un livello simbolico per cui ad un termine possono corrispondere significati astratti diversi per chi parla e chi ascolta" (*Nursing nella società multiculturale*, pp. 107-108). In *Infermieristica interculturale* (p. 165) sono discussi gli stessi problemi d'incompresione livelli di incomprensione ricorrendo alle definizioni originarie di Salvatore Geraci e Riccardo Colasanti, più volte riprese da Marco Mazzetti in *Il dialogo Transculturale* (Roma, Carocci, 2003), cioè ai cinque livelli di possibile incomprensione tra operatore sanitario italiano e paziente straniero: prelinguistico, linguistico, metalinguistico, culturale e metaculturale.

Per la professionalità, il carattere scientifico, la serietà e competenza nell'approfondire questi argomenti i due testi meritano attenzione non solo da parte degli infermieri, ma anche di altre professioni: antropologi, sociologi, psicologi e perfino filosofi. Nei due volumi sono infatti approfonditi argomenti che coinvolgono proprio queste professioni. Culture e religioni, donne e immigrazione, problemi nell'assistenza alla persona straniera sono i soggetti di alcuni capitoli di *Nursing nella società multiculturale*. Elementi di indagine etnografica e problematiche etiche nell'assistenza interculturale sono invece discussi nei capitoli di *Infermieristica interculturale*. Quest'ultimo offre inoltre strumenti consoni alla professione infermieristica, dedicando molto spazio all'intervento assistenziale, alle normative, ai processi di intervento di tipo professionale, prima di considerare l'intervento nella diversità culturale.

Le due opere si completano e percorrono strade parallele, incontrandosi in alcuni punti nei quali si rinforzano vicendevolmente. Bisogna quindi leggerle insieme, per coprire nella maniera più completa possibile le diverse prospettive sul tema in questione. Dalla lettura congiunta sorge il desiderio che infermieri e operatori sanitari, i quali hanno il privilegio di incontrare persone provenienti da culture diverse, facciano propri i contenuti dei due volumi. Testimonino così l'importanza della loro professione nella società non solo dal punto di vista delle risposte assistenziali, ma soprattutto dal punto di vista umano dell'approccio e della relazione. Sradichino lo stereotipo dell'infermiere stanco e senza motivazioni, esecutore più che ideatore di percorsi di salute e facciano invece partire questi ultimo dal sorriso come segno di attenzione verso la persona, per sua sfortuna, portatrice di un bisogno di salute.

GONZALO CASTRO CEDENO
g.castrocedeno@areasanitaria.it

ANDOLFI, Maurizio (a cura di), *Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale*. Milano, Franco Angeli, 2004, 160 p.

Il libro si compone di una serie di saggi di autorevoli studiosi della famiglia che operano in paesi profondamente differenti dal punto di vista sociale, economico e culturale.

Il primo saggio (Celia Jaes Falicov, *La cultura nella terapia familiare. Nuove variazioni su un tema fondamentale*) analizza alcuni aspetti importanti relativi al peso che il contesto culturale ha nell'organizzazione della terapia familiare. In particolare viene menzionato il MECA (Approccio Multidimensionale-Ecosistemico-Comparativo), basato sull'idea della simultanea appartenenza a più gruppi culturali da parte degli individui. Tale approccio permette di identificare almeno quattro dimensioni culturali che il terapeuta dovrebbe sempre considerare: la migrazione, il contesto ecologico,

l'organizzazione e il ciclo di vita della famiglia. Secondo il MECA, la valutazione clinica prevede l'esplorazione dei rapporti tra i problemi attuali, che portano le famiglie in terapia, e queste quattro dimensioni.

Nel secondo saggio (Vincenzo De Nicola, *Famiglie sulla soglia. Città invisibili, identità invisibili*), basato su due relazioni tenute dall'autore in Olanda e a Roma nel 2002, è affrontato il problema delle "famiglie sulla soglia", famiglie cioè che viaggiano da un ambiente culturale ad un altro. La domanda che in questo caso ci si pone è se e come verrà influenzata l'identità dell'individuo e della famiglia dall'incontro con altre culture.

Il terzo saggio (Maurizio Andolfi, *La psicoterapia come viaggio transculturale*), momento centrale nell'intero libro, descrive attraverso esperienze dirette (un periodo di lavoro in una scuola pubblica del South Bronx) e casi clinici esemplari (un caso di anoressia mentale in una famiglia originaria del Bangladesh e le difficoltà di una coppia mista del Senegal e dell'Algeria) l'importanza per il terapeuta della comprensione della diversità intesa come risorsa. Attraverso l'incontro con le altre culture diviene quindi possibile non solo fare diagnosi e organizzare una terapia tenendo conto di importanti variabili sociali (religione, cultura, etnicità, razza...), ma anche imparare a "vaccinarsi contro il pregiudizio" sostituendo la diffidenza con la curiosità per il nuovo.

Il saggio di Audrey E. Ellenwood, Lars Brok e Irene Cornish (*Ampliare i confini culturali del terapeuta: l'impatto dell'immigrazione sul processo terapeutico*) offre spunti operativi per la conduzione di psicoterapie efficaci con persone immigrate. Gli autori enfatizzano la necessità, espressa anche dall'American Psychiatric Association, che gli operatori della salute mentale adottino uno stile terapeutico aperto alla cultura e capace di tener conto dell'impatto del processo di immigrazione sulle famiglie e sugli individui. L'*odissea della migrazione* (un'impostazione terapeutica di tipo narrativo in cui la famiglia o l'individuo raccontano la loro storia di immigrazione) rappresenta così un percorso indispensabile, suddiviso in più momenti che vanno dalla situazione della famiglia nella terra di origine al periodo di acculturazione nella nuova patria.

Il quinto saggio (Tazuko Shibusawa, *La pratica clinica con le famiglie immigrate asiatiche*) analizza alcuni aspetti dell'immigrazione asiatica negli Stati Uniti, in particolare rispetto alle caratteristiche culturali delle famiglie asiatiche, alle loro dinamiche e alle peculiarità del lavoro terapeutico con tali individui e nuclei familiari.

Nel sesto saggio (*L'uovo bianco della gallina bianca. Ovvero: la terapia delle coppie miste nell'approccio etnopsichiatrico-sistemico-narrativo*) Natale Losi descrive i cambiamenti apportati all'approccio etnopsichiatrico (a forte impronta psicoanalitica) appreso a Ginevra dal gruppo di lavoro di Tobie Nathan. Esso infatti viene mutato in un approccio *etnopsichatrico-sistemico-narrativo*, dove l'incontro tra persone all'interno del *setting* è anche incontro tra culture, mondi e storie familiari. Diviene in questo senso emblematica la descrizione

della terapia di coppia con Claudia (italiana) e Alì (originario della Costa d'Avorio), nel quale il terapeuta accetta di prestare attenzione e legittimazione a ogni riferimento culturale proposto (in questo caso le credenze magiche di Alì alle quali si associano una serie di rituali proposti dal terapeuta, tra cui la ricerca dell'uovo bianco della gallina bianca, da cui il titolo) e di mettere sullo stesso piano i riferimenti culturali di entrambi i componenti di una coppia mista.

L'ultimo saggio (Lorena Cavalieri, *Psicoterapia e immigrazione, due percorsi in una stanza*) descrive ancora una volta, attraverso l'esperienza del servizio di consulenza psicologica della Fondazione Silvano Andolfi rivolto alle famiglie immigrate, il ruolo importantissimo che la cultura delle famiglie straniere ha nel rapporto terapeutico. La terapia assume quindi alcune caratteristiche peculiari legate alla famiglia (identità culturale e geografica, caratteristiche dell'evento migratorio, problematiche linguistiche, differenze nella percezione della malattia) e alla figura del terapeuta (curiosità, posizione "I don't know"), elementi che si uniscono indissolubilmente agli aspetti universali e transculturali propri delle terapie familiari.

Il volume, nel complesso, si presenta dunque come una lettura interessante e piacevole, capace di fornire allo psicoterapeuta strumenti molto utili per lavorare in maniera efficace con persone e famiglie immigrate. Le esperienze riportate offrono inoltre una serie di spunti importanti per comprendere il ruolo che riveste la dimensione culturale ed etnica in psicoterapia e, in misura più globale, per avere le capacità di accostarsi, ad ogni livello, con realtà culturali differenti dalle nostre e riconoscere e affrontare i pregiudizi.

Andolfi suggerisce peraltro come il modo di interpretare la terapia familiare qui proposto (valutazione della dimensione culturale nelle sue componenti etniche e sociali) sia oggi tanto più importante se si pensa al fatto che l'Italia, da paese a forte propensione migratoria, accoglie oggi un crescente numero di stranieri portatori di valori, credenze, tradizioni, abitudini e problematiche diverse dalle nostre. In tal senso il volume diviene una valida guida ed un efficace strumento di riflessione sia per gli psicoterapeuti (di orientamento familiare ma non soltanto), sia per quanti, tra i professionisti che operano nel sociale, si trovino a doversi confrontare con problematiche di tipo transculturale.

EMANUELE TAROLLA
emanuele.tarolla@bigfoot.com

BALSAMO, ELENA; FAVARO, GRAZIELLA; GIACALONE, FIORELLA; PAVESI, AMALIA; SAMANIEGO, MONICA, *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*. Milano, Franco Angeli, 2002, 224 p.

La Casa di Tutti i Colori è un servizio creato dalla cooperativa *Farsi prossimo* della Caritas Ambrosiana di Milano nel febbraio

2000. Al suo interno si lavora con i piccoli stranieri e le loro famiglie svolgendo attività di assistenza, di ricerca e di formazione. Il volume raccoglie diversi contributi sui temi del *maternage* transculturale, tra cui i risultati di una ricerca partecipata condotta all'interno del servizio, in collaborazione con le madri e le mediatrici culturali, e avente come obiettivo il sostegno alle donne straniere nella cura dei loro figli. L'indagine prende l'avvio dalla constatazione che le madri straniere possono incontrare difficoltà nel crescere i figli in Italia. Si tratta di problemi di ordine diverso, da quelli più pratici, come l'assenza del partner o invece la sua presenza/mediazione troppo pressante e la mancanza della rete di aiuto familiare, a quelli più sfumati, come l'incertezza nella scelta tra i modi di accudimento tradizionali e quelli del Paese ospitante. Il tipo di legame materno, i rituali dell'infanzia che regolano il riconoscimento sociale dei nuovi nati e le tecniche di cura variano nelle diverse culture, ma ovunque rappresentano un patrimonio di conoscenze "forti", interiorizzate nel corso dello sviluppo psico-sociale e fondanti la stessa identità femminile. Sono le donne a trasmettere ai nuovi nati valori, tradizioni e la memoria familiare. Il disaccordo sulle pratiche di cura dei piccoli, che si può verificare all'interno dei nostri servizi, può determinare un impoverimento del *maternage* e accentuare il senso di isolamento delle madri straniere.

Per delineare proposte che consentano di costruire un sistema di servizi attento alla dimensione interculturale, la ricerca tocca diversi punti focali della sfera materno-infantile: le rappresentazioni culturali sull'accudimento, le diverse soluzioni adottate per risolvere le proprie difficoltà, il confronto tra pratiche "tradizionali e moderne". Come risulta dall'indagine, che è stata condotta su sei gruppi divisi per nazionalità (filippine, peruviane, egiziane, marocchine, cinesi, cingalesi), i modelli parentali d'origine e l'organizzazione familiare qui in Italia sono spesso decisivi nello stabilire se, e per quanto tempo, il piccolo starà con la mamma o verrà affidato a congiunti residenti al Paese di provenienza. Così, è più frequente che i bimbi cinesi o filippini vengano separati dalle madri, piuttosto che gli egiziani o marocchini. Se le differenze culturali giocano un ruolo importante nella costruzione di un buon legame madre-figlio, non bisogna sottovalutare l'importanza di altre cause, che vanno ricercate nell'isolamento sociale, nelle condizioni lavorative precarie, nell'irregolarità giuridica. Complessivamente, il rischio dell'impoverimento del legame e del distacco precoce è piuttosto alto, soprattutto tra le donne che lavorano. Allattare a lungo può diventare problematico senza un adeguato sostegno psicologico e opportune iniziative formative, ma anche quando questi ci sono, come fare se bisogna tornare immediatamente al lavoro? Allora, oltre ad analizzare i diversi modi di cura e le trasformazioni dei modelli nella migrazione, oltre a ricordarci che noi occidentali dobbiamo porci in una posizione non valutativa, le iniziative per ridurre il distacco madre-figlio devono fornire un apporto concreto, flessibile e immedia-

tamente fruibile, come la possibilità di frequentare asili nido aperti alle famiglie irregolari e luoghi di incontro, di scambio e di sostegno, come la Casa di Tutti i Colori di Milano. Oltre al servizio milanese, nel volume vengono presentate altre iniziative affini esistenti sul territorio e utili indicazioni per chi lavora con i bambini in ambienti interculturali.

La raccolta di saggi non raccoglie esclusivamente i dati sulle differenze culturali e sulle proposte per superare le aree critiche, ma si sofferma con attenzione sulle molteplici potenzialità che ci vengono offerte dalla presenza delle famiglie straniere e, più in generale, dalla conoscenza di altre visioni del mondo. Da diversi anni i pediatri occidentali sono impegnati nel continuo confronto con pratiche di accudimento *altre*, come la durata dell'allattamento, la posizione nel sonno, il contatto corporeo, che hanno portato a importanti quanto clamorosi cambiamenti di rotta nelle linee guida sulle prime cure ai piccoli. Alla descrizione antropologica sui rituali e sulle pratiche dell'infanzia, l'etnopediatria aggiunge la ricerca sulla loro efficacia, evitando così il rischio che si guardi semplicisticamente all'alterità come a un ideale modello "naturale", e per questo sempre "buono". Nel suo contributo sui percorsi dell'etnopediatria, Elena Balsamo si sofferma in chiave comparativa sulle pratiche che accompagnano la nascita e il puerperio nelle diverse società e propone una valutazione scientifica di alcune di queste. Per esempio, è interessante la ri-valutazione del *bed sharing*, diffusa nelle società ad "alto contatto", dove la relazione madre-figlio si esprime attraverso uno stretto rapporto fisico, ma stigmatizzata dal nostro attuale modello a "basso contatto", dove la relazione si basa principalmente sullo sguardo e sull'espressione verbale.

Vorrei concludere prendendo lo spunto da un'esperienza personale. Circa quattro anni fa, trasportando mio figlio neonato disteso in una fascia a tracolla, anziché nel classico marsupio, sono stata oggetto di una divertita curiosità e di svariati commenti. Così ho scoperto che il piccolo stava scomodo, troppo stretto, troppo coperto e che lo portavo come le "indiane" (pellerossa e non), o come le "zingare", o come le "africane" e altro ancora. Ma i modelli cambiano molto velocemente. Ora la fascia è molto comune in Italia ed è opinione diffusa e condivisa che per il bimbo sia preferibile al marsupio. Le mamme che la usano, italiane e straniere, non suscitano più curiosità, né particolare interesse.

Come le madri migranti non appartengono a un gruppo culturale omogeneo, chiuso e immodificabile, così anche noi cambiano e ci trasformiamo con loro.

DONATELLA BARBINA
barbinad@hotmail.com

ANCORA, ALFREDO, *La consulenza transculturale della famiglia. I confini della cura*. Milano, Franco Angeli, 2000, 200 p.

Libro di *confine*, aperto alle suggestioni dell'altro, del nuovo e dell'estraneo, e contemporaneamente teso a definire, secondo criteri e metodologie ben riconoscibili, la nuova epistemologia della psichiatria transculturale. Libro dai tanti *volti*, complesso, intrigante, colto ed erudito, ricco di immagini e stimoli. Riflessivo, da un lato, aiuta un "pensiero altro" e un "pensare oltre" che consentono di arricchire la conoscenza sulla cultura e sull'incontro con e tra le culture; pragmatico, dall'altro lato, offre spunti di applicazione per la conoscenza di tutto ciò che è estraneo-straniero e strumenti per l'incontro con esso.

Libro dai mille *linguaggi*... filosofico, etnografico, antropologico, psichiatrico, sociale, etico, culturale, psicologico, sistemico...un caleidoscopio di citazioni, pensieri e ricerche che sollecita la formazione di un linguaggio nuovo per tutti quegli operatori di confine che nelle loro attività si trovino a dover attraversare "frontiere", incontrando nuovi volti, nuove lingue, nuovi stati di salute/ malattia, nuove storie, nuove culture.

L'autore si occupa, nella prima parte del libro, a definire le premesse epistemologiche della psichiatria transculturale e invita il lettore a considerare il problema psichiatrico in senso etnologico, cioè in funzione non più della tale o tal'altra cultura, ma del concetto di cultura. In questo senso il concetto di cultura viene considerato come "esperienza vissuta", ossia come momento in cui un individuo vive ed apprende la propria identità culturale sia in stato di salute che in stato di disturbo psichico.

Tale invito più che chiudere questa branca della psichiatria entro confini rigidi apre "sistemicamente" la mente a considerare transculturale ogni incontro, ogni esperienza vissuta, ogni relazione con l'altro. "L'uomo è incontro", diceva Bateson, e l'incontro può "narrarsi", utilizzando la "narrazione" come momento per ricostruire il senso di alcune storie, per aprirsi a nuove connessioni e a nuove possibilità di lettura, come modo per condividere con l'altro un lavoro di continuo attraversamento di confini, frontiere, limiti.

Aprirsi alla cultura è aprirsi al dialogo, attraverso cui rendere visibili le differenze, riconoscere le diversità come risorse e quindi valorizzare l'importanza dell'altro nell'incontro con la sua cultura. Tali indicazioni vanno a definire gli operatori che, lavorando nei servizi psichiatrici, incontrano anche persone migranti, individui o famiglie malate, "straniere" a volte anche a se stesse, provenienti da culture diverse dalla nostra, come operatori di confine. Questi sono coloro che, nella loro attività, decidono di attraversare frontiere tra faticosi viaggi di andata e ritorno, in territori dove lo specifico clinico non è l'unica cosa a cui sorreggersi.

Nel secondo capitolo vengono così offerte indicazioni metodologiche circa la definizione di processi non clinici più attinenti i significati culturali. Il capitolo è infatti ricco di definizioni differenziate di

tipo antropologico sui termini di inculturazione, acculturazione, deculturazione, identità culturale, multiculturalità e multietnicità. Il terzo capitolo consente invece di entrare più in contatto con l'idea di incontro tra culture, come un elemento meno pensato e più agito.

L'esperienza dei servizi territoriali di accoglienza e di cura consente di andare a toccare "con mano" le difficoltà e le risorse dell'incontro con lo straniero, con l'altro in genere, con l'altro malato, psicotico, in particolare. Ma l'altro e lo straniero, come li si pensa e come li si vive? Spesso l'altro, e soprattutto lo straniero, è pensato come un diverso, la cui differenza culturale è vista come elemento di separazione e non come risorsa di conoscenza.

Ma straniero è proprio l'altro con cui dialogare e relazionarsi anche grazie e nonostante la diversità , perché lui è diverso da noi quanto noi lo siamo da lui. Il problema è proprio che non è facile delineare dove inizio/finisco io e dove iniziano/finiscono gli altri. Ma l'incontro, e in particolare l'incontro in terapia, rappresenta proprio un dialogo delle differenze, per cui forse quello è proprio il momento in cui bagnarsi nel mare dei contatti e delle relazioni, perché la diversità emerga non come elemento di distanza, ma come ponte attraverso cui toccarsi come persone.

Interessante il quarto capitolo dove Ancora, riportando sue personali esperienze di incontro con "traditional healers", sciamani, e con il "dottore delle tarante", qualifica questi come esperti di incontri tra culture, come nuovi costruttori di realtà e conoscenze, come veri uomini-tramite.

L'ultimo capitolo è un utile strumento di confronto con incontri reali tra culture differenti. L'autore narra storie vere di persone e terapie che aprono una finestra toccante e ricca sul mondo dei rumeni, dei nomadi, dei zigrini e dei congolesi.

L'appendice è utilissima e concretissima e riporta un'ipotetica scheda di accoglienza necessaria per la codificazione dei dati e come supporto a un colloquio di incontro-accoglienza. La scheda è suddivisa in tre parti: una prima, *anagrafica*, interessante per lo spazio offerto al rilevamento di dati sulla *religione* e sul *gruppo familiare* di origine; una seconda, che esplora la *richiesta di cura* e in cui, oltre agli aspetti relativi all'invio, all'anamnesi e alla diagnosi, vengono considerate rilevanti anche le *aspettative* di chi si rivolge al servizio circa le modalità di cura, la struttura e gli operatori che incontrerà; infine, una terza parte è dedicata al *processo migratorio* e ai *vissuti emotivi* ad esso connessi (aspettative, desideri, nostalgie, ricordi, difficoltà, possibilità di integrazione, ricongiungimenti...).

Il libro stimola sapientemente ed equilibratamente un pensiero e un agire transculturali, risultando così un utile supporto a quanti lavorino sul dialogo, sull'incontro, sulla narrazione, sulla relazione con l'altro.

LAURA BINDI
giorgiolaura@tiscalinet.it

CACCIARI, CRISTINA, *Psicologia del linguaggio*. Bologna, Il Mulino, 2001, 340 p.

Il volume in questione è un manuale di psicolinguistica, scienza nuova e attenta a tutti gli stimoli che provengono dagli studi e dalle ricerche della psicologia cognitiva. Si tratta di un ottimo strumento di indagine e confronto tra vecchie e nuove teorie sullo studio del linguaggio, sul suo sviluppo e la sua origine, sulle interazioni col pensiero e con le basi biologiche che sottendono le funzioni intellettive.

È strutturato in maniera chiara e immediatamente fruibile per ogni operatore interessato ad approfondire aspetti specifici di una abilità così complessa, che di per sé rappresenta una forma di conoscenza e uno strumento utile nell'espressione di sé e nella comunicazione con l'altro.

Sono interessanti e ricchi i capitoli sulle ricerche psicolinguistiche, sulle patologie del linguaggio (afasie, dislessie, disgrafie) , sulla comprensione e la produzione di frasi e discorsi atti al conversare e soprattutto quello dedicato al linguaggio figurato (metafore, idiomi, polisemie) come espressione cardine del rapporto tra linguaggio e pensiero.

Il testo è corredato di una interessante bibliografia utile a quanti, studiosi o studenti, desiderino dedicarsi ad approfondimenti settoriali.

LAURA BINDI
giorgiolaura@tiscalinet.it

CRAVERO, ANNA, *Il Rapporto tra Medico Italiano e Paziente Immigrato*. Torino, L'Harmattan Italia, 2000, 104 p.

Anna Cravero è una psicologa che collabora con uno dei più antichi e gloriosi ambulatori dedicati all'assistenza agli immigrati nel nostro paese, il Naga di Milano. Insieme a Italo Siena, medico presso lo stesso centro, ha condotto una ricerca sugli stili relazionali dei pazienti stranieri che entrano in contatto con il clinico italiano. Il volume relaziona sulle osservazioni condotte, e ne dà una lettura interpretativa.

L'interesse dell'agile pubblicazione non si ferma, però, a questo aspetto, perché fornisce anche una serie di considerazioni che costituiscono una sorta di breve *review* su quanto si è andato osservando e scrivendo negli ultimi anni in Italia a proposito di relazione transculturale medico-paziente, arricchita da spunti di antropologia medica presi dalla letteratura internazionale.

MARCO MAZZETTI
marcomazzetti@planet.it

RANCI, DELA (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica. L'esperienza di Terrenuove*. Milano, Edizioni di Terrenuove, 2004, 160 p.

Questioni di etnopsichiatria clinica trasporta quanti si interessano della salute mentale e del malessere psichico in una "terra" ancora poco conosciuta, quella della etnopsichiatria, e in un percorso di esplorazione, di ricerca, di elaborazione dei mondi della sofferenza dei migranti. Il testo ci trasmette l'esperienza degli operatori del Servizio di Consulenza Psicologica per immigrati di Terrenuove di Milano ed è quindi un percorso a più voci , assai ricco.

La sua peculiarità è di partire dal lavoro clinico, dal rapporto diretto con le persone immigrate e la loro sofferenza. Vengono posti continuamente "in interazione contributi teorici di più largo respiro e la concreta esperienza di lavoro". Gli autori collocano nella prassi terapeutica, nell'interagire con l'altro, nel soffermarsi a guardare, osservare, riflettere, il punto di continua ri-partenza per approdare a nuovi saperi.

Il testo si apre con un interessante contributo teorico, che ripercorre lo sviluppo dell'etnopsichiatria, a partire dai suoi padri storici, Devereux e Nathan, fino alle attuali concezioni. Prosegue con la presentazione di abbondante e ricco materiale clinico da cui si snodano interrogativi, considerazioni, riflessioni.

Filo conduttore del libro è il paziente migrante. Al centro del lavoro viene posta sempre la persona, portatrice della sua peculiare storia personale, del suo progetto di vita, dei suoi problemi, del suo carico di umanità.

Accanto alla storia personale viene dato ampio risalto alla storia collettiva di ognuno, perché "esplorare le tracce lasciate dalla storia collettiva sulla psicologia individuale permette di far luce su situazioni finora inesplorate", di meglio comprendere e dare risposta al malessere. Ugualmente è sottolineato che le scelte degli operatori oltre che il singolo riguardano la collettività. Il *fare professionale* non può esimersi dalla cultura e da un impegno politico nella "direzione di un effettivo rispetto dei diritti umani".

Nel titolo si ritrova l'idea che l'etnopsichiatria è un *questione*, ossia un argomento aperto, dinamico, in movimento, come lo sono del resto le persone di cui si occupa. Una disciplina in continua evoluzione, tesa "al rinnovamento permanente", come viene detto nella prefazione, al pari delle comunità, delle culture, dell'organizzazione sociale.

Dal testo si evince l'idea che i confini dell'etnopsichiatria sono posti dall'osservatore clinico, si estendono quanto l'ampiezza del suo sguardo, si allargano quanto la sua spinta ad esplorare, a comprendere, cadono a fronte della sua capacità di confrontarsi con la molteplicità dell'espressione del vivere degli essere umani. Un testo che piacerà a chi non si aspetta di trovare soluzioni certe e univoche alle questioni, a chi pensa che le persone e la loro sofferenza non si possono racchiudere in schemi semplici, a chi pensa che l'attività clinica può essere un laboratorio di ricerca, di apprendimento.

Un testo di grande interesse per gli operatori della salute mentale e tutti coloro che si occupano dell'accoglienza e dell'assistenza a persone migranti. Gli autori offrono un denso repertorio di strumenti e proposte di lavoro applicabili nei contesti di relazione individuale che di gruppo, fruibili da parte degli operatori dei Servizi di Salute Mentale e dell'ambito più ampio dei contesti delle relazioni di aiuto.

M. Licia Scantamburlo
liciascantamburlo@hotmail.com

Coppo, Piero, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria.* Torino, Bollati Boringhieri, 2003, 274 p.

Nell'ultimo decennio il crescente accesso di migranti alle strutture socio-sanitarie italiane ha generato, escludendo le poche felici eccezioni, la nascita di pratiche "culturalmente sensibili" ma confuse e ben poco sensibili a esperienze, evidenze e saperi costruiti altrove, in almeno un secolo di storia etnopsichiatrica. E nell'area della medicina e della psichiatria delle migrazioni, improvvisazioni fantasiose e buona volontà non portano lontano.

Piero Coppo inizia il suo libro raccontando la storia dell'etnopsichiatria attraverso le esperienze degli autori che ne hanno costruito il linguaggio, le teorie e le pratiche che la rendono oggi disciplina in evoluzione ed espansione, tra differenze, dibattiti concettuali e urgenza di "saper-fare" nei contesti clinici sempre più alle prese con le diversità culturali. Dal viaggio a Giava nel 1903 di Kraepelin, padre della nosografia psichiatrica contemporanea, alle deduzioni goffe e interessate della psichiatria coloniale; dal gruppo multidisciplinare per il tarantismo pugliese di de Martino ai "mediatori etnoclinici" di Nathan in Francia che, oggi, "spalanca la dimensione dell'invisibile - abitata da dèi e spiriti, demoni e folletti, anime e diavoli - che è parte della vita quotidiana di miliardi di umani", il lettore viene condotto attraverso le "figure" che hanno costruito e animato l'area dell'etnopsichiatria.

Nelle "Banalità di base" vengono svelati i pilastri linguistici e concettuali della disciplina, parole spesso equivoche o travisate: la cultura, "dimensione collettiva in cui i singoli si immettono per divenire umani", "serve per designare, nel campo che ci interessa, ciò che costituisce le specificità dei gruppi umani e le diversità tra loro; ci permette di dire 'noi' e di parlare di 'altri', con altri." Differenza e diversità, tradurre e interpretare, interdisciplinarietà e multidisciplinarietà, etnia e psiche vengono chiariti e discussi per preparare il lettore a disporsi alla "meraviglia che destabilizza, allo spaesamento che ci riposiziona rispetto alle nostre identità e appartenenze", alla ricerca di una posizione tendenzialmente "metaculturale" resa praticabile dalla consapevolezza della coesistenza del molteplice, "in cui le diversità stanno al cospetto le une delle altre e generano tra loro interstizi abitabili da una prospettiva che le considera tutte,

senza ridurle." Quantomeno, chi legge è facilitato a comprendere un po' meglio le idee di una "disciplina interstiziale e migrante".

Vengono poi affrontate le teorie generali della continuità tra cultura e psiche, collettività e individui, con le culture, simili a coralli, che "lavorano gli umani e ne sono lavorate". Salute, crisi, malattia e disordine offrono un prezioso punto d'osservazione di questo rapporto, con sistemi di cure, terapeuti, pazienti e loro gruppi d'appartenenza che aprono la strada a possibili processi di acculturazione. Il disturbo psichico viene collocato nello sfondo culturale e ambientale, le vie della cura passano attraverso la presa in carico e, quando occorre, la terapia è atto specialistico che presuppone un saper-fare esperto. Per "riparare il disordine" e "il tessuto lacerato" della persona e del gruppo entrano quindi in gioco le consapevolezze delle appartenenze e delle determinanti culturali e il continuo confronto e l'interazione con saperi teorico-pratici diversi.

Nell'ultimo capitolo, Coppo descrive i campi applicativi dell'etnopsichiatria con i luoghi, le strutture e i programmi di salute mentale che si occupano e si prendono cura del "soffio vitale" in contesti "etnici".

Coppo, medico neuropsichiatria e psicoterapeuta, insegna Etnopsichiatria all'Università Ca' Foscari di Venezia e si occupa da anni dell'articolazione tra sistemi di cura diversi in programmi di cooperazione e ricerca in Mali, in Guatemala e in altri paesi. Questo libro, nato dalla sistematizzazione di materiale didattico e scientifico, unisce la ricchezza storica e teorica alla sapiente e vivida descrizione delle esperienze che testimoniano l'attualità e la necessità della prospettiva etnopsichiatrica. In Italia, repentina meta di immigrazione negli ultimi anni, si colloca in una posizione strategica fornendo un'irrinunciabile equipaggiamento a psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, antropologi, etnologi e a tutti coloro che incontrano e vogliono incontrare ad occhi aperti "l'alterità propria e altrui" in ambito teorico, didattico, organizzativo, assistenziale e di ricerca.

LORENZO TARSITANI
lorenzo.tarsitani@uniroma1.it

ATIGHETCHI, DARIUSCH, *Islam, Musulmani e Bioetica*. Roma, Armando Editore, 2002, 256 p.

Dariusch Atighetchi da molti anni si occupa di bioetica e di etica medica islamica, tanto da esserne divenuto uno dei maggiori esperti italiani. La sua accuratezza di ricercatore è notevole, così come la varietà dei suoi interessi che toccano una grande quantità di temi. Questo suo recente saggio è una *summa* delle ricerche e delle riflessioni condotte negli ultimi anni e costituisce, a mia conoscenza, il primo studio, ampio e approfondito, su di un tema di rilevanza primaria per chi si occupa di medicina delle migrazioni: basti pensare che oltre un terzo degli immigrati nel nostro paese è di fede islamica.

L'ampiezza dei temi toccati da Atighetchi sfiora gran parte della nostra pratica clinica quotidiana. Alcuni temi sono senz'altro specialistici, anche se talora di interesse generale: si pensi a tutto quanto riguarda la vita al suo sbocciare, dalla contraccezione al controllo demografico tramite la sterilizzazione, alle questioni relative alla genetica; dall'atteggiamento riguardo all'interruzione di gravidanza a quello invece relativo alla procreazione assistita. Ma altri temi sono assolutamente di interesse per ognuno di noi: si pensi ad alcune peculiarirà del rapporto medico-paziente, come nel caso in cui paziente e sanitario sono di sesso differente, o le questioni connesse al consenso informato, o tutto quanto riguarda l'accompagnamento degli ammalati alla fine della vita, dall'informazione da dare al paziente terminale alle modalità di ottenerne il consenso, a temi difficili come il suicidio e l'eutanasia, fino alla gestione della morte.

Nel suo saggio Dariusch Atighetchi illustra e discute anche le posizioni della bioetica islamica su temi rilevanti della sanità contemporanea: i trapianti d'organo (da cadavere e da vivente) e la gestione dell'Aids. Non manca, alla fine, un capitolo sul tema delle mutilazioni genitali femminili, e il testo si chiude con alcune riflessioni sul rapporto del Corano con la scienza moderna.

Quanto convince, nel saggio di Dariusch Atighetchi, è la varietà e la ricchezza delle fonti citate (autorità religiose, legislazioni statali, abitudini dei fedeli e pratiche mediche correnti), che vanno a costituire un grande mosaico, non di rado contradditorio, ma che ci aiuta a comprendere la ricchezza e il dibattito all'interno di un mondo che spesso, al contrario, viene presentato sui mezzi di comunicazione nel nostro paese in termini piuttosto stereotipati.

Al medico, all'operatore sanitario che lo legge, questo testo fornisce un grande fondale, che gli consente di mettere in prospettiva quanto avviene nella relazione con i pazienti che si riconoscono in quella che ormai è la seconda religione in Italia. A queste condizioni si tratta di un volume prezioso. A condizione, voglio dire, che non lo si utilizzi come un vademecum per comprendere cosa passa nella mente e nel cuore del singolo paziente che viene per consultarci. Sarebbe come pretendere di comprendere un paziente italiano dopo aver letto un saggio che presenta le posizioni ufficiali della bioetica cattolica: sappiamo bene come i comportamenti di molti nostri connazionali (si pensi, ad esempio, in tema di contraccezione o di procreazione assistita) si discostino dalle posizioni ufficiali della chesa. E' il libero arbitrio in azione.

In altre parole; dato lo sfondo etico in cui si muove, ogni singolo fedele fa poi le sue scelte, trova le sue personali mediazioni, vive a suo modo la sua unica e irripetibile esperienza di vita. È con questa che noi entriamo in relazione, grati a Dariusch Atighetchi per averci aiutato a comprenderne lo scenario.

MARCO MAZZETTI
marcomazzetti@planet.it

recensioni

MONICA BARNI, ANDREA VILLARINI (a cura di), *La questione della lingua per gli immigrati stranieri. Insegnare, valutare e certificare l'italiano L2*. Milano, Franco Angeli, 2001. 250 p.

Una delle frustrazioni più comuni, per un lettore, consiste nel dedicare tempo ed energie a un testo che poco gli restituisce in cambio, o comunque molto meno di quel che gli prometteva nelle proprie dichiarazioni d'intenti. Più rara – e preziosa – appare l'esperienza inversa: quella di un libro che, dotato di un solido e circoscritto baricentro progettuale, apre a chi gli si dedichi scorci inaspettati e prospettive sorprendenti.

Questo è il caso del bel volume curato da Monica Barni e Andrea Villarini, dedicato alla "questione della lingua" che nasce intorno alla crescente presenza, in Italia, di stranieri immigrati. Il testo prende infatti forma intorno a un motivo ben definito – il tentativo operato negli ultimi anni dal Comune di Roma e dall'Università per Stranieri di Siena di facilitare e incrementare l'accesso degli immigrati alla *Certificazione di italiano come lingua seconda* (CILS) –, ma calandosi in quest'orizzonte accoglie in sé e restituisce la ricca pluralità di prospettive che se ne irradiano.

La prima conseguenza è quella di farci sentire, in particolare grazie all'intervento di Massimo Vedovelli, come sia facile banalizzare e impoverire la "questione della lingua" posta dalla presenza sempre più viva e intensa di immigrati nella società italiana. Si può essere infatti portati a pensare che tale questione riguardi esclusivamente gli immigrati stessi, ed eventualmente le strutture formative deputate a coadiuvarli in un percorso di apprendimento adeguato alle esigenze socio-professionali.

In realtà, quello che si dà è un coinvolgimento radicale di tutti noi nei mutamenti in atto, in quanto ad essere in causa è lo *spazio linguistico* dell'italiano, del quale le varietà parlate dagli immigrati fanno parte a tutti gli effetti, divenendone dunque un importante fattore di alterazione e vitalità. Il bell'intervento, contenuto nel volume, sui testi letterari della migrazione – opere prodotte in lingua italiana da scrittori e poeti immigrati – fa definitivamente chiarezza sulla rilevanza e la profondità dei fenomeni in questione.

Se, dunque, la lingua ha profondamente a che fare con l'identità dei soggetti, ciò vale non solo per gli immigrati – con il plausibile sentimento di perdita delle radici, con la ricerca di una nuova dimensione e con i possibili esiti positivi o negativi di tale processo –

ma anche per gli italiani, inclusi – a loro volta e modo – in un processo di innovazione e trasformazione.

All'interno di questo processo si sviluppano e assumono consistenza le relazioni tra parlanti nativi e immigrati: ai primi spetta, immediatamente un ruolo, quello di *maestri di lingua*. È infatti innanzitutto nella comunicazione quotidiana e spontanea che procede l'acquisizione della seconda lingua. Ma gli italiani possono scegliere di rifiutarsi a questo compito, e questo rifiuto ha un nome: *razzismo comunicativo*. Esso comprende, naturalmente, le forme più sguaiate od odiose, come l'insulto, o l'eloquio volutamente ostile e incomprensibile, ma anche forme più subdole e insidiose, come il parlare semplificato che, fungendo comunque da modello per chi apprende, lo svia e lo ostacola nel suo itinerario di apprendimento.

Proprio l'*apprendimento* configura infatti – nell'orizzonte dell'incontro – il luogo di contatto tra lingue e culture, l'area di frontiera, di contaminazione, di cambiamento, nei quali siamo tutti coinvolti, e ognuno trova in questa apertura infinite occasioni di *imparare*. C'è tuttavia una specifica sezione di questo territorio di confine sul quale la linguistica incentra le proprie attenzioni specialistiche.

Si tratta di quella zona di contagio nella quale la lingua italiana si incontra con le tantissime lingue immigrate, e con il loro "immaginario" (i dati citati parlano di almeno 78 lingue straniere parlate in Italia). L'apprendimento linguistico che qui si produce concerne naturalmente gli stranieri, e si esprime in una straordinaria fioritura di *varietà interlinguistiche*.

Tutto ciò richiede alla ricerca risposte adeguate, ovvero l'elaborazione di modelli teorici e la loro declinazione in chiave applicativa, in particolare la predisposizione di linee procedurali scientificamente fondate e didatticamente efficaci.

Di cosa questo significhi esiste oggi un'esemplificazione concreta e operativa: lo strumento della certificazione. Non c'è infatti dubbio che la sua principale ragione di essere consista nel servizio alla persona che essa può offrire, ma nell'adempierlo adeguatamente essa non può non configurare un ponte tra la ricerca teorica e la pratica didattica.

Il modello di competenza che ispira le procedure di misurazione è infatti compatibile con le varietà di apprendimento studiate dalla *linguistica acquisizionale*; in questo senso la CILS esplicita una serie di parametri che, nel loro insieme, individuano una mappa delle competenze tipiche di ciascun livello congrua alle tappe dell'acquisizione della L2, e dunque funzionale a ogni itinerario di apprendimento e auto-apprendimento.

La CILS si propone dunque, operativamente, come crocevia tra la ricerca scientifica in ambito acquisizionale e la pratica didattica, configurandosi come esempio di integrazione possibile tra di esse. Il rigore di questi processi costituisce, d'altra parte, la vera garanzia di spendibilità sociale della certificazione delle competenze, comunque acquisite.

Le potenzialità offerte dallo strumento certificatorio non risultano tuttavia ancora sfruttate adeguatamente dalle strutture for-

mative che si occupano dell'accoglienza linguistica degli immigrati. Anche per questo esso continua purtroppo a interessare un segmento piuttosto ristretto del pubblico potenziale.

La fotografia, che il testo ci propone, di questo segmento è tuttavia già sufficiente a prevenire l'eventuale sedimentazione di diversi pregiudizi: ad esempio, i risultati ottenuti dagli immigrati sono significativamente migliori – in particolare al livello più alto – rispetto a quello degli altri candidati che affrontano la prova, i quali tra l'altro costituiscono in genere un'utenza piuttosto selezionata.

Il testo curato da Barni e Villarini ha dunque il merito significativo di farci confrontare, a partire da un punto di osservazione preciso, con quello che sta *veramente* avvenendo in Italia, di là dalle ottusità di stereotipi e pregiudizi, e soprattutto di farci sentire immersi nella ricchezza di un processo che ci mette in *questione* radicalmente, e dunque innanzitutto in quella che, tra le *radici*, ci lega più intrinsecamente alla comunità e al tempo, ovvero la *lingua*.

GIUSEPPE NUCCETELLI

EMANUELLE BRIBOSIA, ANDREA REA (sous la direction de), *Les Nouvelles Migrations. Un enjeu européen*. Paris, Édition Complexe, 2002. 285 p.

Gli ultimi due decenni del secondo Millennio sono testimoni di una indubbia svolta nello scenario europeo a proposito di migrazioni. Alle migrazioni "interne" all'Europa del secondo dopoguerra, con direttrice Sud-Nord, si sono sostituiti i flussi in ingresso da paesi terzi, trasformando l'Europa mediterranea da area di emigrazione ad area di immigrazione. Di fronte a questa nuova situazione, i 15 Paesi membri dell'UE si riuniscono a Schengen nella ricerca di convergenze per una comune politica migratoria: gli accordi raggiunti esprimono una chiara linea di chiusura, con un rafforzamento delle frontiere esterne e l'obiettivo "immigrazione zero" all'interno. Tuttavia all'inizio del nuovo millennio, emerge una nuova disponibilità ad una riapertura condizionata delle frontiere. Il presente volume, in gran parte scaturito dal colloquio internazionale *Pensare le migrazioni di domani verso l'Europa*, organizzato dalla libera Università di Bruxelles nel marzo 2000, si colloca in questo quadro.

Uno dei motivi di questo cambio di direzione nelle politiche migratorie va ricercato -com'è noto- nella flessione demografica che si ripercuote negativamente sulle politiche sociali. Gli indici di natalità vicini allo zero e l'invecchiamento della popolazione fanno seriamente temere un futuro in cui il peso della popolazione non attiva diventi non più sostenibile. I possibili scenari che ne deriverebbero sono delineati da un rapporto ONU del gennaio 2000 (Loriaux, p. 58 ss.), secondo le cui proiezioni, in caso di una totale assenza di immigrazione, entro il 2050 l'Europa perderebbe una sessantina di milioni di abitanti. Se volesse mantenere costante il rapporto tra popolazione

attiva (dai 14 ai 65 anni) e popolazione anziana, dovrebbe importare circa 700 milioni di stranieri.

Loriaux mette però in guardia dal pensare l'emigrazione come unico correttivo di questa situazione: si ricadrebbe fatalmente nella logica strumentale del passato, mentre è possibile cercare la risposta ai problemi demografici e sociali in un migliore sfruttamento delle potenzialità già presenti. L'opinione di Loriaux è condivisa da molti, ma non da tutti. Soprattutto la Commissione europea, pur rigettando l'ipotesi delineata nel rapporto ONU dell'immigrazione di popolamento, si avvale dell'argomento demografico per sostenere la necessità di riaprire i canali dell'immigrazione legale di lavoratori (De Bruycker, p. 157 ss.). Questa posizione è sensibile anche agli appelli sempre più pressanti di alcuni settori economici che chiedono lavoratori qualificati e non qualificati, nonostante i tassi di disoccupazione rimangano elevati.

Non cambia dunque la logica strumentale che ha sempre ispirato le politiche migratorie, sebbene questa posizione si iscriva oggi in un contesto sostanzialmente mutato rispetto al dopoguerra. Johan Wets dedica il suo contributo (p. 23 ss.) ad una visione delle attuali dinamiche migratorie internazionali e al loro impatto sull'Europa, mettendone in evidenza la maggiore complessità e l'accresciuta pressione in uno scenario sempre più globalizzato. Chiudere semplicemente le frontiere cercando di neutralizzare le conseguenze della pressione migratoria senza intervenire sulle cause, sostiene Wets, è illusorio.

Dal canto suo, Moulier Boutang (p. 75 ss.) puntualizza i molteplici errori rilevabili nelle politiche migratorie nazionali della seconda metà del Novecento, primo tra tutti "l'errore dell'ipotesi di un saldo migratorio zero e la sottovalutazione della pressione migratoria e dei suoi effetti" (p. 77). Dati alla mano, Moulier Boutang dimostra come i paesi di immigrazioni si siano illusi di fermare gli ingressi dopo la crisi economica del 1973-74. L'arresto del reclutamento infatti non ha impedito l'aumento degli immigrati, per effetto dei ricongiungimenti familiari o degli ingressi clandestini. Altra illusione politica è quella del carattere eccezionale ed unico delle regolarizzazioni (p. 81 ss.) che in realtà si sono succedute con una certa regolarità e ancora si rendono necessarie.

I contributi di Palidda e Dal Lago per l'Italia (p. 183 ss.), di Daniéle Lochak per la Francia (p. 207 ss.) e di E. Bribosia e A. Rea per il Belgio (p. 233 ss.) illustrano più da vicino le politiche migratorie dei rispettivi paesi, di cui sottolineano la tendenza ad un controllo più poliziesco che di governo, e in cui le prescrizioni europee vengono utilizzate talvolta come giustificazione per politiche restrittive e come deresponsabilizzazione.

Dovendo riaprire le frontiere alle migrazioni di lavoro, l'Europa si interroga sulle modalità di gestione dei flussi e guarda ai modelli canadese e statunitense. Nel suo contributo però J. Hollifield solleva dei dubbi circa l'opportunità di assumere dei modelli nati in contesti storici e socio-politici diversi. In particolare la sua ipotesi è

che il modello americano, che prevede quote d'ingresso per nazionalità, accentuerebbe in Europa il suo carattere discriminatorio e la sua scarsa elasticità, suscitando reazione e opposizione. Più vicino alla mentalità europea potrebbe essere il modello canadese che regola gli ingressi mediante un punteggio per categorie di migranti. Ne parla F. Crépeau (p. 93 ss.), che illustra le modalità di selezione dell'immigrazione, predisposte per privilegiare nei candidati gli aspetti economicamente più vantaggiosi per il paese d'accoglienza.

L'interrogativo di fondo resta, secondo i curatori, la possibilità di prendere in considerazione un superamento della logica strumentale. La ricerca di prospettive per il futuro non può prescindere da una visione planetaria dei flussi e non può quindi ignorare i profondi squilibri tra Nord e Sud del mondo che ne sono, in ultima analisi, la causa. La logica strumentale che tende a guidare gli sviluppi delle nuove migrazioni provoca l'accelerazione del fenomeno del *brain drain*, con il grave rischio di creare una nuova forma di sfruttamento del Sud da parte del Nord: non più solo risorse naturali, ma risorse umane.

La complessità dei fenomeni migratori attuali, inscritti nella globalizzazione in atto, non riguarda esclusivamente i paesi di partenza, ma chiama in causa le condizioni della loro permanenza nel paese di arrivo, dove spesso i migranti trovano lavori precari (stagionali nei settori agricolo, alberghiero, nei lavori domestici, ecc.) con frequente ricorso al lavoro nero, non combattuto con sufficiente convinzione dai governi (cfr. Palidda-Dal Lago, Bribosia e Rea).

La proposta si articola in due obiettivi: si dovrà cercare di combattere le cause remote delle migrazioni e di perseguire in Europa una politica di integrazione delle migrazioni. Wets ad esempio, nel suo contributo, sostiene che una politica di sviluppo dei paesi poveri può avere come conseguenza, a breve e a medio termine, una intensificazione dei flussi, incrementati dalle aumentate possibilità economiche, ma a lungo termine appare l'unica soluzione per un contenimento dell'emigrazione e degli squilibri che essa produce. In secondo luogo, il futuro politico europeo delle immigrazioni economiche non potrà più prescindere dall'integrazione dei migranti nei paesi di accoglienza, secondo una logica di inclusione a livello civile e sociale che si sta progressivamente imponendo come complemento necessario di una politica migratoria rispettosa dei diritti della persona immigrata.

MARIELLA GUIDOTTI

MARCELLA DELLE DONNE, UMBERTO MELOTTI [a cura di], *Mediterraneo. Di qua di là dal mare Tunisia Italia*. Roma, Ediesse, 2002. 205 p.

Il volume si presenta come una raccolta piuttosto eterogenea di saggi – quasi tutti brevi – accomunati dal filo conduttore dell'interesse per le vicende migratorie della comunità tunisina in Italia. Visto il titolo così ampiamente "mediterraneo" del libro, rimane il

dubbio che, nonostante la maggior parte dei saggi tratti in effetti esclusivamente dell'emigrazione tunisina, l'intento dei curatori sia stato quello di presentare uno studio di caso di per sé naturalmente circoscritto (una indagine incrociata fra comunità d'arrivo/Mazara del Vallo e comunità d'origine-ritorno/Mahdia) come spunto per riflessioni dalle pretese molto più generali sulla convivenza e la cooperazione infra-mediterranee e "da sponda a sponda". A parte la limitatezza di questo approccio "a sponde" (che andava di moda, è vero, all'inizio degli anni Novanta) quando si tratta di questioni politiche e sociali di portata mediterranea, è importante per il lettore tenere presente che il valore conoscitivo degli studi di caso non può essere disgiunto dalla loro specificità, che a volte suggerisce elementi utili per ulteriori studi e ricerche, ma in nessun caso può essere assunto a "paradigma".

Nella prima parte – *I tunisini attraverso il Mediterraneo: storia, esperienze migratorie, ritorno* – che dovrebbe raccontare l'emigrazione tunisina vista dalla Tunisia, è di indubbio interesse la pubblicazione di contributi di studiosi locali. Anche se a tratti il taglio didascalico dell'esposizione o il fatto che i dati citati risalgano agli anni Settanta può lasciare perplessi, è sempre utile ricordare al pubblico italiano che nei paesi in via di sviluppo esistono in ambito accademico filoni di ricerca e riflessione sulle migrazioni che offrono occasione per un raro *insight* nel mondo complesso dell'auto-rappresentazione e dell'auto-narrazione delle società d'origine delle comunità immigrate in Italia. Ugualmente perplessi lascia il saggio della curatrice, una specie di taccuino narrativo e sognante di una vacanza tunisina che però, nell'intento di chi scrive e nelle aspettative di chi legge, dovrebbe presentare e argomentare i risultati della ricerca sul campo sulla comunità di ex emigrati in Italia ritornati a Mahdia. Sono di particolare rilievo, invece, il saggio di M. Kraiem sull'idea di modernità e i limiti della modernizzazione, la disamina delle teorie sull'emigrazione di ritorno svolta da K. Taamallah e la ricostruzione della storia delle relazioni bilaterali fra Tunisia e paesi importatori di manodopera curata da I. Amri.

Nella seconda parte – *I tunisini tra noi* – spicca senz'altro per ampiezza dell'impostazione e accuratezza del lavoro il repertorio bibliografico sull'immigrazione tunisina in Italia curato da O. Schimdt e D. Zindato, vera e propria rassegna completa e aggiornata di tutte le pubblicazioni scientifiche sul tema, comprendente anche numerosi lavori inediti di ricerca, come tesi di laurea, *draft* di comunicazioni ai convegni e *report*. Interessante anche il contributo di R. Gritti sull'Islam "italiano", per quanto il ruolo attribuito agli italiani convertiti – in mancanza di dati precisi che possano contrastare la percezione diffusa – appaia in qualche modo esagerato. Sempre accurato e coerente F. Carchedi, che fa il punto sociale e numerico sulla presenza tunisina in Italia, mentre i contributi di R. De Angelis e S. Mellina rientrano anch'essi in quella categoria abbastanza fastidiosa della pseudo-narrativa, di movenza scientifica rispettivamente etnografica e etnopsichiatrica.

Complessivamente il libro non si può definire una lettura indispensabile, né come introduzione allo studio dei movimenti migratori trans-mediterranei né come approfondimento rispetto alla questione specifica dell'immigrazione tunisina in Italia. Rimangono alcuni spunti significativi, fra cui l'attenzione alle migrazioni di ritorno e al pendolarismo internazionale, fenomeni potenzialmente interessanti nella prospettiva di un collegamento politico e strategico fra gestione delle rimesse e valorizzazione delle "risorse migranti". Alcuni dei saggi, inoltre, sono sicuramente utili punti di partenza per nuovi percorsi di ricerca.

SERENA VITALE

JAVIER GROSSUTTI, FRANCESCO MICELLI (a cura di), *L'altra Tavagnacco. L'emigrazione friulana in Francia tra le due guerre*. Tavagnacco, Comune di Tavagnacco, 2003. XV, 238 p.

Negli ultimi decenni la storiografia sull'emigrazione friulana si è venuta costituendo come uno dei filoni maggiori, quantitativamente e qualitativamente, degli studi sulle partenze dall'Italia. In tale successo ha pesato la stessa dinamica dell'emigrazione friulana. Quest'ultima si è infatti saputa rinnovare di continuo: da una mobilità all'interno dell'impero asburgico, caratteristica del periodo tra antico regime e prima guerra mondiale, è passata all'apertura verso l'America latina e verso altre mete europee, infine ha allargato definitivamente il raggio geografico tra esodo del secondo dopoguerra e migrazioni specializzate del secondo Novecento. Non ha, però, per questo perso i contatti con i luoghi d'origine, né con le successive tappe migratorie: anzi ha tessuto attorno al globo una rete di comunità, di associazioni e di studiosi, che tutt'oggi ha un notevole peso specifico, sia sul piano economico, sia su quello scientifico. Tanto per dirne una, proprio questo meccanismo delle relazioni strette fra luoghi di partenza e di arrivo ha, in un primo tempo, favorito lo sviluppo dell'epistolografia migratoria e, in un secondo tempo, convinto gli studiosi a mettere in evidenza tale fenomeno (si pensi al fortunato e importante volume a cura di Adriano D'Agostin e Javier Grossutti, *Ti ho spedito lire cento. Le stagioni di Luigi Piccoli, emigrante friulano. Lettere ai famigliari (1905-1915)*, Pordenone, Biblioteca dell'immagine, 1997).

Dal pionieristico lavoro di Gino Di Caporiacco su *Storia e statistica dell'emigrazione dal Friuli e dalla Carnia* (Udine, Edizione del Friuli Nuovo, 1967-1969) la produzione sulle partenze dal Friuli ha dunque fatto molta strada. In particolare ha sviluppato la capacità di affrontare temi in precedenza e da altri poco sviluppati. Basti qui ricordare, per fare soltanto due esempi, le innovative esplorazioni delle migrazioni giovanili e di quelle femminili. In particolare, per le prime si leggano i contributi di Matteo Ermacora (*La scuola del la-*

voro. *Lavoro minorile ed emigrazione in Friuli (1900-1916)*, Udine, ERMI, 1999, e *Il lavoro dei ragazzi friulani dall'età giolittiana alla Grande Guerra*, in *Lavoro ed emigrazione minorile dall'Unità alla Grande guerra*, a cura di Bruna Bianchi e Adriana Lotto, Venezia, Ateneo Veneto, 2000, pp. 103-145) e di Francesco Micelli (*L'emigrazione temporanea friulana e la mobilità femminile tra 1900 e 1915*, «Studi Trentini di Scienze Storiche», LXXVII, 3, 1998, pp. 335-342).

Un altro settore nel quale gli studiosi friulani sono da tempo al lavoro è quello dell'emigrazione politica. Come è già stato discusso (cfr. Matteo Sanfilippo, *Problemi di storiografia dell'emigrazione italiana*, Viterbo, Sette Città, 2002), questo è un campo molto dibattuto. Non vi è infatti unanimità sul peso specifico delle motivazioni politiche e di quelle economiche nelle dinamiche migratorie. E proprio a ragione di questa incertezza l'attuale contributo sull'emigrazione friulana in Francia è benvenuto: molti autori si pongono infatti il problema dei rapporti tra le due motivazioni e sottolineano, ragionevolmente, come esse abbiano contribuito in egual misura. Si parte da Tavagnacco perché non si trova lavoro, ma non si trova lavoro perché si è esposti politicamente; o, ancora, si parte perché si vive male, anche a ragione dello scontento politico, che rende difficile sopportare il regime e alla lunga rischia di far perdere il lavoro. Di certo alcune partenze sono più politiche di altre, basti pensare ai friulani che vanno a combattere in Spagna (Marco Puppini, *Antifascisti friulani, giuliani, istriani alla guerra civile spagnola* (1936-1939), Udine, Istituto Friulano di Storia del Movimento di Liberazione, 1986). Ma tutte hanno un sottofondo politico, come, spesso, scoprono le indagini di polizia al momento della richiesta di passaporto. Inoltre anche chi parte per combattere ha presto o tardi bisogno di un lavoro: così chi è sopravvissuto alla guerra civile spagnola, tenta infine di trovare un impiego in Francia, come segnala lo stesso Puppini nel suo contributo a *L'altra Tavagnacco*.

Naturalmente il centro di quest'ultimo volume non è soltanto dato dalla disamina del rapporto tra motivazioni politiche ed economiche delle partenze. Vi sono molti altri temi rilevanti, che sono debitamente approfonditi. In primo luogo i due curatori, Francesco Micelli e Javier Grossutti, studiano lo spostamento dalle mete tradizionali (territori dell'ex-impero asburgico) o comunque già sfruttate nel tardo Ottocento (America latina, in particolare Argentina) ai nuovi obiettivi europei (cioè la Francia, ma anche, inaspettatamente, la Romania). L'introduzione storiografica di Emilio Franzina, il saggio di Antonio Bechelloni sugli italiani in Francia tra le due guerre e tra esilio politico e migrazione di lavoro e quello di Mariella Colin sull'immigrazione in Normandia insistono invece sul ruolo del fascismo nella vicenda migratoria. Il regime non si rivela soltanto come la molla di molte partenze, ma diviene anche struttura d'irregimentazione e divisione delle comunità: il tentativo di fascistizzare gli emigranti tramite i fasci all'estero causa infatti una conseguente, a volte violenta, reazione. Infine i testi restanti asseverano il rilievo

da dare alle storie di vita e alla loro documentazione nel ricostruire micro-processi diasporici. Nel volume i singoli temi sono infatti approfonditi da saggi e da testimonianze. I primi usano sia la documentazione classica, in particolare i fondi del Casellario nell'Archivio Centrale dello Stato (Ariella Verrocchio), sia gli interventi autobiografici (Novella Cantarutti e Nidia Stella) e le interviste (a Euno Angeli di Marc Margarit e ad Amata Bruna Comuzzo di Javier Grossutti). Inoltre alcuni brevi saggi puntualizzano fonti particolari, quali per esempio la stampa cattolica (Cristina Burcheri) e gli archivi del comune di Tavagnacco (Sabina Francescato).

Proprio l'abile miscela di testi lunghi e brevi, riflessioni e testimonianze garantisce un'ordinata polifonia e permette d'inquadrare l'ampiezza del fenomeno studiato. *L'altra Tavagnacco* si rivela quindi uno dei migliori volumi collettivi di storia dell'emigrazione italiana apparsi in questi ultimi anni.

MATTEO SANFILIPPO

MARIA IMMACOLATA MACIOTI, ENRICO PUGLIESE, *L'esperienza migratoria. Immigrati e rifugiati in Italia*, Roma - Bari, Laterza, 2003. ix, 279 p.

Il lavoro offre un accurato sguardo d'insieme sulla complessa realtà migratoria in Italia con particolare riferimento alla bipartizione tra rifugiati e non. Partendo da un *excursus* sui fenomeni migratori nel mondo contemporaneo, gli autori individuano nelle implicazioni socio-politiche e macro-economiche poste in essere dalla globalizzazione le cause dell'interdipendenza tra paesi o continenti ospitanti, come gli Usa e l'Europa, e paesi o continenti emissari di immigrati, come l'Africa, l'India o la Cina, una volta terminata l'epoca delle migrazioni europee transoceaniche. A determinare l'arrivo di immigrati sul suolo dei paesi ricchi non è, allora, soltanto la mancanza di una domanda di lavoro locale , ma un rapporto preciso tra risorse e popolazione che mette sempre più in difficoltà intere aree del globo, dal momento che in esse non allignano politiche economiche di lungo periodo, né vi si radica una pianificazione demografica efficace. Per contro, da parte dei paesi ospitanti la risposta trasversalmente unanime è l'attuazione di politiche restrittive degli ingressi e dei soggiorni regolari, fatto che innalza sensibilmente la possibilità di ogni singolo migrante di cadere nella clandestinità, a prescindere dall'effettivo andamento della domanda di lavoro.

Questa chiusura concertata delle frontiere è tra i fattori che, secondo Macioti e Pugliese, spiegano "anche perché in Italia una significativa presenza di lavoratori illegali o clandestini abbia rappresentato una costante" (p. 22) sin dagli esordi dell'immigrazione. Inoltre la presenza regolare mostra caratteristiche proprie dell'epoca globalizzata: una crescente differenziazione etnica e nazionale delle presenze, una struttura per età in netto contrasto con quella della

popolazione italiana, un incremento sostanzioso degli studenti stranieri, una costante femminilizzazione nelle grandi città, un aumento dei nuclei familiari stranieri. Gli autori definiscono, pertanto, a partire proprio da questi fattori "il processo di incorporazione degli immigrati nella società italiana" (p. 35), avviato negli anni novanta e noto grazie ad un'osservazione più puntuale da parte dell'Istat, come descritto nell'Appendice al capitolo secondo.

A consentire l'inserimento occupazionale degli immigrati contribuisce, secondo gli autori, il ruolo giocato dalla terziarizzazione delle economie post-industriali e dalla "informalizzazione dell'economia" (p. 55) che si sviluppa attraverso le reti dell'imprenditoria etnica (*ethnic business*) e grazie alla diffusione di forme sempre più accentuate di flessibilità occupazionale anche nelle aree industriali dei paesi di accoglienza. In altri termini, gli autori pongono l'accento su un processo storico di emancipazione della produzione dal modello fordista, che trova negli immigrati soggetti capaci di soddisfare la domanda sommersa di lavoro nel momento in cui "cambia la proporzione tra lavori a basso e ad alto livello di qualificazione" (p. 60). Pertanto, l'immigrato passa da uno stadio iniziale di attività solamente produttiva a uno di coinvolgimento a pieno titolo nel ciclo economico attraverso il consumo, in seguito al prolungarsi del soggiorno e al modificarsi delle "aspettative nei confronti della società" (p. 61) ospitante. La situazione italiana, così come fotografata nel testo, vede una forte concentrazione di immigrati con permesso di lavoro al Nord, 56%, contro il 29% del Centro e poco più del 15% del Sud. Tale dato, se aggregato alle iscrizioni dei lavoratori immigrati presso l'Inps, ne confermerebbe "il processo di stabilizzazione" (p. 67) in atto. Si rileva infatti una presenza sempre più compatta di lavoratori immigrati nelle industrie manifatturiere, nell'edilizia e in agricoltura, oltre che nel settore domestico, dove la manodopera immigrata si è impiantata da più tempo.

Gli autori distinguono tra "paesi tradizionali d'immigrazione" (p. 91) come la Francia, la Germania e gli USA, e paesi di recente immigrazione, come l'Italia e la Spagna, quando è richiesta una disamina sulle politiche d'inclusione sociale messe in atto dai paesi di accoglienza. Essi concordano sull'idea che, a fronte di una convergenza internazionale sulla restrizione delle cosiddette politiche dell'immigrazione (*immigration policies*), non vi è, invece, concertazione sulle politiche sociali (*immigrant policies*). Il caso italiano s'inserisce nel quadro di atteggiamenti legislativi di parziale apertura all'immigrazione (dalla legge 943 del 1987 in poi) attraverso la dotazione di strumenti atti a favorire l'integrazione degli immigrati, senza riuscire peraltro a verificare i risultati realmente ottenuti dalle politiche di inclusione anche a causa di uno scollamento tra norme e applicabilità delle stesse. Inoltre, l'entrata in vigore della cosiddetta legge Bossi-Fini sembra aver generato ulteriore difficoltà negando la permanenza regolare in caso di licenziamento o dimissioni "in un mercato del lavoro dinamico [dove] è difficile che una

persona resti agganciata a un determinato lavoro" (p. 101). Pertanto in Italia si è creata negli ultimi anni una separazione di fatto tra immigrati regolari e irregolari – i "meritevoli e non meritevoli" (p. 105) – che non tiene conto della permanenza sul territorio e del contributo offerto da molti irregolari all'economia nazionale prima della loro caduta o ricaduta in una situazione di clandestinità, cioè al di sotto di quella che gli autori chiamano in maniera assai efficace "soglia della meritevolezza" (p. 106) dei diritti sociali.

Altro argomento delineato nel testo riguarda la femminilizzazione dell'immigrazione, aspetto strutturale del fenomeno migratorio verso l'Italia sin dalle origini. Se un tempo erano donne cattoliche filippine, eritree, capoverdiane o sudamericane ad essere condotte in Italia grazie ad alcuni istituti religiosi, oggigiorno il ventaglio dei paesi di provenienza si è aperto notevolmente, consentendo arrivi, ricongiungimenti familiari e matrimoni misti sempre più spesso sollecitati dalle donne stesse. È anche grazie al variegato mondo dell'associazionismo immigrato e femminile che l'Italia vive il proliferare di iniziative culturali tendenti a inserire la donna immigrata nei ruoli che le competono nella società di accoglienza, fatto che rappresenta indubbiamente "un'ulteriore conferma della maturità dei flussi, della tendenza al radicamento di una larga parte di immigrati, uomini e donne, in Italia" (p. 129). Aspetto connesso al precedente e diffusamente trattato nel testo è quello dello sfruttamento della prostituzione di donne immigrate, che favorisce la diffusione da parte della stampa di opinioni di senso comune sulla presunta immoralità di alcune nazionalità rispetto ad altre. Gli autori sottolineano come all'umiliazione fisica spesso si aggiunga il peso dell'umiliazione morale anche da parte delle famiglie di origine. Di altro genere, più strettamente sanitario e culturale, sono le preoccupazioni degli autori riguardo al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili subite da un numero ancora ignoto di donne immigrate in Italia, preoccupazioni che ricalcano quelle della Conferenza di Pechino per la salute mentale e fisica di queste donne.

Allorquando si parla di immigrazione, si è solitamente portati a parlare di conflitto tra religioni ed in particolare tra cattolicesimo e islamismo. Al contrario, Macioti e Pugliese affrontano il problema nel sesto capitolo ridefinendo l'oggetto del contendere ed attenendosi ad un dato di fatto: la profonda ignoranza europea verso la storia dei musulmani. Ignoranza che esclude la possibilità di una conoscenza accurata del fenomeno islamico che si presenta molto più articolato di quanto si sia portati a credere. L'atteggiamento dei *media* ha favorito la diffusione di luoghi comuni difficili da debellare ed in forte contrasto con la realtà policentrica e multiconfessionale dell'immigrazione in Italia, realtà che comprende immigrati di confessione induista e buddista, tra le altre, e che, se conosciuta, porterebbe a ridimensionare la conflittualità e la reciproca incomprensione confessionale.

Gli autori guardano, inoltre, al fenomeno dei rifugiati tratteggiando una storia concisa delle agenzie internazionali che se ne sono occupate nel corso del ventesimo secolo e delle crisi che hanno portato ad esodi verso l'Europa. L'Italia accoglie dal 1990 rifugiati e profughi provenienti anche da aree del pianeta diverse da quella europea, tuttavia essa arrivava ad ospitarne appena 23.000 nel 2000, in controtendenza rispetto a paesi come la Germania. Per l'Italia, gli autori rilevano, purtroppo, "la mancanza di una normativa organica in materia di asilo" (p. 182), quantunque sollecitata dall'Unhcr e dal Cir.

In chiusura, gli autori rivolgono l'attenzione all'uso delle "narrazioni" nella comunicazione dell'immigrazione. Queste testimonianze sono il segnale di una crescita dei bisogni di comunicazione da parte dei migranti e delle generazioni successive, come testimoniato dagli esempi di Tahar Ben Jelloun, Naghib Mahfouz e Salman Rushdie, solo per citare i più noti. In Italia stenta ancora ad affermarsi una letteratura in lingua o bilingue prodotta da immigrati, salvo alcune eccezioni lodevoli almeno per lo sforzo di aver raggiunto la "padronanza di una lingua per poter esprimere al meglio ciò che s'intende comunicare" (p. 228). Macioti e Pugliese definiscono questa produzione letteraria un indicatore dell'inserimento degli immigrati nella società ospite, alla stregua di altri indicatori classicamente registrati come tali e forse ormai meno pregnanti dei primi.

In conclusione, il testo risponde ad un'esigenza conoscitiva del fenomeno migratorio che travalica quella del lettore competente per chiarezza e completezza, risultando di facile lettura anche per i non addetti ai lavori. Disponendosi nel solco del precedente *Gli immigrati in Italia*, il lavoro introduce numerosi elementi di novità e di discussione avvalendosi dei contributi più recenti della letteratura nazionale e internazionale, senza mai ossequiare questa o quella teoria a scapito dell'obiettività analitica. In definitiva risulta un lavoro valido per una conoscenza non superficiale di questo importante processo sociale in atto da oltre due decenni.

LEONARDO PALMISANO

CATERINA PASQUALINO, *Dire il canto. I gitani flamencos dell'Andalusia*. Roma, Meltemi, 2003. 357 p.

Il mondo dei gitani andalusi ha sempre suscitato fantasie di libertà, indipendenza e inclinazioni artistiche. L'immagine che il senso comune popolare ne coltiva è tramata di una più o meno esplicita nostalgia per uno stile di vita che si sottrae alle rigorose discipline cui la modernità ci costringe, isterilendo fantasia e creatività. Canzoni, romanze, opere, poemi vi si riferiscono a iosa, a dimostrazione della fascinazione che quel mondo esercita incessantemente all'esterno. Questo testo espone, rielabora e riflette su un'esperienza di ricerca che ha visto l'autrice immergersi e vivere tra i gitani flamen-

cos di Jerez de la Frontera fino a trarne un racconto vivido, appassionante e a proporci un'analisi approfondita di quel mondo, originalmente filtrata dal posto che il canto e la danza hanno in quell'universo culturale. Il flamenco è interpretato dall'Autrice come "la pietra angolare dell'identità gitana" (p. 13), concepito non soltanto come mero momento di festa o espressione di un talento creativo, ma anche come la manifestazione "dell'originalità del loro sistema di pensiero" (p. 14): un sistema complesso e articolato caratterizzante una comunità che, dal suo arrivo in Spagna nel 1600, difende la propria diversità, resiste alla deriva dell'assimilazione suscitando ammirazione e rispetto nella società maggioritaria.

Il testo è organizzato in modo sistematico. Inizia con stringati ma efficaci cenni storici sulla presenza dei gitani in Andalusia, sul passaggio dal nomadismo originario alla sedentarizzazione, sulle attività economiche praticate per sostentarsi. A questo proposito, Pasqualino introduce l'argomento del rapporto tra gitani e denaro, da cui emerge l'assenza di *animus* acquisitivo. Anche il posto che l'etica del lavoro occupa nel loro orizzonte culturale emerge con limpidezza. Pur poveri e non infrequentemente poverissimi, i gitani, come del resto anche le comunità dei roma e dei sinti non spagnoli, non sopportano il lavoro manuale, detestano lavorare alle dipendenze di qualcuno, odiano gli impegni che comportino obblighi di orario (p. 123).

Nella cittadina di Jerez de la Frontera sono insediate due comunità di gitani che vivono in due quartieri diversi, hanno tradizioni diverse, atteggiamenti e comportamenti differenti di cui sono consapevoli e fieri. Questa esposizione introduttiva consente all'autrice di lasciar cadere alcune notazioni che costituiscono i primi tasselli interpretativi del senso del flamenco. Interessante ci pare il nesso tra canto flamenco e fucina, che "hanno la stessa origine. Come il vento del mantice alimenta il fuoco, così il fiato dell'uomo consente il canto" (p. 52). Così il flamenco è un canto "pervaso da una sofferenza che esprime un modo di vivere miserabile, maledetto e precario" (p. 66).

Nel mondo dei gitani il ruolo delle donne è essenziale: sono loro l'architrave che regge il peso della famiglia, ne sono spesso i *breadwinners*, sono loro che garantiscono la stabilità della famiglia, a loro è demandata l'educazione dei figli. All'uomo sono consentiti i capricci fino all'incoscienza (p. 88, 326): per fortuna il pragmatismo è tra le virtù che le donne sono obbligate a possedere in grande misura. A loro infatti è demandata la gestione dell'economia familiare. Questa posizione non è subita passivamente o mal sopportata. Le donne sono convinte che le evidenti "limitazioni loro imposte siano largamente ricompensate dal fatto che, mogli o madri che siano, incarnano, più degli uomini, l'attaccamento viscerale alla casa e alla comunità, valori che appaiono essenziali a tutti" (p. 326).

Tra i gitani fidanzamento e matrimonio costituiscono eventi importanti, occasione di celebrazioni accuratamente preparate secondo una ritualità rigorosa: sono riti fondanti e la danza e il canto, cui partecipano donne, uomini e bambini, svolgono la funzione di

rafforzamento dei legami comunitari e di consolidamento del senso d'appartenenza. La verginità della ragazza ha un valore spesso assoluto tanto che la stessa deflorazione avviene con un rito *ad hoc* che prevede l'esibizione pubblica del *panuelo*.

I capitoli dedicati al canto e alla danza sono i più affascinanti. Ne risulta la straordinaria importanza che queste due manifestazioni artistiche rivestono per i gitani: eventi ed esibizioni attraverso le quali si esprimono le profondità della loro anima, le tristezze, le malinconie, le disperazioni, ma anche l'amore e la gioia di vivere. Nel testo si forniscono le coordinate che collocano canto e danza nella cultura dei gitani. Per quanto fin da bambini vengano sollecitati a praticarlo, l'apprendimento sistematico in una scuola non è previsto: il perno di queste due arti è il talento naturale. La danza delle donne è diversa da quella degli uomini e comunque quella delle prime (sia una *buleria* o una *soleà* o una *alegria*) è più importante: la danza riguarda essenzialmente la donna, mentre il canto ("arte suprema") è un affare di uomini. Pasqualino descrive nei dettagli lo spirito che anima gli attori di danze e canti, il modo corretto di praticarli, le peculiarità. Per ambedue queste arti viene riscontrato un parallelo con la corrida di cui i gitani sono appassionati. Il canto (la *bulerìa* che si canta nei momenti d'allegria, la *soleà* che è espressione di dolore e la *siguiriya* manifestazione di disperazione) viene esplorato nei suoi temi, nelle sue parole, nella sua corretta modulazione che rimanda al titolo: il canto "si dice". Esso esprime la fratellanza maschile, dalle sue manifestazioni più vere le donne sono escluse.

È largamente noto come le celebrazioni della settimana santa abbiano un colore e una intensità originalissima in Andalusia. L'autrice dedica una dettagliata descrizione alle celebrazioni gitane da cui si risale alla loro religiosità, nella quale le immagini assumono un rilievo marcato fino a indurla a spendere il termine di iconolatria. Somiglianze e differenze con la religiosità degli andalusi non gitani (*payos*) vengono puntualizzate come pure l'"appropriazione" del Cristo e della Vergine alla loro comunità, considerata dall'autrice "un sinonimo del rilancio della rivendicazione della loro identità" (p. 209). Le processioni delle comunità gitane con i loro simulacri prendono inevitabilmente una curvatura flamenca tanto da essere condannate come paganesimo dal clero locale.

Le feste (*juergas*) costituiscono un momento di riaffermazione del sentimento di appartenenza attraverso una ritualità propria che si impernia su alcuni valori essenziali della cultura come il ruolo del maschile e femminile, la sessualità, la fecondità. Costituiscono quindi fattori di coesione e rinsaldamento dei vincoli comunitari. In questo ambito di osservazione e analisi, l'Autrice ne descrive le fasi, il ruolo dei sessi, il posto della danza e del canto. Colpiscono le pagine dedicate all'analisi del significato simbolico del grembiule femminile (come protettore della virtù delle donne) e della camicia maschile "oggetti di manipolazioni rituali destinate a favorire la fecondità delle donne" (p. 260) in quanto partecipano "di uno stesso rituale

propiziatorio di fecondità" (p. 271). In tema di sessualità Pasqualino osserva come i gitani siano rimasti estranei alla rivoluzione sessuale che invece ha investito il mondo *payo*. La donna per quanto essenziale per la vita economica della famiglia, è sottomessa fino al punto che spesso non le è consentito parlare con estranei o uscire di casa. Invece le feste sono caratterizzate da un'esplosione di sensualità femminile, veri momenti franchi, parentesi di libertà.

La voce roca nel canto è individuata come essenza della gitanitudine. Il respiro, veicolo del canto, è il filo conduttore che cuce i diversi momenti rituali delle feste. Il respiro è un principio vitale che risiede nelle viscere. "Il respiro flamenco prende in conto l'esistenza umana dalla nascita fino alla morte. Si trasmette dai morti ai vivi, poi dall'uomo alla donna e dalla donna al feto. Infine alla morte il respiro dei viventi si disperde nell'atmosfera sotto forma di vento" (p. 312).

La cultura è una realtà dinamica, soggetta a mutare nel tempo. La cultura dei gitani andalusi non può costituire un'eccezione. Il testo qui recensito è il risultato di una ricerca svolta all'inizio degli anni '90. Correttamente l'Autrice si domanda se, in un contesto generale di accelerati mutamenti materiali e culturali, la cultura dei gitani andalusi sia rimasta la stessa. Pertanto dieci anni dopo ritorna a Jerez de la Frontera, riprende i contatti, verifica. All'edizione italiana quindi aggiunge una post-fazione in cui prende atto dei cambiamenti avvenuti (mobilità orizzontale, meticciato, attività economiche). Rimane il fatto che "la musica, il canto la danza appaiono allora come una maniera di percepire e comprendere il mondo che agisce più in profondità rispetto alle contingenze economiche che li assalgono" (p. 338).

MARCO BRAZZODURO

GABRIELE POLLINI, PATRIZIA VENTURELLI CHRISTENSEN, *Migrazioni e appartenenze molteplici. Gli immigrati cinesi, filippini, ghanesi, ex-yugoslavi, marocchini, senegalesi e tunisini in Italia*. Milano, Franco Angeli, 2002. 227 p.

Insieme a *Turismo, fluidità relazionale e appartenenza territoriale* (Franco Angeli, 2002) questo volume è parte di un "dittico" dedicato al tema della mobilità territoriale e dell'appartenenza sociale. L'interrogativo sotteso all'opera e che percorre l'indagine empirico-statistica, condotta su un campione di 700 immigrati in diverse città italiane, provenienti da sette paesi (Tunisia, Marocco, Senegal e Ghana per l'Africa; Cina e Filippine per l'Asia ed ex-Yugoslavia), riguarda la possibile tensione che la mobilità territoriale – e nella fattispecie la migrazione – può rappresentare nei confronti dell'appartenenza sociale e territoriale.

Gabriele Pollini fornisce, nel primo capitolo, una prima inquadratura concettuale dell'analisi affrontando il tema dell'appartenenza sociale che si costituisce "a partire dalle relazioni di interdi-

pendenza tra le dimensioni dell'attaccamento, della lealtà, della solidarietà e del senso di affinità, secondo i percorsi possibili che vanno dall'attaccamento al senso di affinità o sentimento del noi e da quest'ultimo all'attaccamento, passando per le componenti intermedie della lealtà e della solidarietà" (p. 18). Ripercorre poi quei contributi teorici in cui la condizione di mobilità territoriale del migrante non è necessariamente incompatibile con la condizione dell'appartenenza sociale, ma richiede piuttosto la riformulazione di quest'ultima nell'ambito del concetto di "sistema di appartenenze molteplici": l'uomo marginale di Robert K. Merton (p. 24) il quale individua delle gradazioni intermedie dell'appartenenza sociale, e la teoria de "il mondo intermedio"(p. 25) di Andrea Hettlage, frutto di una ridefinizione dell'identità del migrante alla luce della società di arrivo, sono interpretazioni che vanno in questa direzione.

Giuseppe Scidà (II capitolo) introduce, invece, il concetto di *trasmigranti*, con il quale intende cogliere la particolarità delle migrazioni contemporanee: la migrazione non è più cesura dolorosa tra luogo di partenza e di arrivo, iato del prima e del dopo nella vita del migrante; si configura invece all'interno di un reticolo di relazioni vecchie (del prima) e nuove (del dopo) dai contorni variabili, familiari, etnici, economici e religiosi, la cui geometria non segue però le linee di confine dello Stato di partenza e di quello di arrivo. Relazioni multiple tra culture, luoghi, paesi sembrano incrociarsi e caratterizzare le sei storie individuali di trasmigrazione raccontate dall'autore, che fanno dire all'egiziano Samir, vissuto in occidente, divenuto padre gesuita in Francia, di cultura araba e musulmana, e che vive infine in Germania: "non è più tempo di monoculture" (p. 93). Alcune delle storie raccolte da Scidà sono fatte di percorsi e passaggi non comuni (è tale per esempio la biografia del gesuita egiziano); altre, invece, avvengono nel quadro di una migrazione tradizionale e nella ricerca di migliori condizioni di vita, a cui la globalizzazione economica e la crescente mobilità umana, aggiungono però lo slancio necessario per valorizzare la dimensione di origine, attraverso la creazione e il rafforzamento di reti, e permettono relazioni più fluide con la società di arrivo.

Conosciamo, poi, dalla stessa presentazione dell'indagine (III capitolo) di Patrizia Venturelli Christensen che la presenza degli immigrati in Italia è fortemente eterogenea per provenienza, per lingua, per progetto migratorio ed aspettative nei confronti dell'esperienza di emigrazione. Questo determina ovviamente aspettative di diverso genere, cui corrispondono gradi diversi di soddisfazione, che influenzano a loro volta l'immagine che gli immigrati si costruiscono del paese d'arrivo e della società d'accoglienza. A conclusione di questa indagine-campione ricca ed articolata, e proprio a partire dalla complessità ed eterogeneità del fenomeno immigrazione, Venturelli sostiene la necessità di un approfondimento degli studi in questo senso, imprescindibile contributo alla pianificazione di politiche mirate ad una società "multiculturale" e coesa. A partire dai dati

dell'indagine (da non generalizzare, soprattutto su un tema così delicato), Gabriele Pollini, attraverso l'analisi delle correlazioni lineari semplici e l'analisi fattoriale, indaga la "propensione alla cittadinanza" e le diverse forme dell'appartenenza sociale e socio-territoriale (IV capitolo).

Infine, Patrizia Venturelli Christensen e Geert Laier Christensen, servendosi di una selezione di dati della ricerca, cercano di individuare alcuni fattori di misurazione dell'integrazione. La formulazione di quattro ipotesi di partenza e di un modello di misurazione definito casuale, hanno dato solo in parte i risultati sperati. Sembra infatti che, a differenza di quanto inizialmente ipotizzato, solo l'orientamento positivo verso le caratteristiche economiche della società ospitante (lavoro, benessere) influisca positivamente sulla propensione all'integrazione, mentre la separatezza culturale o le condizioni ambientali (paesaggio, clima, igiene) non sarebbero altrettanto significative.

Nelle conclusioni, Gabriele Pollini torna sul tema dell'appartenenza sociale, sostenendo che la nozione di *transnazionali o trasmigranti* nasconde una debolezza, poiché si riferisce unicamente all'appartenenza socio-territoriale che definisce l'identità nazionale. Più adeguato potrebbe essere invece il concetto di sistema di appartenenze molteplici, in cui sono incluse anche le appartenenze familiari, parentali, religiose, etniche, professionali e così via, tutte in una condizione di interdipendenza tra loro, e ugualmente non disgiunte dall'appartenenza transnazionale dei nuovi *trasmigranti*. Alla visione unidimensionale del lavoratore immigrato si sostituisce d'incanto un complesso scenario sociale, culturale, umano che lo "reintegra" in una prospettiva di analisi e di vita e chiama le politiche ad interventi che favoriscano tutte le *interdipendenze* proprie del percorso dell'appartenenza. Da un diverso sguardo, la propensione all'inclusione sociale può essere più correttamente attribuita anche alla società e alle sue politiche piuttosto che unilateralmente all'individuo e al suo sistema di appartenenze.

Si tratta di un saggio senza dubbio utile, che pone questioni non solo "accademiche" ma attinenti ai concreti risvolti di vita dei protagonisti delle migrazioni contemporanee.

GERMANA MONADI

ALEXIAN SANTINO SPINELLI, *Baro romano drom. La lunga strada dei rom, sinti, kale, manouches e romanichals*. Roma, Melteni, 2003. 191 p.

L'immagine più diffusa degli zingari è connotata in senso fortemente derogatorio. Le rappresentazioni collettive di questa etnia transnazionale sono caratterizzate prevalentemente da diffidenza e ostilità. Il senso comune ne percepisce la diversità e opera indebitamente una rigida e schematica generalizzazione di comportamenti (la mendicità, l'illegalità) che a una conoscenza meno superficiale appare informata a inveterati pregiudizi e tenaci discriminazioni. Nella migliore delle ipotesi il mondo zingaro è riguardato con occhi e atteggiamenti pietistici

che lo riducono a una mera questione di politica sociale ovvero di contrasto e alleviamento di una condizione di diffusa e acuta povertà che genera marginalizzazione economica ed esclusione sociale. Ma il mondo zingaro – o meglio dei roma, sinti, kalè, manouches e romanichels, come più precisamente si dovrebbero denominare i gruppi più importanti che ne compongono il variegato arcipelago – ha alle spalle una tradizione ricca, una storia nobile e rintraccia le sue origini nell'India nord-occidentale. Gli zingari costituiscono un popolo dotato di una sua cultura, di una sua arte, di una sua propria intellettualità e il contributo che esso ha apportato all'umanità, specialmente sul versante della creazione artistica – si pensi alla musica e alla poesia – è di valore assoluto per quanto largamente misconosciuto. L'autore di questo testo, agile e di appassionante lettura, è appunto un esponente del mondo artistico e intellettuale *romanò*: apprezzato musicista, è anche poeta e autore teatrale oltre a essere impegnato a valorizzare la cultura del suo popolo attraverso una rivista e l'insegnamento universitario.

Il testo che qui recensiamo si apprezza innanzitutto perché è la prima volta che un intellettuale *romanò* scrive – con passione – della storia, della cultura, degli stili di vita del suo popolo. Lavori sul mondo zingaro esistono, anche se di diverso livello, ma questo è il primo che, almeno in Italia, assume un punto di vista interno. Non è quindi un lavoro *gagiò* (= non rom), ma un testo che associa al rigore metodologico dell'approccio storiografico e antropologico la passione dell'esponente consapevole e documentato di una minoranza etnica discriminata, perseguitata, che alza la sua voce a rivendicare la ricchezza culturale e la dignità offesa di un popolo nobile.

Più di metà del testo indugia, giustamente, sulle intricate vicissitudini storiche del popolo *romanò* a partire dagli studi linguistici che hanno permesso di identificare nell'India la regione di provenienza sul fondamento dell'affinità dei vari dialetti tuttora parlati, che appunto registrano la persistenza di un patrimonio lessicale affine al sanscrito. Questa storia è segnata da un lento spostamento dall'India alla Persia per poi indirizzarsi all'Europa orientale, occidentale e settentrionale. Oggi gli zingari sono presenti in tutti i continenti, Australia, Argentina e Canada compresi.

Il testo è evidentemente destinato a un pubblico colto e curioso, ma non di specialisti, pertanto espone sinteticamente le acquisizioni scientifiche ormai consolidate su quel mondo. Non poteva mancare l'illustrazione del perché di quel nome "zingari". Qui l'autore denuncia in termini decisi le connotazioni derogatorie associate dal senso comune a quel termine, che viene alla luce all'esterno del popolo *romanò*, confermando una consolidata acquisizione antropologica: il potere di etichettare gli altri è una forma di dominio e di controllo repressivo. Molti di coloro che si rendono conto di quanta carica negativa possegga il termine "zingaro" nel linguaggio corrente, volendosene dissociare, ricorrono al più neutrale "nomadi". Ma anche in questo caso l'operazione è scorretta: infatti ai nostri giorni solo un'esigua minoranza tra le popolazioni *romanì*, come Spinelli suggerisce di

chiamarle, pratica il nomadismo che si è sempre configurato come una risposta adattiva a situazioni esterne di persecuzione o difficoltà di sopravvivenza. I nazisti che applicarono una politica di sterminio sistematico anche contro gli zingari (nonostante fossero più ariani di loro), li assoggettarono a pseudo studi antropologici, giungendo a sostenere di aver individuato il gene del nomadismo. Niente di più falso: il gene del nomadismo non esiste e la pratica del nomadismo si spiega interamente ricorrendo a categorie dell'antropologia culturale. Oggi che le persecuzioni, almeno in linea di principio, sono state abbandonate e le condizioni economiche sono migliorate, il nomadismo tende a scomparire.

Il termine "nomadi" è rifiutato dall'autore non tanto perché evoca una realtà superata quanto per la sua implicita valenza di "proiettare la popolazione *romanì* in una realtà lontana ed estranea, perpetuando psicologicamente sentimenti di timore ed avversione" (p. 54). Approfondendo questa prospettiva critica, Spinelli denuncia una "volontà di annientamento" di cui sarebbe manifestazione eloquente la politica dei "campi nomadi" che "diventano veri e propri lager di sterminio dei giorni nostri e l'emblema della segregazione razziale da parte delle società opulente" (p. 57). Oltre alla politica dei campi nomadi nel testo viene riservato un giudizio aspro anche alle associazioni pro-zingari alle quali è dedicato un paragrafo dal titolo eloquente: "Ziganopoli" poi spiegato col drenaggio delle risorse economiche pubbliche da esse operato. Chi pratica il mondo delle popolazioni *romanì*, specialmente quelle costrette a vivere in quei ricettacoli di degrado che prima o poi diventano i campi nomadi attrezzati, sa che questa critica è ricorrente. Gli interventi di politica sociale vengono condannati in blocco, al di là delle eventuali buone intenzioni, come strumenti ascrivibili alla categoria del "becero assistenzialismo" o in quella dell'assimilazione.

I capitoli dedicati all'organizzazione sociale ed alla cultura, ancorché stringati per evitare un eccessivo appesantimento del testo, suscitano un particolare interesse anche perché visti dall'interno. Rivendicata l'appartenenza a una "nazione transnazionale" Spinelli ne delinea il profilo come "società semplice, precapitalistica in cui i rapporti tra gli individui vertono sugli elementari concetti di 'dare, avere e ricambiare', regolati dalla morale dell'onore" (p. 102). Qui non c'è lo spazio per riferire dei vari aspetti presi in considerazione: basti citare la messa a fuoco della famiglia come architrave del sistema sociale, la flessibilità dei modelli di vita, indotta dalla memoria del nomadismo la cui pratica esige tenui legami col territorio e con gli oggetti d'uso. Lo scarso attaccamento agli oggetti materiali è tuttora presente nel comportamento dei roma e desta la meraviglia dei *gagè* tra i quali viceversa è diffuso il valore dell'acquisività.

I concetti di spazio e tempo spiegano una serie di comportamenti che potrebbero risultare poco comprensibili e che danno conto di certe differenze con la società accogliente. Centrali nella loro cultura sono l'onore e il prestigio che in una società non acquisitiva fondano anche la gerarchia sociale, alla cui strutturazione è estranea la ricchezza e

comunque le categorie economiche. La società è maschilista, almeno agli occhi dei *gagè* così appare. L'autore preferisce parlare di differenti funzioni e ruoli derivanti dalle differenze sessuali e su di essi si sofferma fornendo esempi illuminanti. Matrimonio, verginità, alleanze familiari sono altri temi trattati: in alcuni casi si possono riscontrare convergenze con i comportamenti e i valori delle società agricole e quindi anche con ambiti della società italiana di mezzo secolo addietro. L'educazione di bambini è estremamente permissiva, il rapporto tra mondo degli adulti e mondo infantile è stretto, coinvolgente: non vi si riscontra la stessa separazione che è tipica del "nostro" modo di vedere le cose. I bambini sono molto amati, i loro bisogni accuditi, la loro autonomia rispettata. Il problema della scarsa scolarizzazione purtroppo permane un nodo irrisolto, ma questo è un altro tema e ci porterebbe lontano.

Vorrei concludere richiamando l'attenzione sul paragrafo che l'autore dedica alle "strategie di sopravvivenza". E certamente la sopravvivenza di questa etnia, assoggettata a bandi, assimilazioni forzate, persecuzioni e politiche di sterminio nel corso dei secoli, costituisce un oggetto di rilevante riflessione antropologica. In primo luogo ne rimarca la forza interiore, la capacità di attraversare indenne momenti difficili, evento che non ha potuto aver luogo senza un forte sentimento d'appartenenza, senza un profondo senso di autostima, che ha consentito di elaborare in modo consapevole o inconsapevole strategie adeguate. Spinelli, riallacciandosi a una categoria teorica dell'antropologia, include il popolo *romanò* tra i "popoli-resistenza" e individua in alcuni comportamenti, tra cui l'endogamia, l'omogeneità sociale, la clandestinità, la doppia personalità, il viaggio, le forme di queste strategie. Un aspetto del loro mondo che ostacola il processo di integrazione – nel rispetto delle diversità – è il rapporto con l'illegalità, che poi è all'origine di molti pregiudizi. Il raggiro e il furto vengono inclusi nell'ambito delle strategie di sopravvivenza e "rappresentano, così, una forma di 'guerriglia da perseguitato' e una forma di 'rivalsa'. I rom tra loro non si derubano, quindi il furto non è un tratto culturale, ma una strategia di sopravvivenza e, appunto, un'inconscia richiesta di risarcimento al *gagiò*" (p. 67). Lo stesso vale per la mendicità, anch'essa esclusa dal novero dei valori culturali, ma forma "di resistenza passiva e di ribellione pacifica" (p. 68).

Il libro fornisce un utile contributo alla conoscenza di un mondo che i *gagè* hanno il torto di aver perseguitato e verso il quale ancor oggi nutrono sentimenti di diffidenza e ostilità. Alla società maggioritaria compete la responsabilità dell'integrazione. E questo significa in primo luogo rifiutare forme esplicite ma anche implicite di assimilazione (quello che Spinelli definisce annientamento culturale) e, in secondo luogo, dar corso a politiche del lavoro, dell'abitazione, di rafforzamento culturale appropriate. Quanto siamo distanti da questi livelli minimi lo dice la inaccettabile recente esclusione del popolo *romanò* dai benefici della legge sul riconoscimento delle minoranze linguistiche.

MARCO BRAZZODURO

segnalazioni

GIOVANNI COMINELLI (a cura di), *Costruire la cittadinanza. Idee per una buona immigrazione.* Milano, Franco Angeli, 2004. 165 p.

Il libro rivolge l'attenzione alla questione del crescente ingresso di immigrati in Italia, analizzato soprattutto alla luce della legge Bossi-Fini del luglio 2002. Il volume raccoglie contributi di studiosi di varie discipline che discutono delle proposte e delle soluzioni presentate dal governo in merito alla presenza degli immigrati. Tali contributi convergono attorno a due ipotesi. Da una parte si prospetta una maggiore apertura all'immigrazione regolare sulla base anche della domanda da parte del sistema produttivo nazionale; dall'altra si propone di accelerare l'accesso alla cittadinanza degli immigrati con una nuova legge, sostituendo allo *ius sanguinis* lo *ius soli*.

Da segnalare il contributo di Paolo Bonetti, noto esperto di legislazione migratoria, che discute la disciplina degli ingressi per lavoro in Italia nell'evoluzione delle norme sull'immigrazione.

Altri articoli trattano di diritti comunitario, di politiche di immigrazione, confrontate anche con il modello USA, del problema della casa per gli immigrati, della clandestinità, dell'integrazione e via discorrendo. Ne scaturisce un volume eterogeneo sia per la materia trattata sia per la natura degli articoli che vanno da analisi puntuali e dettagliate (es. P. Bonetti) a semplici *statements* di personaggi del mondo della politica (es. A. Litta Modignani, Claudio Martelli, Emma Bonino) (MG).

CONSIGLIO TERRITORIALE PER L'IMMIGRAZIONE DELLA PROVINCIA DELL'AQUILA, *L'immigrazione nella provincia dell'Aquila. Rapporto 2003.* L'Aquila, 2004. 362 p.

Si inserisce tra le sempre più numerose iniziative delle amministrazioni locali questo Rapporto 2003 sull'immigrazione nella Provincia dell'Aquila e ci consegna un volume graficamente apprezzabile e maggiormente articolato rispetto ai tre precedenti.

Sebbene le cifre della presenza degli immigrati nella provincia dell'Aquila non siano imponenti (erano 6.932 nel 2002), è particolarmente vistoso il tasso di crescita, che nel corso del 2003 è stato del 43,1%, fino a raggiungere la cifra di 9.918 presenze. Questo aumento, sostengono i curatori, è dovuto alla regolarizzazione del 2002: "la crescita di popolazione immigrata verificatasi tra il 2002 e il 2003 è sostanzialmente pari alle 2.914 domande di sanatoria accolte in provincia" (p. 14). L'immigrazione nel territorio aquilano si caratterizza per una netta maggioranza di immigrati dall'Est europeo (le sette comunità più numerose sono tutte provenienti dall'Est, ad eccezione del Marocco), tanto che si è parlato per questa zona di "modello di insediamento a prevalenza balcanica" (p. 13).

Il 2003 in particolare è stato l'anno dei rumeni, passati da 763 a 1.293 unità, con un aumento del 75,7%, che

pone la Romania al secondo posto tra le comunità più numerose dopo la Macedonia. L'immigrazione nella Provincia dell'Aquila è giovane: i cittadini extracomunitari con meno di 18 anni rappresentano il 17,3%, vale a dire un 6,2% in più rispetto alla media nazionale.

Le tre parti in cui si articola il volume prendono in esame, oltre alla questione demografica, i dati riguardanti i principali indici di inserimento, quali il lavoro, la condizione abitativa, le questioni giudiziarie. Tra le novità di questo quarto rapporto, oltre alla sezione "Dossier dei popoli" dedicato questa volta all'Albania, è da citare il capitolo conclusivo, che individua indicatori ed indici per cercare di misurare, attraverso carte variabili, il grado di inserimento territoriale degli immigrati e il loro livello di integrazione sociale nella realtà della provincia.

Lo sforzo è quello di fornire un quadro il più possibile esaustivo dell'immigrazione nella provincia dell'Aquila, un fenomeno ormai strutturale che implica un'attenta analisi e un costante monitoraggio, al fine di predisporre interventi adeguati e realizzare politiche lungimiranti (MG).

CRISTIANO D'ANGELO, *Il libro di Rut. La forza delle donne. Commento teologico e letterario*. Bologna, EDB, 2004. 222 p.

La pubblicazione è strutturata in quattro parti, precedute dalla versione italiana CEI dell'intero libro biblico di Rut e concluse da un'appendice, che affronta l'argomento della datazione del testo. La prima sezione (Il libro di Rut tra letteratura e teologia) occupa da sola due terzi del lavoro, mentre alle due parti centrali (Il Targum di Rut; Il Midrash di Rut) vengono dedicate una ventina di pagine ciascuna e all'ultima (Dal testo biblico alla letteratura post-biblica) soltanto quattro pagine. Un tale sbilanciamento conferma l'interesse principale dell'Autore, dichiarato nel titolo della pubblicazione: l'analisi teologica e letteraria del libro di Rut. In questo modo, lo studio di Cristiano D'Angelo si presenta meno tecnico dei classici commentari biblici, ma si colloca ad un livello superiore rispetto alla semplice lettura di spiritualità biblica. Per questo, si indirizza anche ai non specialisti della Scrittura, i quali trovano comunque un campo di lavoro dove non mancano l'accuratezza e la criticità di uno studio scientifico e serio.

Scegliendo di fare una *lectio cursiva* del testo biblico, l'Autore mette a fuoco di volta in volta le questioni teologiche di maggior rilievo e discute le problematiche letterarie, in vista di una comprensione per quanto possibile completa e convincente del testo. Il risultato è un commentario ricco di esposizioni e di approfondimenti. Il lettore viene messo a contatto con un'abbondante e selezionata bibliografia, in modo particolare nelle note; soprattutto, vengono affrontati con linguaggio semplice e stile pacato quei temi che formano l'ossatura teologica del libro. Il documento viene collocato all'epoca del ritorno dall'esilio, almeno nella sua redazione finale, permettendo così che emergano argomenti di grande rilievo: i problemi di povertà e di accoglienza degli stranieri tornati dall'esilio; la difficoltà dell'integrazione con i rimasti; le domande teologiche che l'esilio aveva posto riguardanti il temporaneo abbandono da parte di Dio; il problema della retribuzione, del comportamento giusto o ingiusto; il desiderio di vedere ricostruita quell'unità politica e amministrativa che aveva rag-

giunto il vertice con la monarchia davidica e che da qui in poi comincia ad affermarsi come immagine del futuro messianico, in cui Dio la ricostruirà di nuovo per Israele. "Sono questi i problemi delle due donne, sono le domande di Noemi che esprimono a livello personale la storia tormentata di un popolo in cerca di una nuova identità, e a cui il libro di Rut a suo modo dà una risposta" (p. 42).

L'Autore si dilunga con particolare interesse sull'analisi di alcuni passaggi. Anzitutto, individua con originalità la base di tutta la vicenda biblica nel tema dello *svuotamento-riempimento*, suggerito dal ricorso al termine *ryqm* di Rut 1,21; 3,17. Poi, con raffinata accuratezza, interpreta il difficile racconto dell'incontro notturno di Rut con Booz sull'aia della battitura dell'orzo. Allo stesso modo, è appropriata e ben approfondita la distinzione tra il diritto di riscatto e la legge del levirato, nel comportamento di Booz.

La "forza delle donne", a cui si allude nel titolo della pubblicazione, fa riferimento alla decisione ferma di Rut, donna straniera, di seguire l'anziana suocera nel suo rientro in patria e, più tardi, all'audace incontro notturno con Booz, pianificato con Noemi e messo in atto da Rut con personale perspicacia. Una forza che prende corpo, infine, nella trasformazione della straniera moabita, che diventa pienamente figlia, nei riguardi di Noemi, e pienamente madre, nei confronti del popolo da cui nasceranno Davide e il Messia.

Il confronto con il *targum* e il *midrash* mettono in luce aspetti specifici dell'interpretazione rabbinica, che arricchiscono ulteriormente l'ampio orizzonte di questo straordinario libro biblico, sollevando il velo dell'innocente semplicità, che talvolta ispira la storiella, per lasciar apparire la complessa bellezza di un intreccio variopinto di questioni e di problemi.

"La storia di Rut la moabita è la storia di una trasformazione: da straniera a israelita, da maritata a vedova, da vedova a serva, da serva a sposa, da priva di figli a madre. È sorprendente la forza di iniziativa e di cambiamento di questa giovane moabita che fa di lei una delle più belle figure bibliche e della letteratura mondiale di tutti i tempi" (p. 67) (Gabriele Bentoglio).

ANTONELLA FUCECCHI, *I grandi libri dei popoli*. Bologna, EMI, 2004. 255 p.

A. Fucecchi cura per la EMI il volume conclusivo dei *Quaderni dell'Interculturalità*, una pregevole collana diretta da Antonio Nanni che ha offerto agili contributi e strumenti culturali e didattici agli operatori ma anche al semplice lettore.

Il libro presenta una scelta di opere-chiave appartenenti alle tradizioni letterarie di grandi aree continentali, partendo dall'Asia indiana, cinese, giapponese, medio-orientale per sfilare attraverso l'Europa, le Americhe, l'Oceania fino all'Africa. Vi sono rappresentati diversi generi letterari: poemi, cicli di poesie e miti, testi sacri e giuridici, raccolte di racconti: i criteri che hanno guidato tale scelta vanno ricercati nel desiderio di offrire ad un vasto pubblico la possibilità di conoscere alcune opere considerevoli che costituiscono il patrimonio culturale di diversi gruppi umani.

L'opera è strutturata in modo da servire come strumento di conoscenza e di studio: offre innanzitutto la genesi di ogni testo, ne illustra il contenuto, ne presenta un breve brano antologico e indica alcuni riferimenti bibliografici, utili per approfondimenti personali.

Si tratta di un libro valido per ogni biblioteca interculturale: uno strumento operativo che può aprire a prospettive "mondialiste", in vista di un futuro non troppo lontano in cui le culture nazionali non potranno esaurire il patrimonio di conoscenza individuale, che dovrà invece aprirsi ad uno sguardo planetario (MG).

LUIGI PADOVESE (a cura di), *Pellegrini e forestieri*. Bologna, EDB, 2004. 290 p.

L'istituto francescano di spiritualità del Pontificio ateneo Antonianum di Roma avvia una nuova collana con questo volume, curato da Luigi Padovese. Si tratta della raccolta di contributi del Convegno, tenutosi all'Antonianum il 2-3 dicembre 2003, sul tema: *Pellegrini e forestieri in un'epoca di mobilità. Storia e senso odierno dell'itineranza francescana.* Introdotti da una riflessione del curatore, i vari interventi tracciano diverse linee di approfondimento, seguendo differenti prospettive. Come annunciato dal titolo, l'interesse comune, che coordina l'intera pubblicazione, è il rapporto dell'Ordine francescano con la mobilità, divenuta oggi elemento strutturale in tutti gli ambiti della società. Le riflessioni iniziali analizzano le forme bibliche dell'itineranza, che offrono la base per enucleare il pensiero ispiratore di Francesco d'Assisi, riletto attraverso gli scritti del santo e la storia dell'Ordine. A questo livello emerge la centralità dell'espressione neotestamentaria, che descrive i cristiani come "stranieri e pellegrini" (1Pt 2,11), una definizione che si completa con una speciale vocazione: "Cristo patì per voi, lasciandovi un esempio, perché ne seguiate le orme" (1Pt 2,21). L'intuizione francescana, in questo orientamento, fonda sia lo statuto del religioso che assume una mentalità itinerante andando incontro al mondo, sia la missione di evangelizzare, vista come testimonianza di vita per gli altri e con gli altri.

I contributi centrali del volume offrono elementi di studio più specifici, che toccano il vissuto concreto dell'Ordine. Si va dall'elaborazione di una "ontologia" dell'itineranza in prospettiva francescana, ai significati e rapporti dell'itineranza, agli spunti per una fondazione giuridica nella legislazione del I Ordine francescano, fino alla dimensione antropologica e all'attualità dell'itineranza fraterna come forma testimoniale della fede. Qui la panoramica è davvero ampia, sempre comunque riferita all'ideale francescano concretizzato in una molteplicità di esperienze, basate su carità e povertà, in uno spirito di dialogo e di accoglienza.

La pubblicazione si chiude con due interventi provocatori. Il primo suggerisce una distinzione tra turista-vagabondo-pellegrino, invitando al recupero del senso della vita come pellegrinaggio. Il secondo accosta l'esperienza francescana al mondo dei media, soprattutto nell'ambito dell'evangelizzazione e della catechesi.

Trattandosi di un lavoro a più mani, ci si rende conto pagina dopo pagina di avere tra le mani una miniera di informazioni, di stimoli e di riflessioni non solo sul tema dell'itineranza, né soltanto sulle sue connessioni con il mondo francescano, bensì sulla complessa realtà umana, dove ciascuno, in sostanza, percepisce se stesso "in statu viatoris", cioè con lo sguardo fisso sul Creatore, nella piena solidarietà con i compagni che fanno strada con noi, portatori di un messaggio di straordinaria valenza, come dice il curatore nella sua introduzione (Gabriele Bentoglio).

EGON SINZ, *Kennelbach 1871-1900. L'immigrazione*. Trento, Provincia Autonoma di Trento, 2003. 256 p.
GIANNI POLETTI, *Emigrazione trentina in Nord America. Il caso di Storo*. Storo (TN), Editrice "Il Chiese", 2003. 144 p.

La bibliografia sull'emigrazione trentina è in continua crescita e delinea il quadro di un fenomeno affascinante per lunga durata e complessità. La maggior parte degli studiosi ha infatti messo in evidenza come quella dal Trentino sia una tipica emigrazione di montagna con lontanissime origini, in genere ricostruibili almeno dal medioevo. Inoltre il Trentino ha fatto parte dell'impero asburgico sino alla prima guerra mondiale e quindi ha partecipato non soltanto ai flussi migratori "italiani", ma anche a quelli "austriaci". Le sintesi sull'emigrazione trentina attraverso i secoli e i continenti sono ormai abbastanza numerose, ma devono sempre essere aggiornate a causa di un'incessante ricerca locale che trova sempre nuovi materiali.

Il volumetto di Poletti utilizza, per esempio, una serie di storie di singoli, ricostruite grazie al ritrovamento di lettere e di fotografie, nonché grazie alle interviste ai discendenti. Vediamo dunque come dalla valle del Chiese si parta alla fine dell'Ottocento cercando impiego nelle miniere di carbone degli Stati Uniti. Tali materiali evidenziano una piccola diaspora tra New York (il porto di arrivo) e gli stati della Pennsylvania, dell'Ohio, del Kentucky, del Colorado e del Wyoming. Questa prima fase si chiude con la grande guerra, pur se qualche ritorno è procrastinato sino agli anni Venti. Poi nel periodo fra le due guerre si assiste all'esperimento (o forse, meglio, al sogno) abortito di una colonizzazione trentina negli Stati Uniti. In seguito continuano gli scambi fra il Nuovo e il Vecchio Mondo, sigillati da una sociabilità che non soltanto avvicina gli storesi emigrati nel primo, ma anche quelli tornati dal secondo. Gli "americani di ritorno" formano infatti associazioni e organizzano celebrazioni, mentre alcuni di loro ascendono nella piccola società locale divenendone l'élite amministrativa.

Lo studio di Egon Sinz si inserisce nel più vasto studio dei legami tra il Trentino e il Voralberg (*Dal Trentino al Voralberg. Storia di una corrente migratoria tra Ottocento e Novecento*, a cura di Karl Heinz Burmeister e Robert Rollinger, Trento, Giunta della provincia autonoma, 1998). Nell'Ottocento i trentini arrivano normalmente a Kennelbach come venditori e artigiani ambulanti, ma, quando la piccola città diviene un cotonificio importante, alcuni iniziarono a trasferirsi per lavorarvi in maniera più continuata. Formano così oltre un terzo della manodopera immigrata, ma non riescono a integrarsi se non a prezzo di grandi sacrifici. I trentini, per quanto sudditi asburgici, sono infatti percepiti (e si percepiscono) come "italiani" e quindi diversi. La loro presenza è quindi cospicua, ma fluttuante (molti ripartono dopo poco) e soprattutto scarsamente accettata.

Complessivamente i due libri ritraggono una comunità con una forte propensione migratoria, in particolare per quanto concerne i movimenti a breve o a medio termine. Tale propensione porta i trentini a muoversi entro i confini dell'impero asburgico, ma anche a varcarli, tanto più che l'accoglienza nelle vicine regioni austriache non è delle migliori. In ogni caso, lo scopo del movimento non è quello di trasferirsi stabilmente, ma di integrare i redditi locali con quelli da emigrazione (Matteo Sanfilippo).

Finito di stampare nel mese di febbraio 2005

Linee guida per gli autori

Ogni saggio viene valutato dai referees di Studi Emigrazione. Con l'invio dell'articolo, viene sottinteso che l'autore è d'accordo sulla sua pubblicazione. Dal momento dell'arrivo la rivista acquisisce il diritto di prima pubblicazione; pertanto non può essere presentato ad un'altra rivista fino alla decisione circa la sua pubblicazione. Articoli o recensioni apparsi su altri periodici non vengono considerati.
La collaborazione con Studi Emigrazione è gratuita. Nel caso l'articolo venga pubblicato, tutti i diritti sono del Centro Studi Emigrazione Roma. I manoscritti, anche se non pubblicati, non si restituiscono.

Per la preparazione dei saggi

Va inviata alla Redazione di Studi Emigrazione (via posta o via mail: studiemigrazione@cser.it) il formato elettronico del saggio (max. 20 cartelle), con il testo impaginato (comprensivi di tabelle e grafici) con i seguenti criteri:
Per il testo: formato A4; interlinea 1,5; carattere Times New Roman; corpo 12; margini 2,5 cm.
Per le note: interlinea 1; carattere Times New Roman; corpo 10; vanno inserite tutte a piè di pagina.
- eventuali grafici sono da inserire su file a parte e vanno corredati delle tabelle dei dati originari sui quali poter intervenire;
- formato dei files: compatibili PC, preferibilmente ".Doc" oppure ".RTF"
- di norma non vengono pubblicate fotografie
- va allegato un riassunto dell'articolo che non superi le 20 righe, in inglese e nella lingua originale dell'articolo
- l'articolo deve essere firmato con nome, cognome, ente di appartenenza, e indirizzo e-mail

Indicazioni per il testo, note e bibliografia

- tutte le sigle usate nel testo sono da specificare per esteso almeno la prima volta. *Esempio*: CSER (Centro Studi Emigrazione Roma)
- sono da segnalare con completezza e precisione le testate e le fonti di tabelle e grafici
- non sono ammesse le citazioni degli autori nel testo (*es. Rosoli, 1986*). I riferimenti bibliografici utili vanno quindi messi obbligatoriamente in nota di piè pagina
- i riferimenti bibliografici in nota di piè pagina devono essere completi:

volume: COGNOME (Maiuscoletto) e Nome dell'autore, Titolo (*corsivo*). Luogo, Editrice, anno di pubblicazione, pagine del volume.
Esempio: ROSOLI, Gianfausto, *Insieme oltre le frontiere. Momenti e figure dell'azione della Chiesa tra gli emigrati italiani nei secoli XIX e XX*. Caltanissetta-Roma, Salvatore Sciascia Editore, 1996, 674 p.
- se diversi autori: ROSOLI, Gianfausto; PEROTTI, Antonio; FAVERO, Luigi, *Insieme oltre le frontiere*. ecc…

Contributo in un volume collettivo: COGNOME (Maiuscoletto) e Nome dell'autore/i, Titolo (corsivo). In: COGNOME (Maiuscoletto) e Nome del curatore, Titolo del volume (*corsivo*). Luogo, Editrice, anno, pagine del contributo.
Esempio: ROSOLI, Gianfausto, *Alfabetizzazione e iniziative educative per gli emigrati tra Otto e Novecento*. In: PAZZAGLIA, Luciano (a cura di), *Cattolici, educazione e trasformazioni socio-culturali in Italia tra Otto e Novecento*. Brescia, Editrice La Scuola, 1999, pp. 119-144.
Articolo di rivista: COGNOME (Maiuscoletto) e Nome dell'autore/i, Titolo (*corsivo*), «Rivista», (annata), numero, anno, pagine dell'articolo.
Esempio: ROSOLI, Gianfausto, *Religione e immigrazione negli USA: riflessioni sulla storiografia*, «Studi Emigrazione», (XXVIII), 103, 1991, pp. 291-304.
- tutti i riferimenti bibliografici vanno inseriti nelle note di piè pagina. Se fosse comunque utile indicare, alla fine dell'articolo, una specifica e complementare bibliografia questa deve seguire i criteri appena descritti, seguendo l'ordine alfabetico per autore e, nel caso di autori con più pubblicazioni, l'ordine cronologico delle pubblicazioni.

Note, discussioni, recensioni

Note, discussioni (sintesi di convegni, brevi comunicazioni, punto della situazione, ecc…) non devono superare le 5 pagine; le recensioni bibliografiche non devono superare le 3 pagine.

STUDI EMIGRAZIONE MIGRATION STUDIES

International journal of migration studies

VOLUME XLII | N. 157 | MARCH 2005

Table of contents

Migration, health, culture, rights. A lexicon to understand
edited by S. GERACI, B. MAISANO and M. MAZZETTI

L. PRENCIPE, Health: a right for all
S. GERACI, B. MAISANO, M. MAZZETTI, Migration and health. A lexicon to understand
S. GERACI, Information and rights on the medicine of migration in Italy
B. MAISANO, Transcultural medicine will be the medicine. New intercultural paths in medical science
S. GERACI, G. BAGLIO, A. DE BENEDICTIS, M. MAZZETTI, Behavior of Italian health professionals dealing with immigrant patients: a sample study
M. MARCECA, S. GERACI, M. MAZZETTI, Professional training in the medicine of migration. Notes from a ten-year experience
M. MAZZETTI, Migration, culture and health
M. MAZZETTI, Between two cultures: the growth of immigrant children in Italy
I. EL-HAMAD, C. SCARCELLA, M.C. PEZZOLI, C. SCOLARI, S. GERACI, Plague-spreader versus infected: focus on infective diseases and migration
L. TARSITANI, M. ARAGONA, B. MARTINELLI, F. COLOSIMO, B. MAISANO, S. GERACI, A hidden hardship: somatic symptoms within the immigrant patient population
S. ANTONELLI, M.C. PEZZOLI, C. SCARCELLA, M. MAZZETTI, I. EL-HAMAD, A field study on psycho-social conditions of immigrant patients utilizing the public service International Health Centre in the town of Brescia

Book reviews

CENTRO STUDI EMIGRAZIONE
Via Dandolo, 58 - 00153 Roma - Italy
Tel. 06.58.09.764 - Telefax 06.58.14.651
E-mail: studiemigrazione@cser.it - Web site: http://www.cser.it

ISSN 0039-2936 € 18,00