

COLLANA DEL LABORATORIO
DEI DIRITTI FONDAMENTALI

3.

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

LABORATORIO DEI DIRITTI FONDAMENTALI

Comitato scientifico

Pasquale De Sena, Marie-Claire Foblets, Bianca Gardella Tedeschi
Michele Graziadei, Giorgio Malinverni, Paul Tavernier

Direttore

Vladimiro Zagrebelsky

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali LDF ha iniziato la sua attività in Torino nel 2011. Il Laboratorio svolge ricerche sui diritti fondamentali, con principale attenzione alla concretezza della loro protezione nei diversi momenti, luoghi e occasioni della vita delle persone. Il Laboratorio, secondo l'insegnamento della Corte europea dei diritti umani, si cura di «diritti concreti ed effettivi e non teorici e illusori». Con le sue ricerche il Laboratorio cerca le soluzioni idonee e praticabili offerte dall'esperienza o suggerite dallo studio interdisciplinare dei diritti umani.

Le attività del Laboratorio dei Diritti Fondamentali sono sostenute dalla



LDF – Laboratorio dei Diritti Fondamentali – www.labdf.eu
Campus Luigi Einaudi, Lungodora Siena 100, 10153 Torino
e-mail: ldf@labdf.eu – tel. 0039 011 6709418 – fax 0039 011 6708205

LABORATORIO DEI DIRITTI FONDAMENTALI

La salute come diritto fondamentale:
esperienze di migranti a Torino

di
Eleonora Castagnone
Pietro Cingolani
Laura Ferrero
Anthony Olmo
Ana Cristina Vargas

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

I lettori che desiderano informarsi sui libri e sull'insieme delle attività della Società editrice il Mulino possono consultare il sito Internet: **www.mulino.it**

ISBN 978-88-15-25838-0

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata, riprodotta, archiviata, memorizzata o trasmessa in qualsiasi forma o mezzo – elettronico, meccanico, reprografico, digitale – se non nei termini previsti dalla legge che tutela il Diritto d'Autore. Per altre informazioni si veda il sito **www.mulino.it/edizioni/fotocopie**

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento a Giuseppe Costa, che ha permesso al Laboratorio dei Diritti Fondamentali di accedere ai dati del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'Azienda Sanitaria Locale TO3 e a Luisa Mondo per l'aiuto, le indicazioni e i consigli che ci ha offerto lungo il percorso.

Grazie a tutti i partecipanti della rete dei Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS) Piemonte, che sono stati un punto di riferimento costante e una preziosa fonte di informazione.

Il nostro ringraziamento va anche a Lorenzo Brunelli, presidente dell'Associazione Camminare Insieme e al loro gruppo di medici volontari e di mediatori culturali. Grazie anche a Roberto Beneduce, Simona Taliani e al gruppo di lavoro del Centro Franz Fanon.

Un sentito grazie ai coordinatori e allo staff dei servizi ambulatoriali e dei reparti ospedalieri presso cui si è svolta la nostra ricerca. Sebbene sia impossibile nominare tutte le persone che a vario titolo hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro, vorremmo comunque menzionare Mariella Baucia dei Servizi Sociali dell'Unità Spinale del Cto; Dario Boni della Cgil/Fillea edili; Margherita Busso dell'Ospedale Amedeo di Savoia e i mediatori culturali che operano nella sua struttura; Mercedes Caceres, Edelmira Reyes e Jessica Ferrero dell'Associazione Alma Mater; Lauretta Capponi dell'Urp del Cto; Rossana Cerri e Marco Grosso dell'Urp della Aou Città della Salute e della Scienza; Vittorio De Micheli e Chiara Pasqualini del Seremi di Alessandria; Riccardo Falcetta di Medicina Legale del S. Anna; Pietro Ferrero, Giulia Randazzo e Daria Iacoboni del Ccm; Paolo Franzese del Pronto Soccorso del San Giovanni Bosco; Wilma Gabutti dello Sportello lavoro dell'Asai; Patrizia Ghiani, responsabile del progetto Mamma+ presso il Gruppo Abele, Helena Igiescu e Barbara Mamone di Mamre; Cheng Ming dell'Associazione Angi; Dorothy Quilici della Cgil Filt trasportatori; Miranda Ralli del Centro Marco Cavallo; Estela Robledo del progetto Prisma; Blentj Shejab e Kassida Kairallah dell'Associazione multi-etnica di mediatori culturali - Ammi; Teresa Spadea e Raffaella Rusciani dello Scadu di Grugliasco.

Un particolare ringraziamento va anche ai responsabili e ai volontari delle associazioni Amece - Association maison d'enfant pour la culture et l'éducation; Angi - Associazione Nuova Generazione Italo-Cinese; Acist - Associazione Culturale Islamica San Salvario Torino; San Lorenzo dei Romeni e Zhi Song - Associazione Socio-Culturale Italo-Cinese.

Grazie di cuore alle nostre colleghe e collaboratrici Aurora Lo Bue e Federica Viello, che hanno dato un valido contributo al nostro lavoro, e a Elsa Ghironi e Luisa Greco che hanno portato avanti una parte del loro percorso di tesi in sinergia con la nostra ricerca.

Il più sentito ringraziamento, infine, va ai nostri interlocutori, migranti e operatori, che ci hanno dedicato il loro tempo e hanno condiviso con noi le loro esperienze e le loro storie di vita, permettendo così la realizzazione di questo volume.

Il presente volume è il frutto di un lavoro condiviso e di un costante processo di confronto interdisciplinare. L'introduzione e le conclusioni sono un prodotto collettivo e sono il frutto del lavoro di tutto il gruppo di ricerca.

- Il primo capitolo è stato scritto da Anthony Olmo.
- Il secondo capitolo è stato curato da Pietro Cingolani e Ana Cristina Vargas. In particolare, Ana Cristina Vargas ha scritto i paragrafi da 2.1 a 2.5 e Pietro Cingolani i paragrafi da 2.6 a 2.10.
- Il terzo capitolo è stato scritto da Ana Cristina Vargas.
- Il quarto capitolo è stato scritto da Eleonora Castagnone.
- Il quinto capitolo è stato scritto da Pietro Cingolani.
- Il sesto capitolo è stato scritto da Ana Cristina Vargas.
- Il settimo capitolo è stato scritto da Laura Ferrero.
- L'ottavo capitolo è stato curato da Pietro Cingolani e Laura Ferrero. Nello specifico, Laura Ferrero ha scritto i paragrafi da 8.1 a 8.3 e Pietro Cingolani i paragrafi da 8.4 a 8.6.
- I box 1, 2 e 5 sono stati curati da Anthony Olmo, mentre i box 3 e 4 sono stati curati da Eleonora Castagnone.

Indice

Prefazione, <i>di Vladimiro Zagrebelsky</i>	p. 11
Introduzione	13
I. Il diritto alla salute e la normativa in materia di accesso ai servizi sanitari, <i>di Anthony Olmo</i>	21
1. Il diritto alla salute: definizioni e fonti	22
2. Il contenuto normativo del diritto alla salute	28
3. La normativa in materia di salute e immigrazione	35
II. Sofferenza sociale e marginalità, <i>di Pietro Cingolani e Ana Cristina Vargas</i>	41
1. Migrazione e sofferenza sociale	41
2. Welfare in tempi di crisi	45
3. L'estrema marginalità sociale	50
4. Il concetto di «indigenza medica»	54
5. La comunicazione, l'informazione e il sapere autorevole	56
6. I rom. Un caso esemplare del nesso tra marginalità sociale e condizioni di salute	62
7. Dal campo al pronto soccorso. Il difficile accesso dei rom ai servizi sanitari	65
8. L'incontro tra rom e operatori e i significati della cura nell'estrema marginalità	68
9. «Questa è la loro cultura». Malintesi e pregiudizi	72
III. La salute materno-infantile, <i>di Ana Cristina Vargas</i>	83
1. La salute sessuale e riproduttiva	83
2. Gravidanza e immigrazione	89

3.	Il percorso nascita	p. 92
4.	L'assistenza durante il parto: un punto di forza	98
5.	Il post-partum, un momento critico	105
6.	Il diritto alla salute del minore straniero e la pediatria di libera scelta	111
7.	I bisogni sanitari dei minori stranieri	115
IV.	Salute e lavoro. Vulnerabilità dei lavoratori stranieri e percorsi di accesso alla salute, <i>di Eleonora Castagnone</i>	119
1.	I lavoratori migranti come categoria vulnerabile: quali implicazioni per la salute	119
2.	Incidenti sul lavoro e lavoratori irregolari: fra tutela e rischi di marginalità estrema	122
3.	L'invalidità permanente e l'articolazione del percorso riabilitativo	129
4.	Le malattie professionali: un fenomeno che fatica ad emergere	133
5.	Lo stress correlato al lavoro: <i>burn out</i> e lavoro domestico	138
6.	Curarsi o lavorare? Quando il diritto alla salute confligge con il diritto al lavoro	146
V.	Le malattie infettive, tra sindrome dell'untore e percorsi di riconoscimento, <i>di Pietro Cingolani</i>	161
1.	La presenza delle malattie infettive. Stranieri e autoctoni a confronto	161
2.	La sindrome dell'untore. La stigmatizzazione dello straniero infetto e la percezione tra i pazienti	164
3.	Malati si diventa. Il rapporto tra malattie infettive e condizioni di vita	168
4.	Comunicare, comprendere e dare senso alla malattia	171
5.	Un approccio integrato alla malattia di madri straniere	176
VI.	La mediazione interculturale e la formazione, <i>di Ana Cristina Vargas</i>	181
1.	Mediazione e interculturalità	181
2.	I mediatori culturali in ambito sanitario	187
3.	Ostacoli e problemi aperti	191
4.	La formazione	197
VII.	Dentro le reti per la salute dei migranti: tracce di welfare di comunità, <i>di Laura Ferrero</i>	201
1.	Terzo settore a Torino: una tradizione che si rinnova	201
2.	Nuovi soggetti di un welfare in trasformazione	204

<i>Indice</i>	9
3. L'associazionismo migrante come agente di accessibilità	p. 207
4. L'associazionismo migrante come agente di accettabilità	218
5. L'associazionismo migrante come agente di <i>health literacy</i>	226
VIII. La salute che attraversa i confini, di <i>Pietro Cingolani e Laura Ferrero</i>	231
1. Dalla salute locale alla salute transnazionale	231
2. Reti terapeutiche transnazionali: turisti, esiliati e pellegrini della salute	235
3. Attraversamento di confini tra gestione ordinaria e momenti di crisi	241
4. Medicine e saperi in viaggio	247
5. Specialisti in movimento	252
6. Considerazioni conclusive. Verso sistemi di cura transnazionali?	256
Conclusioni	259
Bibliografia	269

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Prefazione

Il rapporto che qui si pubblica rappresenta l'esito della seconda fase di un percorso iniziato dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF) nel 2011. Una ricerca condotta da Irene Biglino e Anthony Olmo ha prodotto il volume intitolato *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino* edito nel 2014 in questa stessa collana. Di tale volume, questo secondo riprende la cornice concettuale offerta dal contenuto normativo del diritto alla salute, sottolineando così il senso unitario che si è voluto dare alla ricerca. Nella prima fase, il lavoro condotto da ricercatori giuristi coadiuvati dall'apporto di specialisti di altre discipline, si è concentrato sull'offerta di servizi e prestazioni sanitarie disponibili per i migranti. In questa seconda fase, affidata essenzialmente ad antropologi e sociologi, è stata adottata una prospettiva complementare, attenta alla ricostruzione dell'esperienza vissuta dai migranti nel loro rapporto con i servizi sanitari. Ampio spazio è stato dato alle loro voci e alle loro narrazioni. L'intenzione che ha mosso questa seconda ricerca, nel suo rapporto con la prima, è stata quella di superare la sola dimensione della descrizione della normativa e della realtà istituzionale, sottoponendola ad un controllo di efficacia e adeguatezza che può derivare dalla ricostruzione dell'esperienza concreta dei migranti.

La fase della ricerca di cui ora si offre il risultato, è stata condotta con metodo etnografico; essa ha portato alla luce significative convergenze con quanto emerso in precedenza, ma offre un importante arricchimento conoscitivo che LDF mette a disposizione delle autorità pubbliche preposte ai servizi della salute, ai servizi sociali, al disegno e alla realizzazione delle politiche pubbliche. I risultati ottenuti e resi pubblici dai due rapporti di ricerca possono essere utili anche per coloro che operano nel vasto mondo del privato sociale, tradizionalmente tanto ricco e valido nel tessuto torinese.

L'interconnessione fra la ricerca sociale e l'ambito propriamente giuridico dei diritti umani, è il dato caratterizzante dell'attività svolta dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali, che, seguendo l'indicazione della Corte europea dei diritti umani, si occupa di «diritti concreti ed effettivi e non

teorici e illusori». Questi ultimi sono quelli scritti nelle leggi, mentre i primi sono quelli che le persone vivono o di cui patiscono la mancanza. Il contesto di marcata complessità dei profili sociali, culturali ed economici che danno corpo alla vulnerabilità del migrante (ma anche di chi migrante non è), si è dimostrato particolarmente idoneo a rendere produttiva la ricerca interdisciplinare. Ai numerosi giovani ed esperti ricercatori che, partendo dalla loro varia esperienza scientifica, sono autori di queste ricerche va il ringraziamento di LDF.

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Introduzione

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non può essere intesa semplicemente come assenza di malattia¹. Questa prospettiva implica un'interdipendenza fra corpo, mente e società, la cui tutela richiede un approccio attento alla persona nella sua complessità e al contesto in cui tale persona è immersa. Quando si affronta il tema del diritto alla salute, o meglio del diritto a raggiungere *le migliori condizioni possibili di salute fisica e mentale*, è dunque necessario trascendere il livello prettamente medico-sanitario e tener conto dell'insieme dei fattori sociali, politici, storici, economici e culturali che incidono in profondità sull'esperienza soggettiva. Questo è in linea anche con le posizioni dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, che definisce il diritto alla salute come «il diritto a un sistema sanitario efficiente e integrato, che comprenda sia gli aspetti sanitario-assistenziali, che i determinanti sociali sottesi, che sia coerente con le priorità nazionali e locali e che sia accessibile a tutti»².

La presente ricerca, condotta fra il 2012 e il 2014 da un gruppo di ricercatori del Laboratorio per i Diritti Fondamentali, ha come oggetto il diritto alla salute degli stranieri a Torino. I migranti rappresentano un gruppo sociale caratterizzato da quella che James Quesada, Laurie Hart e Philippe Bourgois hanno definito una condizione di «vulnerabilità strutturale»³, in cui è identificabile un'interdipendenza fra la biografia personale, la margi-

¹ Organizzazione mondiale della sanità, *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità*, 22 luglio 1946, Official Records of the World Health Organization, n. 2, 1948, p. 100, preambolo. Resa esecutiva con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068, *Gazzetta ufficiale* n. 236 del 1° ottobre 1947, suppl. ord. n. 2360.

² Organizzazione delle Nazioni Unite, *The United Nations Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, 2006, Joint Fact Sheet WHO/OHCHR/323, agosto 2007 (rivista e integrata nel novembre 2013).

³ J. Quesada, L.K. Hart e P. Bourgois, *Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States*, in «Medical Anthropology», 30, 2011, n. 4, pp. 339-362.

nalità sociale e la patologia medica. Così intesa, la vulnerabilità è prodotta dalla posizione che il migrante occupa all'interno di un dato ordine sociale, dai diritti che gli vengono riconosciuti o negati e dagli spazi di partecipazione cui può accedere.

Il concetto di «vulnerabilità strutturale» ha a che fare con gli aspetti economici e materiali che condizionano il benessere e che possono generare forme di «sofferenza sociale»⁴. Questa nozione, tuttavia, è più ampia e si riferisce anche al modo in cui il migrante è percepito e rappresentato nella realtà di arrivo e all'impatto che questa rappresentazione ha sulla sua identità e sulla sua soggettività. Nel corso della ricerca sono emerse numerose immagini negative dello straniero che ci parlano di un momento storico in cui la xenofobia, la discriminazione e i pregiudizi sono tutt'altro che debellati.

Come avremo modo di sottolineare nei prossimi capitoli, c'è una connessione fra tutte queste forme di quotidiana discriminazione – dai microtraumi alle vere e proprie situazioni di esclusione sociale – e la salute mentale e fisica dello straniero. Per conoscere in profondità le necessità e le aspettative dei migranti nel campo sanitario-assistenziale, e per individuare gli ostacoli alla realizzazione di un pieno diritto alla salute, è dunque indispensabile tener conto simultaneamente del profilo sanitario del migrante, degli aspetti sociali, culturali ed economici e della dimensione soggettiva individuale, che trova espressione nel processo di significazione dell'esperienza.

La presente ricerca si basa sull'utilizzo di metodologie qualitative, in particolare la ricerca sul campo e l'osservazione diretta dei contesti studiati, che ha permesso il contatto con pazienti seguiti in strutture ospedaliere e ambulatoriali del Sistema sanitario nazionale come l'Unità Spinale unipolare dell'Azienda ospedaliera universitaria Città della salute, l'Ospedale Cto, il reparto di ginecologia e ostetricia dell'Ospedale Maria Vittoria e l'ambulatorio Migrazione e salute (Misa), all'interno dell'Ospedale Amedeo di Savoia⁵. Un secondo contesto fondamentale in cui si è sviluppata la nostra ricerca è la rete dei servizi territoriali quali consultori, Centri Isi (Informazione salute immigrati) e altri spazi di cura rilevanti per la popolazione immigrata. Particolarmente importante è stata la collaborazione con realtà associative del privato sociale che forniscono informazioni, orientamento e prestazioni sanitarie di base o specializzate. Fra queste vale la pena segnalare il poliambulatorio medico «Giovanni Paolo II» del Sermig – spazio che offre un servizio di assistenza sanitaria a persone disagiate grazie al lavoro volontario di medici specialisti – e l'Associazione Camminare insieme. Qui è stato possibile

⁴ Per un inquadramento iniziale di questo concetto si veda A. Kleinman, V. Das e M. Lock (a cura di), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press, 1997.

⁵ L'ambulatorio Misa si occupa di prevenzione e cura di malattie infettive tra la popolazione migrante, con un'équipe formata da medici infettivologi e mediatori culturali.

intervistare gli utenti ed effettuare una ricerca sul campo che ci ha permesso di osservare e conoscere in profondità le attività quotidiane dell'ambulatorio e progetti specifici come il «Salone delle mamme». Queste due realtà sono ormai ampiamente consolidate e possono contare su una rete di specialisti che offrono il loro lavoro gratuitamente. Esse, inoltre, costituiscono, per la loro collocazione nel popolare quartiere di Porta Palazzo, un punto di contatto con popolazioni a rischio che ci ha permesso di raggiungere gli immigrati che per scelta o, più spesso, per necessità, non accedono al Sistema sanitario nazionale. Nel campo dell'etnopsichiatria e della salute mentale, è stata significativa la collaborazione con il Centro Frantz Fanon, che ci ha offerto la possibilità di consultare le cartelle cliniche in archivio e di partecipare alle riunioni di coordinamento dell'équipe e alle attività scientifiche e culturali organizzate dall'associazione. Interviste sono state svolte anche presso il Centro Mamre, associazione specializzata in intervento etnopsichiatrico.

Sul tema della salute e del lavoro, fondamentale è stato l'incontro con gli utenti dello sportello lavoro dell'Asai e della Cgil, strutture presso le quali si sono svolte la maggior parte delle interviste con lavoratrici e lavoratori. Un'altra fonte importante di informazioni è stata costituita dalla partecipazione al *follow up* di un ampio numero di progetti pubblici e privati di formazione, prevenzione ed educazione sanitaria in materia di immigrazione e salute, diretti ai migranti o agli operatori. In alcuni di questi progetti i ricercatori sono stati coinvolti come organizzatori o come formatori. Questa partecipazione attiva ha dato vita a dinamiche che consideriamo come parte integrante della ricerca: da un lato ha rappresentato un momento di restituzione e di reciprocità e dall'altro ha reso possibile un processo di confronto dialogico, che ha aperto le porte alla co-costruzione di un'interpretazione dei fenomeni indagati. In questi contesti la presenza del ricercatore ha influenzato in modo diretto i processi osservati portando a un tipo di osservazione riflessiva, che avvicina la metodologia alla ricerca-azione, ovvero un tipo di ricerca sociale in cui il ricercatore osserva il contesto mentre agisce nello stesso. A tal proposito un contesto di ricerca che merita di essere menzionato è la sala di preghiera Omar Ibn El Khattab, situata nel quartiere di San Salvario. L'associazione che gestisce la moschea e alcuni medici e mediatori dell'ambulatorio Misa si sono mobilitati nel corso del 2014 per realizzare, in questa ed altre sale di preghiera della città, incontri sul tema della salute, a cui abbiamo potuto partecipare non solo come osservatori, ma come parte coinvolta attivamente nell'organizzazione delle attività.

L'interesse per le attività di promozione della salute condotte nelle sale di preghiera si colloca in una più ampia attenzione che abbiamo rivolto ai processi di organizzazione e di promozione della salute che si verificano all'interno delle comunità, soprattutto attraverso le reti di associazioni formali e informali dei migranti stessi. In questi contesti abbiamo riscontrato

generalmente una buona tendenza alla collaborazione, forse spinta dalla condivisione degli obiettivi della ricerca. Le persone che lavorano in queste realtà, infatti, sanno quanto sia importante la loro presenza per le comunità di riferimento e la volontà di un gruppo di ricerca di interessarsi di questo fenomeno è stata probabilmente vista anche come un tentativo di valorizzazione del loro operato.

La ricerca ha avuto come punto di partenza la zona di Torino nord, e, in particolare, il quartiere Barriera di Milano, una delle aree urbane a più alta concentrazione di residenti stranieri, che raccoglie al suo interno una popolazione immigrata eterogenea per età, aree di provenienza, anzianità migratoria e appartenenza generazionale⁶. In quest'area, oltre alle risorse necessarie per erogare le prestazioni di primo livello (fra cui i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, il consultorio pediatrico e familiare), sono presenti strutture ospedaliere e ambulatoriali del Ssn. Nella zona sono anche presenti iniziative associative di erogazione di servizi socio-assistenziali o di supporto all'accesso a prestazioni mediche. Man mano che la ricerca procedeva, tuttavia, abbiamo constatato che, se alcuni punti di riferimento sono chiaramente legati al luogo di residenza, altri, invece, non sono vincolati alla prossimità abitativa e vengono scelti per ragioni diverse. I confini iniziali si sono dunque dimostrati insufficienti e si sono gradualmente allargati fino a comprendere un'area più vasta che include i grandi poli ospedalieri e altre strutture e spazi con cui gli utenti si confrontano. A questo proposito è stato essenziale un approccio flessibile alla ricerca, adottando, per quanto possibile, la stessa elasticità e capacità di adattamento presente nei percorsi assistenziali e nelle storie di vita dei nostri interlocutori.

Nel corso della ricerca sono state realizzate complessivamente 75 interviste in profondità ai migranti, 24 a mediatori interculturali e a volontari delle associazioni di stranieri e 24 interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati.

In una ricerca antropologico-sociale, le interviste rappresentano in molti casi il punto di arrivo di un più ampio processo di incontro e di reciproca conoscenza. L'avvicinamento e la costruzione di una relazione di fiducia sono stati facilitati dalle conoscenze linguistiche dei ricercatori (romeno, spagnolo, inglese e francese), che hanno permesso di condurre le interviste nella lingua madre degli intervistati, creando un'intimità maggiore. Molti incontri si sono svolti nelle case e nei luoghi di lavoro degli intervistati, contribuendo alla creazione di un clima di fiducia e permettendoci di osservare, con discrezione, alcuni aspetti della quotidianità. La conoscenza diretta e

⁶ Per una descrizione delle caratteristiche del quartiere e delle relazioni sociali al suo interno rinviamo ai capitoli relativi a Barriera di Milano nel volume di F. Pastore e I. Ponso (a cura di), *Concordia discors*, Roma, Carocci, 2013. Si faccia riferimento inoltre ai materiali disponibili online sul sito www.concordiadiscors.eu.

ravvicinata di realtà caratterizzate da un forte disagio sociale, come è il caso del campo rom di Lungo Stura Lazio, ha contribuito a mettere in evidenza come nelle storie di salute raccolte, l'aspetto della malattia e dell'accesso alle cure sia intrinsecamente legato ai temi della marginalità sociale, della precarietà abitativa, della mancanza di fonti di sostentamento economico.

Le interviste ai migranti, per quanto numerose per una ricerca qualitativa, non pretendono di essere un campione rappresentativo dal punto di vista statistico. Esse hanno piuttosto l'obiettivo di ricostruire in profondità dei casi significativi, permettendoci di mettere a fuoco l'eterogeneità dei percorsi e, nel contempo, i problemi comuni che molti migranti sono chiamati ad affrontare. La traccia che ha guidato le interviste semi-strutturate si apre con un'esplorazione della storia personale, con particolare attenzione al percorso migratorio e alle condizioni di vita attuali, al fine di identificare i fattori che hanno un impatto su un adeguato accesso alle cure. Particolare attenzione è stata prestata a variabili quali lo status giuridico, il livello di istruzione, la classe sociale, l'occupazione, la competenza linguistica, l'informazione e la consapevolezza dei diritti.

Attraverso il ricorso alla narrazione sono state attentamente ricostruite le varie esperienze di accesso ai servizi sanitari, analizzando gli aspetti positivi e negativi dell'incontro con gli operatori, la presenza di episodi di discriminazione e la coerenza tra le aspettative e l'assistenza sanitaria effettivamente ricevuta.

Le voci e i vissuti dei migranti ci hanno permesso di affiancare il punto di vista degli operatori, rilevato nella prima fase della ricerca⁷, a una prospettiva nuova: le varie letture di un'analogia situazione assistenziale sono talvolta convergenti, ma spesso, accanto ai punti comuni ci sono elementi di dissonanza che indicano interpretazioni disomogenee e incomprensioni latenti.

Le interviste ai testimoni privilegiati, in particolare agli operatori sanitari e ai professionisti coinvolti nell'attività clinica, sebbene non rappresentino il focus della nostra indagine, ci hanno permesso di comprendere meglio le politiche e le modalità di erogazione dei servizi, nonché la rappresentazione dell'utente straniero che è alla base delle stesse. A queste si aggiungono quelle condotte con i mediatori culturali, i rappresentanti e i membri delle associazioni di migranti e altre figure chiave che, sebbene non sempre coinvolte in modo diretto nell'attività assistenziale, rappresentano un ponte fra i cittadini e la rete di servizi sanitario-assistenziali.

Una fonte preziosa, infine, è stata la presenza alle riunioni dei Gris. I Gruppi immigrazione e salute sono le unità territoriali della Simm (Società italiana medicina delle migrazioni), nate per «stimolare il lavoro in rete e

⁷ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2014.

per favorire la conoscenza e la collaborazione tra quanti – in ambito istituzionale e di volontariato – si impegnano a vario titolo per assicurare diritto, accesso e fruibilità all’assistenza sanitaria degli immigrati»⁸.

I dati qualitativi sono affiancati dai dati epidemiologici forniti dal Servizio di epidemiologia dell’Asl TO3, e si basano sui 36 indicatori per la costruzione e il monitoraggio del profilo sanitario della popolazione immigrata sviluppati all’interno dei progetti *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*⁹ e *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi sanitari regionali*¹⁰, coordinati dall’Osservatorio sulle disuguaglianze nella salute della Regione Marche.

Uno dei nostri obiettivi è stato quello di integrare approcci qualitativi e quantitativi. Questi metodi, talvolta pensati come antitetici o incompatibili, possono invece essere complementari. La ricerca qualitativa ci ha permesso non solo di accedere a informazioni necessarie per interpretare i dati epidemiologici, ma anche di rimodellare le domande di ricerca, agendo come correttivo ad assunti di base che, in alcuni casi, si sono rivelati fuorvianti. L’intreccio fra qualitativo e quantitativo, inoltre, ci ha consentito una migliore comprensione delle esperienze individuali nel campo del diritto alla salute, senza perdere di vista l’insieme, sociale ed epidemiologico, che ne fa da sfondo.

Una delle nostre priorità è stata quella di raggiungere informazioni che non possono essere esplorate attraverso l’analisi epidemiologica, o, in altre parole, di incontrare quei casi in cui la domanda di salute non incontra le istituzioni erogatrici o, per diverse ragioni, non trova in esse una risposta. In questo tipo di situazioni sono di particolare rilievo i percorsi alternativi di salute e il ricorso a forme pluridirezionali di transnazionalismo medico che quindi sono entrati a far parte della ricerca per via della rilevanza che ricoprono nelle esperienze dei migranti.

Nel corso della ricerca è emerso anche il ruolo essenziale dell’*agency*: le persone non sono oggetti passivi della cura ma soggetti attivi che interagiscono con il sistema costruendo, con risultati più o meno validi, i propri percorsi di salute. La ricerca di soluzioni e strategie è prevalentemente individuale, ma in alcuni casi, ancora sporadici ma sempre più significativi, le comunità cominciano ad attivarsi collettivamente per trovare una risposta ai

⁸ S. Geraci, M. Bonciani e B. Martinelli, *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, Caritas Diocesana, 2010.

⁹ Accordo Ministero della salute-Agenas, *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, 2009, Progetto *Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia*, Accordo Ministero della salute/Ccm-Regione Marche.

¹⁰ Accordo Ministero della salute-Agenas, *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi sanitari regionali*, Progetto nazionale, ottobre 2013, <http://www.agenas.it/lea/la-salute-della-popolazione-immigrata-il-monitoraggio-da-parte-dei-sistemi-sanitari-regionali-ccm>.

bisogni di salute insoddisfatti. Tener conto di queste modalità di autorganizzazione e di partecipazione rappresenta, a nostro avviso, un punto essenziale per costruire un sistema sanitario più inclusivo e più vicino alle esigenze degli utenti.

Il primo capitolo presenta il contenuto normativo del diritto alla salute e le principali disposizioni normative in materia di salute e immigrazione. Essi rappresentano le cornici concettuali per categorizzare e analizzare i dati raccolti.

Il secondo capitolo affronta il tema della sofferenza sociale e della marginalità con particolare attenzione al raccordo fra salute fisica e salute mentale e all'impatto della crisi economica nella tutela della salute dei migranti nelle fasce più vulnerabili. Viene anche approfondito il caso della minoranza rom, che presenta delle specificità proprie sotto il profilo giuridico e sul piano socio-sanitario.

Il terzo capitolo si sofferma sull'area materno-infantile, un ambito prioritario di intervento in cui, nella generale cornice di una situazione generalmente buona, permangono criticità legate a fattori economici e sociali, alla mancanza di informazione sui propri diritti e sui servizi esistenti e a una minor disponibilità di reti familiari e di ammortizzatori sociali.

Il quarto capitolo è dedicato alla relazione fra salute e lavoro, la quale si basa su elementi strutturali di svantaggio che caratterizzano l'integrazione degli stranieri nell'economia italiana. Il lavoro e le condizioni di lavoro degli stranieri sono qui analizzati in quanto determinanti sociali della salute, con particolare attenzione agli incidenti sul lavoro e alle malattie professionali, alle forme di tutela garantite dell'Inail e ai percorsi di accesso alla salute dei lavoratori. In questa sezione si prende infine in considerazione il lavoro come ostacolo nell'accesso alla salute e ad appropriati percorsi di cura, evidenziando un'area di potenziale conflitto fra diritto alla salute e diritto al lavoro.

Il quinto capitolo riguarda le malattie infettive, un ambito di grande attualità che desta ampia attenzione mediatica per quella che possiamo chiamare «la sindrome dell'untore», ovvero la stigmatizzazione dello straniero come portatore di malattie.

Il sesto capitolo è incentrato su due fra i più importanti strumenti di integrazione e di gestione dell'interculturalità: la mediazione culturale e la formazione. Questi strumenti contribuiscono a generare un approccio più simmetrico e consapevole alla cura, favorendo l'accessibilità e l'accettabilità dei servizi.

Alla luce del forte legame tra settore pubblico e settore privato che caratterizza la realtà torinese, il settimo capitolo si interroga sul ruolo che le associazioni di migranti possono giocare nell'ambito della salute e del benessere. Le associazioni di stranieri sono un nuovo soggetto nel panorama associativo della città e, collocando l'analisi dell'associazionismo nel più ampio

discorso del capitale sociale, il capitolo introduce il tema del welfare di comunità descrivendo le associazioni dei migranti come agenti di accessibilità, di accettabilità e di *health literacy*.

L'ottavo capitolo si concentra sul transnazionalismo medico, un concetto utile per mettere in luce la pluralità e la pluridirezionalità dei percorsi di salute. La scelta di concludere con questo argomento riflette la volontà di ricollocare le informazioni emerse nei capitoli precedenti in una cornice culturale e spaziale più ampia, che è quella in cui le persone intervistate si muovono.

Nelle conclusioni si riflette sull'intreccio fra marginalità e vulnerabilità e si sintetizzano tanto le criticità emerse quanto gli esempi di buone pratiche osservati sul campo.

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Capitolo primo

Il diritto alla salute e la normativa in materia di accesso ai servizi sanitari

Il presente capitolo è dedicato, da un lato, a presentare i contorni essenziali del diritto alla salute – e in particolare le fonti giuridiche e gli elementi essenziali del suo contenuto normativo – e, dall'altro, a fornire una sintesi delle disposizioni normative principali in materia di salute e immigrazione.

Per quanto concerne il primo punto, questa panoramica risulta necessaria al fine di ribadire il quadro concettuale all'interno del quale si colloca la ricerca, tenendo a mente che il presente volume costituisce il secondo prodotto elaborato dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali nel quadro della linea di ricerca dedicata al diritto alla salute della popolazione migrante nella città di Torino.

La prima fase della ricerca si è orientata a definire il quadro generale della situazione a livello istituzionale facendo anche ampio uso di interviste a operatori del settore pubblico e del privato sociale in contatto con la popolazione migrante. Questa seconda fase ha voluto ascoltare la voce dei migranti stessi per approfondire alcune tematiche ritenute di maggior rilievo.

In tale quadro, la definizione del diritto alla salute e il contenuto normativo dello stesso sono stati adottati per categorizzare, problematizzare e analizzare le questioni emerse dalla ricerca sul campo. Un'analisi simile permette di interpretare i risultati della ricerca, evidenziando i principali problemi dal punto di vista dei diritti umani, in generale, e del diritto alla salute, in particolare. Questo esercizio, al di là del suo intrinseco interesse e valore, consente anche di porre in rilievo eventuali mancanze, da parte delle autorità italiane, rispetto all'obbligo di rispettare, proteggere e attuare il diritto alla salute derivante dalla ratifica di numerosi trattati internazionali che lo sanciscono, nonché dalla nostra stessa Costituzione. Si sottolinea infine che, considerata l'unitarietà del quadro concettuale adottato nelle due fasi della ricerca, in questa sede sarà sufficiente ribadire gli aspetti essenziali del diritto alla salute, rimandando al primo volume¹ per un'analisi maggiormente approfondita delle sue fonti e del suo contenuto.

¹ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2014.

Per quanto concerne la sintesi delle principali disposizioni legislative di diritto interno, in materia di salute e immigrazione, una simile panoramica si rende necessaria per chiarire quali possibilità di accesso ai servizi sanitari sono riconosciute ai migranti, anche in base al loro status giuridico rispetto alle norme che regolano l'ingresso e il soggiorno nel territorio nazionale. Questa normativa costituisce, infatti, il primo – e forse il più importante – discrimine che determina la reale possibilità di accedere ai servizi sanitari per un migrante e, di conseguenza, la possibilità di veder realizzato il suo diritto alla salute.

1. *Il diritto alla salute: definizioni e fonti*

Innanzitutto, è bene chiarire che il termine «diritto alla salute» allude, in sintesi, alla più completa espressione «diritto alle migliori condizioni raggiungibili di salute fisica e mentale»². Come appare evidente, il diritto alla salute non deve essere concepito come il diritto a essere sani, ma è plasmato in base a una prospettiva ben più articolata. Si consideri, fin d'ora, che il diritto in questione è composto da due macro-componenti, vale a dirsi «libertà» (*freedoms*) e «diritti» (*entitlements*). Le libertà includono la libertà di controllare la propria salute e il proprio corpo, e la libertà da ingerenze esterne (quali tortura, trattamenti inumani e degradanti, trattamenti sanitari non consensuali o sperimentazioni); i diritti includono il diritto a usufruire di un sistema di protezione della salute che garantisca possibilità uguali per tutti di godere delle migliori condizioni di salute raggiungibili. Inoltre, è opportuno sottolineare che il diritto alla salute non si interessa unicamente delle misure e iniziative adottate al fine di garantire il raggiungimento del più alto standard di salute, ma anche del modo in cui queste sono adottate e fornite. Particolare enfasi, infatti, è dedicata alla trasparenza dei processi decisionali nonché al principio della non discriminazione, che deve ispirare ogni iniziativa³.

Dalla suddetta ricostruzione appare evidente la complessità che caratterizza il contenuto del diritto alla salute. In qualche misura, tale complessità rimanda anche al ruolo particolarmente rilevante che questo diritto occupa all'interno dell'ampio spettro di diritti umani. Questo, infatti, in un'ipotetica gerarchia tra i diritti, occupa un piazzamento di rilievo considerata la funzione che lo stesso riveste nel garantire molti altri diritti e, più in generale, nel garantire una vita dignitosa⁴.

² Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14. The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 agosto 2000.

³ P. Hunt e G. Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, in *Realizing the Right to Health. Swiss Human Rights Book*, a cura di A. Clapham e M. Robinson, vol. III, 2009, p. 43.

⁴ E. Riedel, *The Human Right to Health: Conceptual Foundations*, in A. Clapham e M. Robinson (a cura di), *Realizing the Right to Health*, cit., p. 36.

Infine, è bene precisare che il diritto alla salute trova un riconoscimento pressoché universale. Ogni stato ha infatti ratificato almeno uno dei diversi trattati internazionali in materia di diritti umani che sanciscono il diritto alla salute⁵.

La prima articolazione del diritto alla salute a livello internazionale è da rintracciarsi nel preambolo della Costituzione del 1946 dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Questa definisce la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» – e non quale semplice assenza di malattia o infermità⁶ – e afferma che «il godimento delle migliori condizioni di salute raggiungibili costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale». Nonostante nell'arco degli anni si sia spesso tentato di trovare una definizione di salute alternativa, e più ristretta, quella contenuta nella Costituzione dell'Oms è rimasta finora il punto di partenza universalmente accettato. Questa definizione è incentrata sull'integrazione, piuttosto che sulla contrapposizione tra due concetti: uno negativo (assenza di malattia o infermità) e uno positivo (promozione del benessere umano).

Il diritto alla salute trova un primo riconoscimento formale nel novero dei diritti nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948⁷. Questa include la salute nel più ampio diritto a un livello di vita adeguato (art. 25)⁸. La Dichiarazione afferma:

1) Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

2) La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza. Tutti i bambini nati nel matrimonio o fuori di esso devono godere della stessa protezione sociale.

⁵ Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Organizzazione mondiale della sanità, *Fact Sheet 31: The Right to Health*, Geneva, Ohchr/Who, 2008. Si segnala che l'Italia ha ratificato tutti i principali trattati sui diritti umani di cui ci occuperemo in questo paragrafo, con l'eccezione della Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (1990).

⁶ Organizzazione mondiale della sanità, *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità*, 22 luglio 1946, Official Records of the World Health Organization, n. 2, 1948, p. 100. Resa esecutiva con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068, *Gazzetta ufficiale* n. 236 del 1° ottobre 1947, suppl. ord. n. 2360.

⁷ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Resolution 217 A (III), Universal Declaration of Human Rights*, UN Doc. A/810, adottata il 10 dicembre 1948, p. 71.

⁸ Si veda N. Pillay, *Right to Health and the Universal Declaration of Human Rights*, in «The Lancet», 372, 13 dicembre 2008.

Sebbene la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo non sia formalmente vincolante dal punto di vista giuridico, la dottrina riconosce, in modo pressoché unanime, che molte delle sue disposizioni hanno assunto ormai lo status di *diritto internazionale consuetudinario*⁹.

Il diritto alla salute trova un'ulteriore e importante fonte nel Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966¹⁰, il più importante strumento internazionale nell'ambito dei diritti economici, sociali e culturali. L'art. 12 del Patto stabilisce che:

1. Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire.

2. Le misure che gli Stati parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini:

- a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli;
- b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale;
- c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere;
- d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia.

La definizione fornita nell'art. 12 del suddetto Patto, è stata ulteriormente specificata dal Comitato per i diritti economici sociali e culturali delle Nazioni Unite nel Commento generale n. 14 sul diritto al livello più alto di salute raggiungibile¹¹. Questi due strumenti forniscono la definizione più approfondita e diffusa del diritto alla salute, definizione che ha ispirato, altresì, il quadro concettuale della presente ricerca.

Il diritto alla salute trova anche riconoscimento in numerosi altri trattati internazionali in materia di diritti umani. Tra questi si annoverano la Convenzione internazionale sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale del 1965¹², la Convenzione sulla eliminazione di tutte le

⁹ Si veda, *inter alia*, H. Hannum, *The Status of the Universal Declaration of Human Rights in National and International Law*, in «Georgia Journal of International and Comparative Law», 25, 1995-1996, pp. 287-314.

¹⁰ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, United Nations, Treaty Series, vol. 993, adottato il 16 dicembre 1966, p. 3. Ratificato con legge 25 ottobre 1977, n. 881, *Gazzetta ufficiale* n. 333 del 7 dicembre 1977.

¹¹ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit. I Commenti generali (*General Comments*) forniscono «interpretazioni autorevoli» di diversi articoli e disposizioni del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, allo scopo di aiutare gli stati ad adempiere i loro obblighi.

¹² Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Convenzione internazionale sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale*, United Nations, Treaty Series, vol. 660, adottata il

forme di discriminazione contro le donne del 1979¹³, la Convenzione sui diritti dell'infanzia¹⁴, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità del 2006¹⁵, la Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie del 1990¹⁶. I profili attinenti alla salute, nell'ambito lavorativo, sono stati approfonditi dall'Organizzazione internazionale del lavoro, rispettivamente nella Convenzione n. 155 sulla sicurezza e la salute sul lavoro (1981)¹⁷ e nella Convenzione n. 161 sui servizi di salute al lavoro (1985)¹⁸.

Anche altri ambiti, sempre compresi all'interno del sistema delle Nazioni Unite, risultano particolarmente interessanti per la nostra prospettiva. In particolare si segnala l'attività degli organi convenzionali posti a tutela del sistema dei trattati – i *Treaty Bodies*¹⁹ – e la figura del Relatore speciale sul diritto alle migliori condizioni di salute fisica e mentale raggiungibili (d'ora

21 dicembre 1965, p. 195, art. 5(e)(iv). Ratificata con legge 13 ottobre 1975, n. 654, *Gazzetta ufficiale* n. 337 del 23 dicembre 1975.

¹³ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, adottata il 18 dicembre 1979, p. 13, art. 12. Ratificata con legge 14 marzo 1985, n. 132, *Gazzetta ufficiale* n. 89 del 15 aprile 1985.

¹⁴ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti del fanciullo*, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, adottata il 20 novembre 1989, p. 3, artt. 6, 24, 25. Ratificata con legge 27 maggio 1991, n. 176, *Gazzetta ufficiale* n. 135 dell'11 giugno 1991, suppl. ord. n. 35.

¹⁵ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, UN Doc. A/RES/61/106, adottata il 13 dicembre 2006, Annex I, art. 25. Ratificata con legge 3 marzo 2009, n. 18, *Gazzetta ufficiale* n. 61 del 14 marzo 2009.

¹⁶ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie*, UN Doc. A/RES/45/158, adottata il 18 dicembre 1990, art. 43. Come già accennato, l'Italia non ha ratificato questo strumento.

¹⁷ Organizzazione internazionale del lavoro, *C155 – Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No. 155)*, *Convention concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment*, Geneva, International Labour Office, 22 giugno 1981. La presente Convenzione non è stata ratificata dall'Italia.

¹⁸ Id., *C161 – Occupational Health Services Convention, 1985 (No. 161)*, *Convention concerning Occupational Health Services*, Geneva, 25 giugno 1985. La presente Convenzione non è stata ratificata dall'Italia.

¹⁹ I *Treaty Bodies* vegliano sul rispetto delle disposizioni convenzionali da parte degli stati. Tale controllo include l'esame delle violazioni effettive o potenziali, il vaglio delle informazioni fornite dai governi e dalle altre parti interessate come, per esempio, le Ong, nonché la formulazione di raccomandazioni. Si vedano, *inter alia*, Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment*, cit.; Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)*, UN Doc. A/54/38/Rev.1, 19 gennaio-5 febbraio 1999, cap. I; Comitato sui diritti del fanciullo, *General Comment 3, HIV/Aids and the rights of the child*, UN Doc. CRC/GC/2003/1, 17 marzo 2003; Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione razziale, *General Recommendation 30, Discrimination against Non-Citizens*, UN Doc. CERD/C/64/Misc.11/rev.3, 10 gennaio 2004.

in avanti «Relatore speciale sul diritto alla salute»²⁰. Fin dall'inizio del suo mandato, quest'ultimo ha presentato rapporti tematici annuali e rapporti sulle missioni da esso compiute in diversi paesi. Tra i temi specifici analizzati dal Relatore si segnalano: gli indicatori di salute e un approccio basato sui diritti umani; il diritto alla salute sessuale e riproduttiva; il diritto alle migliori condizioni di salute raggiungibili e l'acqua e i servizi igienici; il diritto alla salute, l'accesso ai farmaci e i diritti di proprietà intellettuale; disabilità mentale e diritto alla salute; il diritto alla salute e la criminalizzazione dei comportamenti e degli orientamenti sessuali; il lavoro sessuale e la trasmissione dell'Hiv; il diritto alla salute e lo sviluppo; il diritto alla salute e il consenso informato; il diritto alla salute e la riduzione della mortalità materna.

Il diritto alla salute trova anche ampio riconoscimento presso i principali organismi regionali, vale a dirsi il Consiglio d'Europa e l'Unione europea. Per quanto riguarda il sistema del Consiglio d'Europa, il diritto alla salute trova la sua fonte principale nella Carta sociale europea²¹ che contiene varie disposizioni che garantiscono, implicitamente o esplicitamente, il diritto alla salute. La norma principale è l'art. 11 che afferma:

Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le Parti s'impegnano ad adottare sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte in particolare:

1. ad eliminare per quanto possibile le cause di una salute deficitaria;
2. a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute;
3. a prevenire per quanto possibile le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni.

La salute e il benessere di bambini e giovani sono protette dagli artt. 7 e 17. La salute della donna in gravidanza è tutelata dagli artt. 8 e 17, mentre la salute delle persone anziane viene disciplinata nell'art. 23²².

Oltre alla Carta sociale, si segnala anche la Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina del Consiglio d'Europa, del 4 aprile 1997²³, la

²⁰ Il Consiglio per i diritti umani può nominare esperti indipendenti – detti «Relatori speciali» – al fine di approfondire la situazione in determinati paesi o di analizzare temi particolarmente sensibili dal punto di vista dei diritti umani, come, per esempio, la disabilità, la violenza contro le donne, la tortura, ecc. Si veda, a tal fine, Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Fact Sheet 27: Seventeen Frequently Asked Questions about United Nations Special Rapporteurs*, Geneva, Ohchr, 2001.

²¹ Consiglio d'Europa, *Carta sociale europea (riveduta)*, STCE n. 163, Strasburgo, 3 maggio 1996. Ratificata con legge 9 febbraio 1999, n. 30, *Gazzetta ufficiale* n. 44 del 23 febbraio 1999, suppl. ord. n. 38.

²² Per ulteriori informazioni si veda Consiglio d'Europa, *The Right to Health and the European Social Charter*, Information document prepared by the secretariat of the ESC, Strasbourg, ESC, 2009.

²³ Consiglio d'Europa, *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the*

quale mira a garantire un accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità adeguata, in base alle esigenze mediche della persona e impone agli stati di adoperarsi per raggiungerlo. L'art. 3 della Convenzione afferma che «le parti, tenendo conto dei bisogni relativi alla salute e delle risorse disponibili, adottano gli opportuni provvedimenti al fine di fornire, nell'ambito della loro giurisdizione, un accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità appropriata».

Infine, si segnala che il diritto alla salute trova un certo riconoscimento anche nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo²⁴. Infatti, sebbene questa non preveda esplicitamente il suddetto diritto, quest'ultimo è tuttavia garantito indirettamente grazie a una interpretazione espansiva di altri diritti ad esso riconducibili²⁵. Tra questi vi sono il diritto alla vita (art. 2)²⁶, il divieto di tortura, di trattamenti inumani o degradanti (art. 3)²⁷ e il diritto alla vita privata e familiare (art. 8)²⁸.

Il diritto alla salute trova riconoscimento anche dal diritto dell'Unione europea. Questi è, infatti, protetto esplicitamente dall'art. 35 della Carta di Nizza²⁹. Si ricorda che l'Unione europea, alla luce del suo sviluppo e delle sue competenze, non ha competenza esclusiva in materia di salute, potendo soltanto intervenire completando ed incoraggiando la cooperazione tra gli stati membri, rimanendo esclusa dalla possibilità di definire politiche sanitarie di stampo comunitario. La tutela della salute, a livello comunitario, si esplica perciò principalmente in normative di coordinamento dei sistemi na-

Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, STCE n. 164, Oviedo, 4 aprile 1997. La presente Convenzione non è stata ratificata dall'Italia.

²⁴ Consiglio d'Europa, *Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*, STCE n. 5, Roma, 4 novembre 1950. Ratificata con legge 4 agosto 1955, n. 848, *Gazzetta ufficiale* n. 221 del 24 settembre 1955.

²⁵ Si veda R. Chenal, *Il diritto alla salute e la Convenzione europea dei diritti dell'uomo, in I diritti sociali come diritti della personalità*, a cura di R. Cavallo Perin *et al.*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2010, pp. 75-96.

²⁶ Si veda, ad esempio, Commissione europea dei diritti dell'uomo, *Association X c. Regno Unito*, ricorso n. 7154/75, decisione di ricevibilità del 12 luglio 1978; Corte europea dei diritti dell'uomo, *L.C.B. c. Regno Unito*, ricorso n. 23413/94, sentenza del 9 giugno 1998; *Karchen et al. c. Francia*, ricorso n. 5722/04, decisione di ricevibilità del 4 marzo 2008; *G.N. et al. c. Italia*, ricorso n. 43134/05, sentenza del 1° dicembre 2009.

²⁷ Si veda, ad esempio, Corte europea dei diritti dell'uomo, *D. c. Regno Unito*, ricorso n. 30240/96, sentenza del 2 maggio 1997; *Keenan c. Regno Unito*, ricorso n. 27229/95, sentenza del 3 aprile 2001; *Mouisel c. Francia*, ricorso n. 67263/01, sentenza del 14 novembre 2002.

²⁸ Si veda, ad esempio, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Lopez Ostra c. Spagna*, ricorso n. 16798/90, sentenza del 9 dicembre 1994; *Storck c. Germania*, ricorso n. 61603/00, sentenza del 16 giugno 2005; *Taskin e altri c. Turchia*, ricorso n. 46117/99, sentenza del 10 novembre 2004; *Tatar c. Romania*, ricorso n. 67021/01, sentenza del 27 gennaio 2009. Si veda anche Commissione europea dei diritti dell'uomo, *X c. Austria*, ricorso n. 8278/78, decisione del 13 dicembre 1979.

²⁹ Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee*, C 364/1 del 18 dicembre 2000.

zionali con particolare attenzione a tre ambiti di riferimento: la tutela dei lavoratori sul luogo di lavoro, l'accesso *cross border* alle prestazioni sanitarie e la tutela dei consumatori.

Il diritto alla salute trova, infine, un riconoscimento anche all'interno del nostro ordinamento nazionale e, in particolare, nell'art. 32 della Costituzione³⁰. Si segnala che si tratta dell'unico diritto espressamente definito «fondamentale», cioè concepito secondo un'ottica universale che, pur essendo «finanziariamente condizionato»³¹, non può distinguere tra cittadini e non, abbienti e non abbienti nel garantire le prestazioni essenziali³².

La tutela concreta del diritto alla salute, nel nostro ordinamento, ha trovato la prima e più importante affermazione con la creazione del Servizio sanitario nazionale, tramite la legge organica 833/1978³³. Operante attraverso le Aziende sanitarie locali, l'istituzione e le finalità del Ssn mirano a concretizzare il dettato costituzionale, garantendo l'accesso ai servizi sanitari e il diritto alla salute a tutti i cittadini. Si segnala che, in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione³⁴, è rimasta competenza esclusiva dello stato la definizione dei «livelli essenziali di assistenza sanitaria» delle prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale³⁵, intesi come quei livelli necessari ad assicurare un'esistenza libera e dignitosa al bisognoso di cure e alla sua famiglia³⁶.

2. Il contenuto normativo del diritto alla salute

In questo paragrafo verrà presentato, sinteticamente, il contenuto normativo del diritto alla salute, vale a dirsi gli elementi sostanziali che compongono il suddetto diritto. A tal fine, particolare attenzione verrà rivolta alla caratterizzazione del diritto elaborata nell'ambito delle Nazioni Unite, in particolare dal Comitato per i diritti economici, sociali e culturali.

Gli aspetti sostanziali del diritto alla salute possono essere suddivisi in due categorie principali: il diritto all'assistenza medica o ai servizi sanitari (generalmente intesi come fornitura di servizi di prevenzione, cura e riabili-

³⁰ Costituzione della Repubblica italiana, *Gazzetta ufficiale* n. 298 del 27 dicembre 1947.

³¹ Il diritto alla salute postula una scelta degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione, la cui determinazione spetta al legislatore (Corte cost., sentenza 27 luglio 1982, n. 1982) e può incontrare limiti oggettivi sia nella stessa organizzazione dei servizi sanitari che nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi (Corte cost., sentenza 10 novembre 1982, n. 175).

³² Corte cost., sentenza 2 dicembre 2005, n. 423.

³³ *Gazzetta ufficiale* n. 360 del 28 dicembre 1978.

³⁴ Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, *Gazzetta ufficiale* n. 248 del 24 ottobre 2001.

³⁵ Costituzione della Repubblica italiana, art. 117, comma 2, lett. m), 27 dicembre 1947.

³⁶ S. Bartole e R. Bin (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, 2008, pp. 320-332.

tazione) e il diritto alle precondizioni sottostanti la salute o ai determinanti della salute. È necessario evidenziare l'importanza di entrambe le categorie, dal momento che il diritto alla salute viene, spesso, identificato unicamente con il diritto alle cure mediche. Il diritto alle migliori condizioni di salute raggiungibili deve, infatti, essere inteso come un diritto inclusivo, che si estende non solo all'assistenza medica tempestiva e adeguata, ma anche ai determinanti della salute. Tra i determinanti della salute di maggiore interesse per l'ambito dei diritti umani, si segnala l'accesso ad acqua potabile sicura e a servizi igienici adeguati, la disponibilità di cibo e di nutrimento sufficiente, la sicurezza e la qualità dell'abitazione, la salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro, l'accesso alle informazioni relative alla salute, e il divieto di discriminazione³⁷.

Nel tentativo di chiarire a fondo le implicazioni dell'adozione di un approccio che coniughi salute e diritti umani, il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha dichiarato che esistono quattro standard, o criteri, fondamentali, che gli stati devono rispettare affinché il diritto alla salute sia realizzato. Si tratta dei criteri di *disponibilità*, *accessibilità*, *accettabilità* e *qualità*³⁸.

Disponibilità significa che le strutture, i beni e i servizi, così come i programmi sanitari e di assistenza sanitaria pubblica, devono essere presenti in quantità sufficiente all'interno dello stato parte. L'effettiva natura delle strutture, dei beni e dei servizi varierà a seconda di numerosi fattori, incluso il livello di sviluppo dello stato parte. Essi dovranno comprendere, tuttavia, elementi quali acqua potabile e servizi igienici adeguati (che ricordiamo essere parte dei determinanti della salute), ospedali, cliniche e altre infrastrutture utili ai fini della salute, farmaci essenziali, e personale medico qualificato.

Accessibilità significa che le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere accessibili a tutti, senza discriminazioni. Si tratta di una nozione formata da quattro dimensioni sovrapposte: non discriminazione, accessibilità fisica, accessibilità economica (sostenibilità), e accessibilità delle informazioni.

- *Non-discriminazione*: le strutture, i beni e i servizi devono essere accessibili a tutti, in particolare alle fasce più vulnerabili della popolazione, in fatto e in diritto, senza discriminazioni di sorta.

- *Accessibilità fisica*: le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere accessibili materialmente, e senza problemi di sicurezza, a tutte le fasce della

³⁷ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc. A/62/214, dell'8 agosto 2007.

³⁸ Ricordiamo che le definizioni contenute in questo paragrafo sono tutte tratte dal Commento generale n. 14.

popolazione, in particolare ai gruppi più vulnerabili o emarginati, come le minoranze etniche o le popolazioni indigene, le donne, i bambini, gli adolescenti, gli anziani, i disabili e le persone affette da Hiv/Aids. L'accessibilità fisica implica, inoltre, che i servizi medici (nonché alcuni fra le principali determinanti della salute quale acqua potabile, servizi sanitari, cibo e via dicendo) siano in eguale misura concretamente accessibili, e senza problemi di sicurezza, anche nelle aree rurali. L'accessibilità fisica include, inoltre, un adeguato accesso agli edifici per i disabili.

- *Accessibilità economica*: le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere economicamente accessibili per tutti. Il pagamento per i servizi di assistenza sanitaria, così come i servizi collegati ai determinanti sociali della salute, deve essere basato sul principio di equità, assicurando che questi servizi, indipendentemente dal fatto che siano forniti dal settore pubblico o da quello privato, siano sostenibili per tutti, inclusi i gruppi più svantaggiati. Il principio di equità richiede, infatti, che le famiglie più povere non siano gravate da spese sanitarie sproporzionate rispetto a quelle sostenute dalle famiglie più ricche.

- *Accessibilità delle informazioni*: comprende il diritto di cercare, ricevere e diffondere informazioni e idee su questioni riguardanti la salute. Tuttavia, l'accessibilità delle informazioni non dovrebbe pregiudicare il diritto di ciascun individuo a che i dati riguardanti la propria salute personale vengano trattati con riservatezza.

Accettabilità significa che tutte le strutture, i beni e i servizi sanitari devono rispettare l'etica medica ed essere appropriati dal punto di vista culturale. Devono perciò essere rispettose della cultura degli individui, delle minoranze, delle popolazioni e delle comunità, sensibili alle esigenze di genere. Esse devono inoltre essere strutturate in modo da poter tutelare la riservatezza e migliorare lo stato di salute delle persone interessate.

Qualità significa che le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere scientificamente e clinicamente adatte e di buona qualità. Questo richiede, ad esempio, la presenza di personale medico qualificato, di medicinali approvati scientificamente e non scaduti, di attrezzature ospedaliere, di acqua potabile e sicura, e di impianti igienici adeguati.

Oltre a identificare i criteri a cui gli stati devono attenersi, il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali fornisce indicazioni e principi che riteniamo utile richiamare in questa sede:

Il principio di non-discriminazione

Nel Commento generale n. 14, il Comitato evidenzia come agli stati venga vietata qualsiasi discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari sulla base di razza, genere, lingua, religione, opinione, disabilità fisica o mentale, stato di salute, orientamento sessuale, politico, e via dicendo, con l'intento o l'effetto di distruggere o di compromettere l'uguale godimento o esercizio del diritto alla salute³⁹. L'obbligo di garantire la non discriminazione è strettamente collegato al principio di equità, che implica che gli stati debbano prestare attenzione a tutte le fasce della popolazione: ciò non significa che tutti debbano essere trattati esattamente allo stesso modo, quanto piuttosto, che il sistema sanitario deve riconoscere, e prevedere, le differenze e i bisogni specifici dei gruppi all'interno della popolazione, in particolare di quelli che, come i migranti, sperimentano un livello sproporzionato di mortalità, incidenza di malattia e disabilità⁴⁰.

Il diritto di partecipazione

Il Comitato sottolinea che impiegare un approccio alla salute basato sui diritti umani consente di evidenziare come l'obiettivo di creare servizi sanitari efficienti e sostenibili possa essere realizzabile solo se le persone prendono parte direttamente alla progettazione delle politiche, dei programmi e delle strategie destinate a tutelarli. La partecipazione delle comunità nella definizione delle priorità e nella progettazione, attuazione e valutazione dei programmi, delle politiche e delle altre attività di governo rilevanti per il diritto alla salute accresce le probabilità che le esigenze della comunità vengano affrontate in modo più efficace. Infatti, solo grazie all'azione e al coinvolgimento della comunità si può ottenere una vera emancipazione e solo attraverso quest'ultima è possibile raggiungere il livello di *empowerment* necessario per la comprensione e la piena rivendicazione dei diritti umani, diritto alla salute compreso.

Gli obblighi in capo agli stati

Dall'incorporazione dei diritti umani nell'ordinamento giuridico degli stati discendono alcuni precisi obblighi. Questi sono stati identificati, nel diritto internazionale dei diritti umani, nell'obbligo di rispettare (*respect*), di proteggere (*protect*) e di attuare (*fulfill*) i diritti umani. I governi sono perciò

³⁹ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit.

⁴⁰ J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, London, Commonwealth Medical Trust, 2004.

giuridicamente vincolati a soddisfare questa serie di obblighi per ciascun diritto menzionato in ciascun trattato sui diritti umani che abbiano ratificato⁴¹. Le definizioni contenute nel presente paragrafo sono, ancora una volta, tratte dal Commento generale n. 14.

- *Rispettare*: l'obbligo di rispettare il diritto alla salute concerne principalmente la legislazione e le politiche governative, e richiede che lo stato si astenga dall'intraprendere azioni che limitino (direttamente o indirettamente) la capacità delle persone di godere del diritto alla salute, ad esempio adottando azioni, programmi, politiche o norme che possano verosimilmente provocare lesioni personali, malattie e decessi. Si richiede, inoltre, agli stati, di non adottare leggi o politiche che comportino una regressione nel grado di realizzazione del diritto alla salute.

- *Proteggere*: l'obbligo di proteggere il diritto alla salute concerne principalmente il dovere degli stati di minimizzare i rischi per la salute e di adottare le misure necessarie per tutelare i propri cittadini da violazioni del diritto alla salute da parte di terzi. È opportuno precisare che gli stati non sono responsabili per le azioni o le omissioni compiute da entità non governative (quali sono, ad esempio, imprese multinazionali – comprese società farmaceutiche – società di assicurazioni sanitarie, istituti di ricerca biomedica, servizi sanitari privati), hanno tuttavia la responsabilità di adottare misure volte ad assicurare che tali organismi si astengano dal violare i diritti degli individui e delle comunità.

- *Attuare*: l'obbligo di attuare il diritto alla salute concerne le misure positive che le autorità di governo sono tenute ad adottare per consentire ai singoli e alle comunità di godere, in concreto, del diritto alla salute. Ciò richiede che siano compiuti i passi necessari per garantire i benefici previsti dal diritto alla salute e che siano adottate le adeguate misure legislative, amministrative, finanziarie, giudiziarie, e di qualsiasi altro tipo, necessarie ad assicurare la sua piena realizzazione. Si richiede inoltre che priorità sia data alle necessità di salute dei soggetti svantaggiati o, per altre ragioni, vulnerabili, presenti all'interno della società.

L'obbligo di attuare il diritto alla salute è a sua volta suddiviso negli obblighi correlati di agevolare (*facilitate*), fornire (*provide*) e promuovere (*promote*). Ciò riflette i diversi tipi di responsabilità che i governi assumono nell'adottare misure positive volte all'attuazione del diritto alla salute.

- *Agevolare il diritto alla salute*: impone agli stati di adottare misure positive che consentano e aiutino gli individui e le comunità a godere del diritto alla salute.

⁴¹ T. Van Boven, C. Flinterman e I. Westendorp (a cura di), *Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights*, Utrecht, Netherlands Institute of Human Rights, 1998. Si veda anche A. Eide, *Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights*, in *Economic, Social and Cultural Rights. A Textbook*, a cura di A. Eide, C. Krause e A. Rosas, Dordrecht-London, Martinus Nijhoff, 1995, pp. 9-28.

- *Fornire il diritto alla salute*: impone agli stati di intervenire quando individui o gruppi non sono in grado, per ragioni indipendenti dalla loro volontà, di realizzare il diritto alla salute autonomamente attraverso i mezzi a loro disposizione.

- *Promuovere il diritto alla salute*: impone agli stati di intraprendere azioni che creino, mantengano e ristabiliscano la salute della popolazione. La promozione della salute è una componente importante delle misure necessarie per attuare il diritto alla salute. Esso sottolinea lo stretto legame tra buona salute, informazione ed istruzione. Al fine di godere del diritto alla salute, le persone e le comunità devono disporre di informazioni adeguate ed appropriate circa la salute.

Realizzazione progressiva

Il diritto alle migliori condizioni di salute raggiungibili è soggetto ai principi della realizzazione progressiva (*progressive realization*) e del massimo delle risorse disponibili (*maximum available resources*). Ciò è riconducibile alla consapevolezza che l'obiettivo di creare un sistema sanitario completo ed integrato, che garantisca accesso a tutti i cittadini, non possa essere raggiunto immediatamente. Ciò che è richiesto allo stato è di adottare misure efficaci volte al raggiungimento progressivo di tale obiettivo. Paul Hunt e Gunilla Backman identificano tre principali conseguenze, derivanti da tale principio⁴². La prima conseguenza è che gli stati devono adottare un piano nazionale per lo sviluppo del proprio sistema sanitario, che copra sia il settore pubblico che quello privato. Un'ulteriore implicazione del principio della realizzazione progressiva è che, per essere efficace, un sistema sanitario deve includere appositi indicatori e parametri di riferimento, al fine di valutare se lo stato stia migliorando il suo sistema sanitario, e stia progressivamente realizzando il diritto alla salute⁴³. L'ultima implicazione derivante dalla progressiva realizzazione è quello che viene comunemente indicato come principio di non regressione (*non-retrogression*). Ciò significa che uno stato deve mantenere almeno il livello di godimento del diritto alla salute esistente in partenza, e che non è ammessa l'adozione di misure suscettibili di abbassare tale livello⁴⁴.

⁴² P. Hunt e G. Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, cit.

⁴³ Si veda E. Riedel, *The Human Right to Health*, cit., p. 36.

⁴⁴ P. Hunt e G. Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, cit.

Obblighi essenziali

Sebbene, come affermato in precedenza, la realizzazione del diritto alla salute sia sottoposto al principio della «realizzazione progressiva», questo non libera lo stato dalla soddisfazione di alcuni obblighi ritenuti essenziali. La soddisfazione di tali livelli non è derogabile, anche in caso di situazioni economiche di particolare gravità. Tra gli obblighi essenziali vi sono:

- garantire il diritto di accesso a strutture, beni e servizi sanitari, su base non discriminatoria, in particolare ai gruppi vulnerabili o emarginati;
- garantire l'accesso ad un quantitativo minimo essenziale di cibo, che sia adeguato dal punto di vista nutrizionale e sicuro; garantisca la libertà dalla fame per tutti;
- garantire l'accesso a sistemazioni alloggiative e servizi igienici di base, e un'adeguata fornitura di acqua potabile sicura;
- fornire farmaci essenziali, come definiti dal Programma di azione sui medicinali essenziali dell'Oms;
- garantire un'equa distribuzione di tutti i servizi sanitari, i beni e i servizi;
- adottare e attuare una strategia e un piano di azione sanitario nazionale, sulla base di dati epidemiologici, che affronti le problematiche di salute della popolazione nel suo complesso. La strategia e il piano di azione dovranno essere sviluppati, e rivisti periodicamente, sulla base di un processo partecipativo e trasparente. Questa dovrà inoltre prevedere strumenti – quali indicatori e *benchmarks* – attraverso i quali valutare i progressi ottenuti. In questo processo, una particolare attenzione dovrà essere riservata a tutti i gruppi vulnerabili o marginalizzati.

Il Comitato ha inoltre indicato che alle seguenti iniziative deve essere garantita altrettanta priorità:

- garantire assistenza sanitaria per le problematiche di salute riproduttiva, materna (pre-natale e post-natale) e pediatrica;
- garantire le vaccinazioni contro le principali malattie infettive diffuse nella comunità;
- adottare misure per prevenire, curare e controllare epidemie e malattie endemiche;
- fornire educazione sanitaria e accesso alle informazioni riguardo ai principali problemi di salute nella comunità, inclusi i metodi per prevenirli e controllarli;
- fornire una formazione adeguata al personale sanitario, compresa l'educazione in materia di salute e diritti umani.

3. La normativa in materia di salute e immigrazione

Come spiegato in apertura del capitolo, le possibilità per la popolazione migrante di veder realizzato il proprio diritto alla salute dipende, in buona parte, dal grado di accesso ai servizi sanitari garantito, in base allo status giuridico che caratterizza la loro condizione, dalle norme di diritto interno⁴⁵. Per questo motivo, la presente sezione sarà dedicata a presentare una panoramica delle suddette norme⁴⁶. Innanzitutto, si segnala che le possibilità di accesso ai servizi sanitari variano principalmente a seconda del paese di provenienza del migrante nonché della presenza e della tipologia del permesso di soggiorno in possesso. Il discrimine principale, in tal senso, va fatto tra i migranti provenienti da un paese appartenente all'Unione europea e quelli provenienti da un paese extra-comunitario.

Cittadini comunitari

Per quanto concerne l'assistenza sanitaria garantita ai cittadini di uno degli stati dell'Unione europea, la principale distinzione da farsi è tra coloro che effettuano un soggiorno di breve durata (inferiore ai tre mesi) e coloro che effettuano un soggiorno di lungo periodo (superiore ai tre mesi)⁴⁷.

Per i soggiorni inferiori ai 3 mesi non può essere effettuata l'iscrizione al Ssn, se non per i lavoratori stagionali e i titolari di modelli E106 con vali-

⁴⁵ Si ricorda, ai fini di completezza, che l'inquadramento normativo non si esaurisce con il solo livello nazionale. Infatti, in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione, la materia «salute e immigrazione» è divisa tra la legislazione «esclusiva» (l'immigrazione è tra le materie in cui lo stato mantiene la piena potestà legislativa) e la legislazione «concorrente» (la tutela della salute è tra le materie in cui la potestà legislativa spetta alle regioni). Pur essendo, quindi, la politica sull'immigrazione dettata a livello nazionale – e rimanendo anche in capo allo stato l'obbligo di garantire l'equità nell'attuazione del diritto alla salute – i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione, anche in ambito sanitario, devono essere attuati e realizzati localmente. Si veda, in tal senso, l'accordo stipulato il 20 dicembre 2012 nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA) che recepisce buona parte del documento *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome italiane* già approvato dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e PA il 21 settembre 2011. Lo scopo di tale accordo era di uniformare le pratiche e il livello di assistenza garantito ai cittadini stranieri nelle diverse regioni.

⁴⁶ La presente panoramica costituisce una mera sintesi delle disposizioni più rilevanti. Per maggiori dettagli si rimanda all'appendice 1 del primo rapporto di ricerca (I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit.) e agli eventuali approfondimenti presenti nei diversi capitoli di questo testo.

⁴⁷ Il testo normativo principale in materia è il d.lgs. 30/2007 che recepisce nell'ordinamento italiano la direttiva 38 del 2004. D.lgs. 6 febbraio 2007, n. 30, *Gazzetta ufficiale* n. 72 del 27 marzo 2007.

dità trimestrale⁴⁸. L'accesso alle prestazioni sanitarie avviene dietro esibizione della tessera europea di assicurazione malattia (Team) rilasciata dal paese di provenienza. Nel caso in cui il cittadino europeo si presenti all'Azienda sanitaria locale privo di tessera Team potrà essere richiesta all'istituzione straniera la prova dell'iscrizione del paziente, oppure sarà richiesto il pagamento per intero della prestazione e, successivamente, il cittadino straniero potrà chiedere il rimborso alla competente istituzione del proprio paese. I titolari della tessera Team o di un documento equivalente hanno diritto alle cure urgenti e necessarie nonché a tutte le prestazioni in natura richieste dallo stato di salute per consentire di continuare il soggiorno.

Per i soggiorni superiori ai tre mesi, il cittadino comunitario sarà, in diversi casi⁴⁹, obbligatoriamente iscritto al Ssn, a parità di trattamento con i cittadini italiani residenti in Italia e con oneri a carico dello stesso Ssn. Altre categorie di soggetti hanno invece diritto all'iscrizione volontaria, dietro il pagamento di un contributo annuale⁵⁰.

Coloro che hanno la residenza in Italia o che comunque intendono soggiornare per un periodo superiore a tre mesi e che non hanno diritto all'iscrizione al Ssn, e che risultino altresì privi di copertura sanitaria del paese di provenienza, devono disporre di risorse economiche sufficienti e di un'assicurazione sanitaria o di altro titolo idoneo che copra tutti i rischi nel territorio nazionale⁵¹.

I cittadini comunitari in stato di indigenza che si trovano sul territorio italiano senza essere assistiti dagli stati di provenienza e senza la copertura di un'altra assicurazione privata hanno diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti⁵². Di queste prestazioni sarà tenuta, da parte dell'Asl, una contabilità separata per tentare azioni di recupero e/o negoziazione nei confronti degli stati competenti. Questa rendicontazione viene effettuata sulla base di

⁴⁸ Ministero della salute, nota informativa 3 agosto 2007.

⁴⁹ *Ibidem*. Tra questi vi sono, *inter alia*, lavoratori subordinati o autonomi; familiari, anche non cittadini dell'Unione, di lavoratori subordinati o autonomi; possessori di «attestazione di soggiorno permanente» maturato dopo 5 anni di residenza in Italia e titolari di formulari E106/S1, E109/S1, E120/S1, E121/S1.

⁵⁰ Tra queste si vedano, *inter alia*, i cittadini comunitari che godono delle immunità e dei privilegi previsti dalla Convenzione di Vienna sulle relazioni diplomatiche e consolari; i cittadini senza i requisiti per l'iscrizione al Ssn; gli studenti e personale alla pari; i cittadini comunitari che svolgono un'attività lavorativa in Italia e che rimangono soggetti alla legislazione di sicurezza sociale dello stato di invio (tranne nei casi in cui sia dovuta l'iscrizione obbligatoria qualora portatori dei modelli comunitari).

⁵¹ D.lgs. 30/2007, art. 7, comma 1, lett. b) e c).

⁵² Ministero della salute, nota informativa 3 agosto 2007. Tra le prestazioni urgenti ed essenziali garantite si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative alla salute dei minori, alla maternità e all'interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al Ssn. Infine, sono anche garantite le campagne di vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

quello che, nella Regione Piemonte⁵³, è stato chiamato codice Eni (europei non iscritti) e che viene attribuito in occasione della prima erogazione delle prestazioni o su richiesta dell'interessato. Le prestazioni sono erogate a parità di condizioni con i cittadini italiani per quel che concerne l'eventuale compartecipazione alla spesa.

Cittadini extra-comunitari

La normativa di riferimento in materia⁵⁴ distingue tra coloro che sono in possesso del permesso di soggiorno e sono iscrivibili obbligatoriamente al Ssn; coloro che sono in possesso del permesso di soggiorno e sono iscrivibili volontariamente al Ssn; coloro che sono in regola con le norme relative al soggiorno ma non sono iscrivibili al Ssn; coloro che non sono in regola con le norme relative al soggiorno e non sono iscrivibili al Ssn.

- *Non comunitari regolarmente soggiornanti e iscrivibili obbligatoriamente al Ssn*: il diritto all'iscrizione obbligatoria al Ssn deriva dal motivo che autorizza il rilascio del permesso di soggiorno e che conseguentemente consente la permanenza sul territorio italiano⁵⁵. L'iscrizione obbligatoria garantisce lo stesso trattamento riservato, per legge, al cittadino italiano per quanto concerne la scelta del medico di medicina generale e/o del pediatra di libera scelta e per la compartecipazione alla spesa.

- *Non comunitari regolarmente soggiornanti e iscrivibili volontariamente al Ssn*: gli stranieri in possesso di un permesso di soggiorno superiore ai tre

⁵³ Regione Piemonte, Circolare dell'Assessorato tutela della salute e sanità del 9 gennaio 2008, Prot. n. 822 /DA2009.

⁵⁴ Vedasi il Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione, norme sulla condizione dello straniero (Testo unico sull'immigrazione, Tui), d.lgs. 286 del 25 luglio 1998, *Gazzetta ufficiale* n. 191 del 18 agosto 1998, suppl. ord. n. 139, in particolare agli artt. 34, 35 e 36. Vedasi anche d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394, *Gazzetta ufficiale* n. 258 del 3 novembre 1999, suppl. ord. n. 190, art. 42, 43 e 44. Si veda infine Ministero della sanità, Circolare n. 5 del 24 marzo 2000, *Gazzetta ufficiale*, Serie generale n. 126 del 1° giugno 2000.

⁵⁵ In base all'art. 34 Tui e all'art. 42 del Regolamento di attuazione del Ministero della sanità, Circolare n. 5, cit., e normativa successiva, hanno diritto all'iscrizione obbligatoria gli stranieri in possesso di un permesso di soggiorno per, *inter alia*, lavoro subordinato; lavoro autonomo; motivi familiari; asilo politico/rifugio politico; asilo umanitario/motivi umanitari/protezione sussidiaria; richiesta di protezione internazionale; richiesta di asilo ai sensi della Convenzione di Dublino; possessori della carta di soggiorno e soggiornanti di lungo periodo; familiari non comunitari di cittadino comunitario iscritto al Ssn; minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno; status di apolide; motivi di salute/umanitari (salvo soggiornanti *ex art.* 36 Tui); le cittadine straniere – ed il coniuge convivente – in stato di gravidanza e/o nei sei mesi successivi alla nascita del figlio – che abbiano chiesto il rilascio del permesso di soggiorno (non rinnovabile) per cure mediche.

mesi e che non rientrano nelle categorie iscritte obbligatoriamente⁵⁶ sono tenuti ad assicurarsi in proprio contro il rischio di malattia, infortunio e maternità, o con polizza con istituto assicurativo italiano o estero, purché valido in Italia, oppure attraverso un'iscrizione volontaria al Ssn, valida anche per i familiari a carico⁵⁷.

- *Non comunitari regolarmente soggiornanti e non iscrivibili al Ssn*: non è consentita l'iscrizione volontaria ai cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di cura⁵⁸, per motivi turistici o di altro permesso di soggiorno di durata inferiore ai tre mesi (salvo i casi in cui non sia consentita l'iscrizione obbligatoria o volontaria). A questi sono assicurate, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, sia le prestazioni ospedaliere urgenti (ambulatoriali, di ricovero, di day hospital), il cui onere deve essere corrisposto *in toto* al momento della dimissione, sia le prestazioni sanitarie di elezione, il cui onere deve essere corrisposto dall'interessato al momento della prestazione⁵⁹.

- *Non comunitari irregolarmente soggiornanti e non iscrivibili al Ssn*: non hanno diritto all'iscrizione al Ssn i cittadini non comunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno (c.d. stranieri temporaneamente presenti, Stp). Il Tui prevede che a questi siano assicurate le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti⁶⁰ o comunque essenziali⁶¹, ancorché continuative, per malattia e infortunio⁶². In particolare sono garantite la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni, gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei

⁵⁶ L'iscrizione volontaria è concessa ai cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti e/o presenti in Italia per, *inter alia*, studio; motivi religiosi (non rientranti nei casi in cui spetta l'iscrizione obbligatoria); persone alla pari; familiari ultrasessantacinquenni con ingresso in Italia per ricongiungimento familiare dopo il 5 novembre 2008.

⁵⁷ Tui, art. 34, comma 3; vedi anche d.p.r. 394/1999, art. 42. Vedi inoltre Ministero della sanità, Circolare n. 5, cit.

⁵⁸ Tui, art. 36.

⁵⁹ Ministero della sanità, Circolare n. 5, cit. Rimangono tuttavia salvi gli accordi internazionali in materia di reciprocità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

⁶⁰ Per «cure urgenti» si intendono cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona.

⁶¹ Per «cure essenziali» si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

⁶² Tui, art. 35, comma 3. Agli stranieri irregolari devono altresì essere estesi i programmi di medicina preventiva, a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Ai fini dei trapianti considerati terapie essenziali, compreso il trapianto di midollo osseo, lo straniero Stp è trattato al pari del cittadino italiano.

relativi focolai⁶³ nonché la cura, la prevenzione e la riabilitazione in materia di tossicodipendenza⁶⁴.

Per quanto riguarda le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria di base in merito a quest'ultima tipologia di utenza, il d.p.r. 394/1999 all'art. 43, delega alle regioni italiane l'organizzazione dei servizi sanitari, ovvero la definizione di chi deve fornire l'assistenza sanitaria di base⁶⁵. Come si vedrà meglio nei prossimi capitoli, a tal fine la Regione Piemonte ha creato nel 1996 i Centri di informazione salute immigrati (Centri Isi)⁶⁶, centri ai quali dal 2004 è affidata l'erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri Stp. Questa viene assicurata attraverso il rilascio di un tesserino con codice regionale individuale Stp. Si segnala, infine, che le prestazioni sanitarie essenziali sono garantite a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto riguarda le quote di partecipazione alla spesa. Tuttavia, come si vedrà, lo straniero Stp, qualora abbia reso dichiarazione di indigenza, può essere esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa (ticket), in analogia con il cittadino italiano, con il codice di esenzione X01 che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata. Sono inoltre garantiti in forma gratuita interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlati, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, in particolare: la tutela sociale della gravidanza e maternità, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione, gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, la diagnosi e cura delle malattie infettive e bonifica degli eventuali focolai prestazioni finalizzate alla prevenzione, la cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, le prestazioni correlate a patologie esenti.

Un'ultima precisazione va riportata sul tema del reato di clandestinità che sebbene non concerna direttamente la normativa in materia sanitaria, ha avuto comunque – come si era potuto verificare nel corso della prima fase della ricerca – un impatto notevole sul modo in cui i migranti accedono ai servizi sanitari. All'epoca della redazione del primo volume della ricerca si era evidenziato come l'esistenza di quel reato limitasse ancora molti migranti a causa del timore, comunque infondato, di denuncia alle autorità da parte di medici e altri operatori sanitari⁶⁷. Si segnala che il 17 maggio 2014, è entrata in vigore la legge delega n. 67 del 2014⁶⁸ che dispone, *inter alia*, l'abrogazione⁶⁹ del reato di soggiorno irregolare al primo ingresso di cui all'art.

⁶³ Tui, art. 35, comma 3.

⁶⁴ D.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309, *Gazzetta ufficiale* n. 255 del 31 ottobre 1990, suppl. ord. n. 67.

⁶⁵ D.p.r. 394/99, art. 43, comma 8.

⁶⁶ Regione Piemonte, Delibera regionale n. 56-10571 del 15 luglio 1996.

⁶⁷ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, cit., cap. 5.

⁶⁸ Legge 28 aprile 2014, n. 67, *Gazzetta ufficiale* n. 100 del 2 maggio 2014.

⁶⁹ *Ibidem*, art. 2, comma 3, lett. b).

10-*bis* del Tui. Questo, infatti, dovrà essere trasformato in un illecito amministrativo. L'effettiva abrogazione dovrà essere disposta, tramite decreto legislativo, entro 18 mesi dall'entrata in vigore della legge.

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Capitolo secondo

Sofferenza sociale e marginalità

1. *Migrazione e sofferenza sociale*

Attualmente nel mondo ci sono circa 232 milioni di persone che hanno abbandonato il proprio luogo di origine e hanno intrapreso un percorso migratorio¹. Mentre in alcuni casi la migrazione può rappresentare un'occasione di crescita personale e un'esperienza costruttiva, in molti altri casi i migranti devono affrontare sistematiche violazioni dei loro diritti umani e sono soggetti a numerose forme di violenza, discriminazione e sfruttamento durante il viaggio e nei luoghi di arrivo².

L'esperienza migratoria è spesso associata alla povertà, a condizioni abitative sfavorevoli, a uno scarso riconoscimento sociale e all'inserimento in lavori subalterni, irregolari, precari e poco tutelati sul piano contrattuale. A questo si aggiungono la fatica esistenziale del doversi inserire in una realtà nuova e spesso ostile, la necessità di imparare una nuova lingua, di ricostruire le proprie reti relazionali e affettive, di confrontarsi con una cultura diversa e acquisire familiarità con abitudini nuove, che talvolta mettono in discussione quel retroterra semantico e operativo³ grazie a cui ogni individuo interagisce in modo fluido con la realtà quotidiana.

La realtà piemontese è un chiaro esempio del nesso fra immigrazione e precarietà economica e sociale. Secondo il *Dossier statistico immigrazione 2014*, nel 2013 la popolazione straniera ha sentito in modo particolarmente intenso gli effetti della crisi economica, registrando un tasso di disoccupazione che si colloca al 22,8%, mentre per gli italiani è dell'8,9%⁴. Inoltre,

¹ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *International Migration and Development, Report of the Secretary-General*, UN Doc. A/69/207 del 30 giugno 2014.

² Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants*, UN Doc. A/69/302 dell'11 agosto 2014.

³ I. Quaranta e M. Ricca, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Milano, Raffaello Cortina, 2012.

⁴ Unar e Centro Studi e Ricerche Idos (a cura di), *Dossier statistico immigrazione 2014. Dalle discriminazioni ai diritti*.

come rileva il rapporto *Il mercato del lavoro in Piemonte nel 2013*, i posti di lavoro disponibili per i lavoratori stranieri sono inadeguati ad assorbire dei flussi demografici attenuati rispetto al passato, ma in ogni caso presenti e significativi. Questo problema, già visibile nel 2012, si è aggravato come conseguenza della caduta dell'occupazione nel ramo industriale e ha assunto dimensioni preoccupanti nel 2013, configurandosi come una «vera e propria emergenza sociale»⁵.

Le profonde asimmetrie che caratterizzano i fenomeni migratori collocano lo straniero in una posizione di «vulnerabilità strutturale»⁶, che trova un chiaro riscontro nella sfera del diritto alla salute. Il concetto di vulnerabilità ha a che fare con il grado di esposizione a rischi e con la capacità di risposta a condizioni di crisi. Possiamo parlare di «vulnerabilità strutturale» quando siamo in presenza di una condizione di vulnerabilità che non è legata a scelte o azioni individuali, ma che ha come fondamento condizioni sociali strutturali, che limitano l'agency e plasmano i processi decisionali del singolo.

Come afferma il recente rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità *Governance for Health Equity*, «le disuguaglianze sanitarie sono uno specchio delle disuguaglianze nelle condizioni materiali e nelle strutture sociali e politiche all'interno di una società»⁷. La salute e il benessere, infatti, sono plasmati dalla distribuzione dei mezzi economici, dagli assetti di potere e dalle risorse, materiali e simboliche, di cui può disporre un dato gruppo sociale⁸.

Come abbiamo avuto modo di ribadire nel primo capitolo, sono aspetti sostanziali del diritto alla salute sia il diritto all'assistenza medica, sia il diritto a vivere in condizioni sociali che permettano di raggiungere il proprio potenziale di salute. Sebbene la popolazione straniera a Torino sia mediamente più giovane e, in termini generali, più sana della componente italiana⁹, il peso di condizioni socio-economiche svantaggiate si fa sentire in modo rilevante sul piano sanitario¹⁰.

⁵ Regione Piemonte, *Il mercato del lavoro in Piemonte nel 2013*, Torino, 2014, p. 55.

⁶ J. Quesada, L.K. Hart e P. Bourgois, *Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States*, in «Medical Anthropology», 30, 2011, n. 4, pp. 339-362.

⁷ C. Brown et al., *Governance for Health Equity. Taking forward the Equity Values and Goals of Health 2020 in the WHO European Region*, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013.

⁸ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2014, pp. 141-166.

⁹ E. Coffano, M. Del Savio e L. Mondo (a cura di), *Rapporto: Stranieri e salute*, Regione Piemonte, Assessorato alla tutela della salute e sanità, politiche sociali e politiche per la famiglia, 2012, <http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/stranieri/2012/pdf/24-stranieri-e-salute.pdf>.

¹⁰ Nel primo volume della ricerca si è ampiamente approfondito il tema delle disuguaglianze di salute e dei determinanti sociali. Cfr. I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 135 ss.

Nel primo volume si è evidenziato come la distribuzione della salute nella città di Torino mostri forti ineguaglianze e le condizioni generali di salute siano più precarie nelle aree più disagiate della città, che solitamente vedono un alto numero di migranti residenti. «La dimensione socio-economica» infatti «rappresenta il principale determinante delle differenze di salute all'interno della città di Torino»¹¹. In particolare, si è visto come rispetto sia ai principali determinanti strutturali (reddito, istruzione, occupazione) sia ai principali determinanti intermedi (circostanze materiali di vita – quali abitazione, ambiente lavorativo – fattori psicosociali – quali l'isolamento e la discriminazione – e fattori comportamentali) la popolazione migrante si collochi, generalmente, in una posizione più precaria e vulnerabile.

Nel presente capitolo ritorneremo nuovamente sul ruolo dei determinanti sociali nella tutela del diritto alla salute dei migranti a Torino. Tuttavia, in questa sede, l'approccio si differenzierà rispetto a quello adottato precedentemente in quanto si presenteranno delle storie di vita che raccontano, al di là dei numeri e delle statistiche, i meccanismi e i processi che convergono nel generare varie forme di «sofferenza sociale»¹². Un primo esempio della stretta connessione fra sfera sociale e sfera sanitaria ce lo offre l'intervista a Najib, per il quale la mancanza di lavoro è un problema che, a catena, impatta tutte le altre dimensioni della sua vita in Italia.

Un tempo c'era il lavoro nero, qui in Italia, ma adesso non c'è neanche quello. Tu mi chiedi quali sono i problemi di salute, io ti dico che il problema è che non c'è lavoro. È la mancanza di lavoro. Se il lavoro va bene, anche le altre cose vanno bene. Basta che trovo un lavoro. Se trovo un lavoro io sto bene: va bene la salute, vanno bene le cose con tutti i miei amici, con tutta la mia famiglia (Najib, 30 anni, Egitto).

Nelle storie di vita è possibile cogliere la molteplicità di significati del concetto di marginalità, che non è riferibile solo alla povertà estrema, ma anche alla minor presenza di reti relazionali o di capitale sociale, all'esclusione politica e al più limitato accesso all'informazione e a spazi di partecipazione. La marginalità, inoltre, incide sulla percezione di sé e limita la capacità di interagire con spazi istituzionali, che possono arrivare a generare un senso di angoscia e impotenza. È ciò che sottolinea una delle donne intervistate:

Ho spesso paura quando devo andare dal dottore o le volte che ho avuto bisogno di andare in ospedale. Non c'è una vera e propria ragione... io ho i documenti quindi forse più che paura dovrei dire timore. Un timore che metto in relazione con quello che significa essere immigrati: la lingua, il fatto di essere in un

¹¹ *Ibidem*, p. 142.

¹² Per un inquadramento iniziale di questo concetto si veda A. Kleinman, V. Das e M. Lock (a cura di), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press, 1997.

altro paese, il fatto di non sapere bene come funzionano le cose. Tutto ciò genera molta insicurezza [...] Una volta ho avuto un dolore molto forte a un fianco, io ho un problema cardiaco, quindi ho temuto che fosse una cosa collegata... sono andata al pronto soccorso, ma già in sala d'attesa ero in ansia perché l'infermiera all'accoglienza mi ha detto, senza tanti giri di parole, che se mi avessero dato il codice bianco avrei dovuto pagare il ticket e io non avevo soldi, eravamo in una situazione economica molto precaria, quindi ho detto a mio marito «se mi danno il codice bianco ce ne andiamo, non mi faccio visitare». Eppure era una cosa seria, ma io ho sempre paura di non saper valutare, di esagerare, di seguire il percorso sbagliato... in più talvolta in accettazione sono già prevenuti, pensano, e te lo dicono, che gli stranieri usano male il pronto soccorso. Quella volta mi hanno dato un codice verde, era uno strappo muscolare dovuto al tipo di lavoro che faccio perché spesso devo sollevare le signore di cui mi occupo e in cucina ogni giorno sposto padelle e pentole che pesano parecchio. È questo, comunque, il timore a cui mi riferisco... non il timore di essere denunciata, ma il senso di impotenza, ecco... L'ospedale è un luogo particolare, è un'istituzione, un apparato di salute, una forza strutturata di fronte alla quale ci si sente impotenti. È come se, entrando, qualcun altro prendesse in mano la situazione e ti lasciasse al margine delle decisioni. Si è sempre, lo dico fra virgolette, in «condizioni di inferiorità», ma mentre nel mio paese sentivo di avere gli strumenti per valutare la situazione e per esigere un servizio, qui questa inferiorità è enorme ed è molto più forte per il fatto di essere l'altro, lo straniero. Non sento di avere tutti gli strumenti necessari per far valere i miei diritti (Gabriela, 52 anni, Colombia).

La testimonianza precedente mette in luce chiaramente la moltitudine di ostacoli che rendono difficoltosa la realizzazione del diritto alla salute per la popolazione migrante. Emergono con forza alcuni dei problemi relativi all'accessibilità ai servizi sanitari già individuati nel primo volume quali gli ostacoli dati dalla mancanza di informazione sui propri diritti e sul modo di accedere e utilizzare i servizi, le barriere linguistiche, le difficoltà di orientamento in un ambiente non noto e i problemi relativi all'accessibilità economica. Al contempo è possibile rilevare ulteriori ostacoli, non identificati dalla prima fase della ricerca, relativi all'approccio soggettivo, al senso di impotenza e di inferiorità dato dal dover interagire con un'istituzione complessa e distante.

Gli stranieri, sia nelle interazioni informali che negli spazi istituzionali, sono spesso rappresentati come «altri» rispetto ad un «noi italiani» di cui si stenta a definire i contorni. I pregiudizi e gli stereotipi, benché spesso non ammessi, sono all'ordine del giorno. Nel corso della ricerca sono emerse numerose immagini negative dello straniero, che testimoniano la rilevanza di forme esplicite o, più spesso, velate, di xenofobia e discriminazione. In alcuni casi queste immagini sono state riportate dai nostri interlocutori nelle interviste, in altri casi da noi osservate in modo diretto negli spazi di cura, ma i più chiari esempi di stereotipi del migrante appaiono soprattutto negli ambiti informali e a livello mediatico. Figura scomoda, lo straniero è talora rappresentato come invasore, come portatore di malattie, come potenziale

terrorista, come delinquente, come qualcuno che mette a rischio l'identità e i valori autoctoni. Ma a prevalere è soprattutto l'immagine del migrante come concorrente indesiderato e illegittimo, che sottrae risorse preziose agli italiani in un momento di crisi economica.

Il modo in cui si è percepiti dagli altri incide in modo decisivo sull'auto-percezione e può impattare sulla possibilità di attivarsi per far valere i propri diritti o per agire in modo propositivo. È interessante notare come in molte interviste una delle più forti e sentite richieste dei nostri interlocutori sia quella di essere trattati come «persone» e non come «immigrati»: non è un caso se il sociologo Alessandro Dal Lago ha usato l'espressione «non-persone» per mettere in luce i meccanismi di esclusione, impliciti ed espliciti, di cui sono oggetto gli stranieri, specialmente se clandestini¹³.

La parola «persona» è collegata sia al bisogno di riconoscimento sociale, sia alla richiesta di uguaglianza sul piano dei diritti fondamentali. Come già nel 1998 evidenziava il Comitato nazionale per la bioetica¹⁴, un approccio interculturale alla cura dovrebbe nascere da valori comuni in una comunità politica democratica, come la tutela dei diritti umani e i principi di solidarietà e sussidiarietà: sono queste le premesse indispensabili per la costruzione di una «medicina equa e interculturale»¹⁵.

Il tema della discriminazione è emerso più volte anche nel corso della prima fase della ricerca. In particolare, si è dato conto, come confermato da quanto appena riportato, di come la discriminazione influenzi in maniera marcatamente negativa la realizzazione del diritto alla salute della popolazione migrante¹⁶. Si è sottolineato come la discriminazione sovente si sovrapponga «alle diseguaglianze già presenti in capo ai gruppi vulnerabili e marginalizzati» e come questo «aument[i] la vulnerabilità rispetto ai problemi di salute e limit[i] l'efficacia dei trattamenti sanitari»¹⁷.

2. Welfare in tempi di crisi

La tutela della salute dei migranti e delle fasce più vulnerabili si scontra con una situazione di scarsità generale di risorse e con i tagli alla spesa pubblica in materia di salute. Ogni riflessione sul diritto alla salute oggi deve

¹³ A. Dal Lago, *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Milano, Feltrinelli, 2004.

¹⁴ Comitato nazionale per la bioetica, *Parere del Comitato nazionale per la bioetica sui problemi bioetici in una società multietnica*, 16 gennaio 1998. Testo integrale all'indirizzo: http://www.governo.it/bioetica/pdf/Problemi_bioetici_in_una_societa_multietnica_ok.pdf.

¹⁵ M. Ricca, *Medicina equa e interculturale. Per una cittadinanza sanitaria cosmopolita*, in *Malati fuori luogo*, cit., pp. 57-95.

¹⁶ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 162.

¹⁷ *Ibidem*, pp. 162-163.

quindi tener conto dell'attuale crisi economica, considerata da molti analisti la più grave nella storia, dopo la Grande depressione del 1929. Per l'Alto Commissariato per i diritti umani dell'Organizzazione delle Nazioni Unite:

Sono diminuiti sia la capacità degli individui di far valere i loro diritti, sia la capacità degli Stati di ottemperare agli obblighi in materia di tutela dei diritti umani. Questo è particolarmente vero per i gruppi più vulnerabili ed emarginati, come le donne, i bambini, le minoranze, i migranti e i poveri, che hanno visto decrescere la loro possibilità di accedere ai programmi di welfare e riducendo, nel contempo, la disponibilità di cibo, abitazioni, acqua, cure mediche e altre necessità primarie¹⁸.

In Italia, come in altri paesi europei, la spesa pubblica in materia di welfare si è significativamente ridotta negli ultimi anni, condizionando il sistema sanitario e amplificando le disuguaglianze preesistenti. In questo contesto è fondamentale monitorare la tutela del diritto alla salute dei migranti, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili, come le donne, i bambini e gli irregolari.

Come abbiamo visto nel primo capitolo, dal punto di vista normativo l'Italia offre ampie possibilità di accesso all'assistenza sanitaria ai migranti¹⁹. Il testo normativo di riferimento, in questo caso, è il Testo unico sull'immigrazione, Tui (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche e integrazioni) che, in sintesi, garantisce la possibilità di iscrizione al Sistema sanitario regionale, a parità di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani, ai cittadini europei residenti e agli stranieri extracomunitari regolarmente soggiornanti, o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento e per acquisto della cittadinanza. L'assistenza sanitaria è garantita, altresì, ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Gli stranieri regolarmente soggiornanti che non rientrano nelle precedenti categorie, gli studenti e i lavoratori alla pari sono tenuti ad assicurarsi in forma privata e possono iscriversi volontariamente al servizio sanitario nazionale versando le tariffe previste.

Anche agli stranieri irregolari sono assicurate «le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva»²⁰. Tale diritto è esteso sia ai cittadini

¹⁸ Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Report on Austerity Measures and Economic and Social Rights*, UN Doc. E/2013/82, 7 maggio 2013, p. 7.

¹⁹ Si veda, inoltre, I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., appendice 2.

²⁰ Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione, norme sulla condizione dello straniero (Testo unico sull'immigrazione, Tui), d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286, *Gazzetta ufficiale* n. 191 del 18 agosto 1998, suppl. ord. n. 139, art. 35.

non comunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno nello stato, i cosiddetti stranieri temporaneamente presenti (Stp), che ai cittadini comunitari senza attestazione di soggiorno e senza i requisiti per l'iscrizione al sistema sanitario nazionale, i cosiddetti europei non iscritti (Eni).

L'inquadramento normativo a livello nazionale, per quanto necessario, non è sufficiente a esaurire l'analisi delle disposizioni che regolano la possibilità di accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione migrante. Si è già menzionato che, in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione²¹, la materia in questione è rimasta sospesa tra la legislazione «esclusiva» e quella «concorrente». Da un lato, l'immigrazione è una delle materie sulle quali lo stato ha mantenuto la piena potestà legislativa, mentre la salute rientra nella potestà legislativa delle regioni. Ciò significa che, pur rimanendo in capo allo stato il potere di definire la politica sull'immigrazione nonché l'obbligo di garantire l'equa attuazione del diritto alla salute²², risultano in capo alle regioni le funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, l'identificazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute dei criteri di finanziamento delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni. Semplificando, le effettive modalità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte dei migranti sono definite a livello regionale e locale. Il progressivo decentramento amministrativo e politico ha fatto sì che esista una pronunciata eterogeneità sul territorio nazionale quanto all'effettiva attuazione della normativa nazionale in materia e alle concrete modalità di accesso e fruizione dei servizi.

Un passo importante nella tutela del diritto alla salute dei migranti è rappresentato dall'accordo tra governo, regioni e province autonome sul documento *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome*, siglato nel mese di dicembre del 2012²³. Il documento risponde all'esigenza, da più parti sentita, di uniformare le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri, risolvendo le difficoltà interpretative generate dalla quantità di indicazioni normative emanate negli anni e dalla

²¹ Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, *Gazzetta ufficiale* n. 248 del 24 ottobre 2001.

²² In particolare allo stato spetta il compito di definire i Livelli essenziali di assistenza (Lea).

²³ La preparazione del documento inizia nel 2009, con l'istituzione del Tavolo tecnico delle regioni e province autonome, promosso dalla Regione Marche. Nel maggio 2011 il gruppo di lavoro produce un primo documento, che viene approvato il 21 settembre 2011 dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e, successivamente, inviato al Ministero della salute per la trasmissione in Conferenza Stato-Regioni l'8 maggio 2012. Il ministro ne conferma l'approvazione il 20 dicembre 2012. L'accordo è pubblicato in *Gazzetta ufficiale* n. 32 del 7 febbraio 2013.

notevole eterogeneità di situazioni con cui gli operatori devono confrontarsi. A questo si aggiungono le nuove esigenze normative legate all'allargamento dell'Unione europea e al diritto alla libera circolazione dei cittadini.

Per monitorare l'attuazione dell'accordo, la Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm) ha predisposto dieci indicatori che corrispondono alle più diffuse criticità in materia di applicazione della normativa e di tutela del diritto alla salute. Fra questi possiamo ricordare: la garanzia di iscrizione al Ssr dei minori con genitori senza permesso di soggiorno e dei regolarizzandi; l'erogazione agli Stp delle cure essenziali atte ad assicurare che il ciclo terapeutico e riabilitativo sia completo fino alla possibile risoluzione dell'evento patologico, compresi anche eventuali trapianti; la definizione del codice di esenzione X01 per gli Stp e l'equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice Stp al codice Eni²⁴.

Nella Regione Piemonte – che ha recepito tutti i suddetti indicatori – il fulcro dell'assistenza pubblica per i migranti irregolari sono i Centri Isi. Questi Centri, presenti in via sperimentale dal 1992, sono entrati a regime nel dicembre del 2004. In quella stessa data sono state approvate delle linee guida per l'attivazione dei vari Centri Isi nelle Asl che non avevano partecipato alla sperimentazione. A partire dal Pssr 2007-2010 gli Isi diventano il punto di riferimento delle aziende sanitarie. Secondo le linee guida questi Centri devono:

- a) mappare e monitorare le condizioni di salute degli stranieri presenti non iscrivibili al Ssn;
- b) intervenire nel campo della prevenzione;
- c) dare risposta alla domanda di salute espressa da questa fascia della popolazione.

L'Isi, dunque, è un'importante risorsa sia per le aziende, sia per gli utenti, a cui sono garantite le prestazioni ambulatoriali (specialistiche e di base) e un'attività di accoglienza, informazione, accompagnamento e facilitazione all'accesso del servizio pubblico. Nel primo volume si è dato conto del ruolo fondamentale svolto dai suddetti Centri nel garantire l'accesso ai servizi sanitari alla popolazione migrante non in regola con le norme che regolano il soggiorno.

²⁴ L'elenco completo degli indicatori, qui riportato in modo sintetico, è disponibile su www.simmweb.it. a) Iscrizioni al Ssr dei minori con genitori senza permesso di soggiorno; b) iscrizione obbligatoria al Ssr dei regolarizzandi; c) iscrizione obbligatoria al Ssn anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al Ssn; d) iscrizione volontaria al Ssr per gli over 65; e) garanzia agli Stp delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti; f) rilascio preventivo del codice Stp per facilitare l'accesso alle cure; g) definizione del codice di esenzione X01 per gli Stp; h) iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani; i) iscrizione volontaria per i comunitari residenti; l) equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice Stp al codice Eni.

Oggi, tuttavia, i tagli alla sanità hanno messo in difficoltà questo sistema. L'insufficienza di mezzi, già segnalata profusamente nel primo volume²⁵, unita alla scarsa valorizzazione sul piano professionale e personale degli operatori che vi lavorano, hanno reso difficile il lavoro e generato un elevato livello di *burn out*. Nelle conversazioni informali, gli operatori riferiscono spesso la sensazione di essere stati «catapultati in prima linea» senza avere però gli strumenti adeguati per affrontare le numerose situazioni critiche che ogni giorno si presentano.

Il caso di Lungo Dora Savona è significativo: nell'ambulatorio ci sono solo pochi medici di medicina generale, che devono visitare un numero elevatissimo di pazienti (per ogni visita è previsto un tempo massimo di 15 minuti). I mediatori, che in molti casi sarebbero indispensabili anche durante i pochi minuti di durata della visita, sono invece costretti a svolgere una funzione prevalentemente organizzativa, di rilascio dei codici, di smistamento e di filtro dell'utenza. Le file sono lunghe, le esigenze burocratiche complesse e gli utenti sono spesso molto insoddisfatti. Questi compiti operativi, che vanno al di là del loro ruolo, possono creare confusione sia negli utenti che fra i mediatori stessi e non sorprende che, in queste condizioni, alcuni di loro si chiudano dietro atteggiamenti eccessivamente rigidi.

Questi problemi hanno chiaramente un impatto nella relazione con gli utenti, che non hanno una valutazione positiva dell'Isi. Nelle interviste emerge la percezione di «operatori con cui non si può parlare», che «urlano», che sono «scocciati», che sono troppo stanchi e disattenti rispetto ai bisogni degli utenti. Inoltre, il Centro Isi non è percepito dagli utenti come un luogo di informazione, facilitazione e accompagnamento, ma come un luogo ostile in cui si va «a litigare per fare la tessera».

Uno spazio che in origine aveva una funzione ampia e pionieristica, sta oggi rischiando di trasformarsi in uno snodo burocratico ostile in cui si concretizzano le contraddizioni del sistema. Operatori e pazienti sono intrappolati in dinamiche strutturali che trascendono di gran lunga il loro potere di azione. Il senso di impotenza è, da entrambe le parti, molto elevato. Tutto ciò mina la fiducia nel servizio pubblico e porta alla ricerca, talvolta caotica e dispendiosa, di alternative.

Quanto appena descritto mostra con chiarezza come la scarsità di risorse – problema categorizzabile, in prima battuta, sotto il cappello della disponibilità dei servizi – non possa che avere degli effetti negativi, a cascata, anche per quanto riguarda la qualità del servizio offerto e dell'accessibilità agli stessi.

Nonostante queste criticità, si sottolinea come le insoddisfazioni sembrano concentrarsi nella fase dell'accoglienza, mentre delle visite ambulatoriali si parla in modo positivo. I medici degli ambulatori e dei consultori

²⁵ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 47-55 e 81-90.

sono ritenuti molto disponibili ed efficienti dal punto di vista clinico. Inoltre, poiché all'Isi c'è un servizio di mediazione stabile e strutturato, e, superata la prima fase, si crea un rapporto di fiducia con gli utenti, è frequente che le persone tendano a ritornare per farsi visitare o anche solo farsi leggere e spiegare le ricette anche quando potrebbero rivolgersi al proprio medico di medicina generale. Quanto appena detto, riconferma ancora una volta l'importanza del carattere dell'accessibilità culturale dei servizi e, come vedremo dettagliatamente nel sesto capitolo, il ruolo essenziale della mediazione culturale²⁶, un valido strumento per creare un ponte tra due sponde che rischierebbero di non incontrarsi mai, il paziente straniero e il servizio sanitario.

Dalla ricerca sul campo è emerso, nuovamente, il ruolo importante svolto dal privato sociale nel garantire la disponibilità dei servizi sanitari. Sebbene non ci siano forme strutturate di collaborazione, esistono infatti reti informali fra i medici del consultorio e i centri del privato sociale attivi nella zona. Queste reti si dimostrano particolarmente efficaci e necessarie di fronte a situazioni critiche sul piano sociale. È, tuttavia, importante definire in modo più chiaro il ruolo dei vari attori e le differenze fra le varie istituzioni, che non sempre sono comprese dai pazienti.

È da segnalare che chi lavora nel campo è restio a sollevare delle critiche sui Centri Isi, per timore di fare il gioco di chi li vorrebbe chiudere. In tempi di tagli ai bilanci e di progressiva restrizione del welfare pubblico, strutture come l'Isi, rivolte a fasce marginali e vulnerabili della popolazione, sono in molti casi sentite come fardelli che sottraggono risorse ad altre aree e ad altri pazienti. L'insoddisfazione degli utenti, dunque, è da leggersi in senso costruttivo, come una spinta al miglioramento e alla valorizzazione delle potenzialità che un luogo come l'Isi potrebbe avere. I Centri Isi, infatti, rappresentano un'innovazione pionieristica della Regione Piemonte per dare una risposta tempestiva ai bisogni sanitari dei migranti, che ha avuto finora risultati complessivamente positivi e su cui vale la pena continuare a investire.

3. *L'estrema marginalità sociale*

Uno dei problemi con cui si sono confrontate molte delle ricerche che hanno affrontato il tema della salute dei migranti è quello della difficoltà nel contattare le fasce più emarginate e vulnerabili della popolazione. Nel nostro caso un punto di osservazione privilegiato è stato l'ambulatorio dell'Associazione Camminare insieme, nata nel 1993 con l'obiettivo di fornire assistenza

²⁶ Cfr. il capitolo sesto del presente volume e I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 103-110.

medica qualificata e gratuita alle persone che non potevano usufruire del Servizio sanitario nazionale. Questo obiettivo iniziale si è successivamente rimodulato, accogliendo i cambiamenti normativi sociali e demografici intercorsi negli ultimi vent'anni: se all'inizio degli anni Novanta il problema prioritario era quello di coprire un vuoto normativo che impediva l'accesso all'assistenza sanitaria ai migranti irregolari, oggi il focus è quello della povertà e dell'estrema marginalità sociale, che, come si cercherà di dimostrare nel presente paragrafo, rappresentano gravi ostacoli per la tutela del diritto alla salute. L'associazione accoglie ogni anno più di 1.600 nuovi pazienti, quasi tutti stranieri²⁷, offre servizi di medicina generale e specialistica²⁸ gratuita e porta avanti i progetti specifici dedicati all'assistenza sociosanitaria ed economica delle donne rom e delle donne straniere con figli minori a carico, al supporto ai minori stranieri portatori di disabilità, al sostegno in campo educativo e scolastico. Molte delle interviste citate nelle prossime pagine sono state raccolte durante un periodo di ricerca etnografica svolto presso questa istituzione, nel quale gli autori del capitolo hanno partecipato come osservatori alle attività dell'ambulatorio e ai progetti in corso.

Il caso di Rachid, straniero senza tetto, rappresenta un esempio chiaro e paradigmatico del modo in cui la salute e la cura siano determinate in modo diretto dalle condizioni sociali ed economiche. Rachid, originario di Casablanca, è arrivato in Italia nel 2001 e, in tempi relativamente rapidi, è riuscito a trovare lavoro come cuoco, a regolarizzare i documenti e ad affittare un appartamento nel quartiere di Barriera di Milano insieme ad altri connazionali. Nel 2009, però, le sue condizioni di vita sono cambiate repentinamente:

Prima la mia vita non era così, adesso è cambiato tutto, è girato il vento, ho perso il lavoro, ho perso la casa, hai capito? Ho cominciato a fumare, a bere [...] Non posso tornare in Marocco, sarebbe peggio... poi, dallo scorso giugno mi sono ammalato. Vado in ospedale e mi danno la medicina. Quando sono sveglio vengo qua in ambulatorio o vado all'Isi... ho problemi anche con lo stomaco, per il bere. Io adesso, te lo giuro, avrei bisogno di un ricovero in un ospedale. Quando sono ricoverato non fumo. È quando io sono fuori, quando c'è il problema della casa, che fumo e bevo. Io sono senza casa, hai capito? Io ho una montagna di problemi e non riesco a smettere di fumare... e poi c'è il freddo. Adesso dormo ai rifugi della Croce Rossa «emergenza freddo» della Pellerina. In ogni stanza ci sono otto persone, un freddo tremendo, troppo freddo. Se uno sta male tutti stanno male. Le

²⁷ La crisi economica, tuttavia, ha portato per la prima volta a registrare la presenza di alcuni pazienti italiani, in condizioni di indigenza. Ulteriori informazioni e un rapporto dettagliato sulle attività di Camminare insieme nel 2012 è disponibile online su <http://www.camminare-insieme.it/>.

²⁸ In particolare: cardiologia, chirurgia, dermatologia, ecografia, endocrinologia, ginecologia, neurologia, oculistica, odontoiatria, ortopedia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia.

coperte non le puoi lavare, tu non ti puoi lavare. Capito? No, no, no... te lo giuro, una vera umiliazione. Qualche tempo fa sono andato all'Amedeo di Savoia e sono stato ricoverato cinque giorni... sono stato meglio, ma sono solo cinque giorni, forse quattro giorni. Vai lì... hai capito?... e ti trattano bene, ma non risolti niente, perché poi ricomincia tutto e fuori c'è tanta gente che sta male. Io mi rendo conto che è un problema nostro. E poi qui in Italia, sulla salute, per noi stranieri, è meglio di quasi tutta l'Europa. Quando sei in ospedale non devi preoccuparti di altro [...] l'importante è che tu vai dal medico, poi il medico sa fare il suo lavoro. Il problema è fuori (Rachid, 45 anni, Marocco).

Come emerge dalla testimonianza di cui sopra, la perdita del lavoro è sovente, per lo straniero, l'inizio di un processo di disarticolazione complessiva del progetto di vita. Alla perdita del lavoro segue come conseguenza a medio termine l'impossibilità di rinnovare il permesso di soggiorno, la perdita della casa e una graduale disgregazione del sé, che, nel caso di Rachid, si manifesta con chiarezza nelle dipendenze.

Rachid, pur ritenendosi molto fortunato per l'assistenza a cui ha accesso sia a livello ambulatoriale, attraverso il Centro Isi e il privato sociale, che in ospedale, è ben consapevole che questi interventi siano palliativi rispetto a una situazione globale che rappresenta un grave ostacolo alla guarigione.

Il diritto a condizioni abitative adeguate è stato più volte messo in relazione diretta con il diritto alla salute. La vita in strada impone delle difficoltà estreme: il freddo; la carenza di coperte e vestiti appropriati; un'alimentazione insufficiente; il frequente ricorso ad alcol, sigarette o droghe; il contatto ravvicinato con altre persone, spesso altrettanto malate; l'impossibilità di lavarsi; l'inadeguatezza dell'igiene e altri problemi che un senza tetto incontra quotidianamente rendono vani i tentativi di affrontare la malattia da un punto di vista strettamente clinico e annullano i passi avanti compiuti nei pochi, agognati, giorni trascorsi in ospedale.

Situazioni come quella di Rachid esigerebbero l'attivazione di percorsi di intervento socio-sanitario articolati su più fronti, che, al momento attuale, raramente è possibile prevedere.

Fra i numerosi problemi che affronta chi vive in condizioni di estrema marginalità c'è anche l'impossibilità di aver accesso a un'alimentazione adeguata, in particolar modo in presenza di patologie croniche, che richiederebbero accorgimenti dietetici specifici. È il caso di Ibrahim, profugo iracheno che vive in Italia regolarmente da circa 15 anni e che, pur disponendo di un'abitazione, ha un reddito talmente basso da dover dipendere dagli scarti che riesce a trovare nei mercati e dalle mense popolari:

Se vai a farti un giro a Porta Palazzo, tu vedi un altro mondo, un'altra gente. Un mondo che fa male. Ce n'è tanta gente che va in giro per prendere la roba, quello che è rimasto. Lo faccio anch'io. Se non facessi così non riuscirei a sopravvivere. Io sono un uomo, e sono vecchio... ma ci sono dei ragazzi, dei bambini. Mi fa male veramente. Io ho visto la Germania, ho visto la Francia, non ci sono queste

cose, invece qui è così. Io comunque non faccio la fame. Trovo molte cose a Porta Palazzo e poi vado nelle mense. Qualche volta vengo qui e mi danno qualcosa dal banco alimentare. Il problema è la mia salute. Io ho problemi al cuore. Sono stato operato, in Belgio, non qui in Italia, e adesso ho ancora molti problemi e ho anche il diabete. So che ci sono molte cose che dovrei evitare di mangiare, il medico dell'ambulatorio me lo dice sempre, ma bisogna mangiare quello che c'è (Ibrahim, 60 anni, Iraq).

L'impatto della povertà sulla tutela della salute può essere ben esemplificato anche dalla scabbia, di cui c'è stata recentemente un'emergenza a Torino. La scabbia è una parassitosi cutanea piuttosto contagiosa, difficile da arginare e molto fastidiosa. Il trattamento prevede l'uso di un preparato che deve essere applicato la sera, per cinque giorni, dopo un bagno caldo e dopo aver accuratamente grattato le lesioni con uno spazzolino. Inoltre è indispensabile cambiare ogni giorno la biancheria, le coperte e i vestiti, che devono essere sterilizzati, chiusi ermeticamente per due settimane in appositi contenitori e poi lavati a 90 gradi. Analoghe precauzioni sono necessarie per disinfettare la doccia e gli spazi in cui si vive. È, dunque, chiaro, che in mancanza di idonee condizioni abitative è impossibile eseguire adeguatamente il trattamento. A questo proposito è emblematico il caso di Malik, lavoratore pachistano con una scarsa conoscenza dell'italiano, che, non trovando altre sistemazioni, da qualche mese vive con un gruppo di connazionali in un locale non adibito ad uso abitativo, senza adeguate condizioni igieniche e senza accesso a una doccia o a un luogo per lavare vestiti e coperte:

Mi hanno detto che si tratta di... come si chiama? Di scabbia. Sono venuto a fare la visita e mi hanno dato un trattamento. L'ho dovuto comprare, ho speso tutti i soldi che avevo. Io non ho un lavoro, ogni tanto riesco a fare qualcosa per la giornata, ma non sempre. Io poi l'ho messo, ma non è servito a niente. A niente. Dopo una settimana era tutto uguale o peggio. Ora sono tornato e mi hanno detto che non andava bene fatto così, che devo fare tutto di nuovo. Devo fare la doccia tutti i giorni e devo lavare tutto... coperte, vestiti, tutto. E io come devo fare? Noi il posto per lavare non ce l'abbiamo! Gliel'ho detto alla dottoressa, ma lei mi ha detto «guarda che se non fai così, non risolviamo nulla» (Malik, 26 anni, Pakistan).

I casi riportati sono emblematici del peso dei determinanti sociali nella tutela del diritto alla salute. Come afferma Paul Farmer «le disuguaglianze sociali che hanno alla base differenze di genere, etnia, religione e, soprattutto, classe sociale, sono la ragione di fondo che sta dietro la maggior parte delle violazioni dei diritti umani»²⁹. Per intervenire in favore della tutela della salute è dunque necessario riconoscere gli effetti patogeni della disu-

²⁹ P. Farmer, *Public Health Matters*, in «American Journal of Public Health», 89, 1999, n. 1, p. 1048.

guaglianza sociale e costruire percorsi di cura pluridimensionali, che tengano conto della sfera sociale. I casi descritti, inoltre, rappresentano materialmente ciò che si intende quando si fa riferimento al concetto di «interdipendenza» dei diritti umani. La piena realizzazione di un diritto, quale il diritto alla salute, è in diretta correlazione con la contestuale realizzazione di molti altri diritti: nei casi citati, infatti, si è visto un chiaro esempio di interrelazione tra diritto alla salute, diritto all'abitazione e diritto all'alimentazione.

4. *Il concetto di «indigenza medica»*

Emerge in quasi tutte le interviste un problema legato alle prestazioni a pagamento, in particolare in relazione alle visite specialistiche, alle terapie riabilitative, agli accertamenti diagnostici e all'acquisto dei farmaci non coperti dal Ssr.

Ho avuto un problema al mercato, lo sai, ho preso gli scatoloni troppo pesanti e ho avuto un problema alla colonna vertebrale, sì. Così sono andato dal dottore, in Lungo Dora Savona, all'Isi. Una dottoressa molto brava. Mi ha dato degli esami da fare... un'ecografia e mi ha mandato in ospedale. Io non ce li ho i documenti, lavoro due o tre giorni a settimana al mercato. Arrivo lì tutti i giorni alle quattro, cinque del mattino, ma non sempre si trova qualcuno che ha bisogno. È un lavoro terribile, ti giuro: caricare e scaricare, montare i banchi, fare di tutto... ti danno 20 euro al giorno, a volte 25. Se va bene alla settimana fai 100 euro, ma magari la settimana dopo ne fai solo 50. C'è una cosa bella fra noi marocchini, ci aiutiamo. C'è uno che ha una casa, noi siamo tre, quattro anche cinque e viviamo insieme, dividiamo tutto, la spesa, tutto, l'affitto, la luce, il gas... è per quello noi resistiamo e riusciamo a vivere. Quando non hai i soldi, l'altro te ne dà una parte, poi, quando lavori... il mese dopo, magari... tu metti qualcosa in più. È così che noi viviamo, veramente [...] Quando poi sono andato a prenotare l'esame ho saputo che dovevo pagare il ticket... mi hanno detto «quando tu vieni la prossima volta devi pagare 75 euro». Dovevo poi fare la fisioterapia per la schiena due volte alla settimana. E ti giuro, veramente, 70 o forse 75 euro per me è una montagna di soldi. Ho pensato a Bossi e a Maroni, perché sono loro che hanno fatto queste leggi, che non ci permettono di fare il permesso di soggiorno e di iscriverci alla disoccupazione (Isaiah, 35 anni, Marocco).

Il caso di Isaiah è particolarmente interessante perché riguarda una situazione molto frequente in cui, pur non essendo in senso stretto in una condizione di indigenza, il malato versa in una situazione economica che rende estremamente difficile il pagamento del ticket. Egli, inoltre, non potendo accertare lo stato di disoccupazione, non ha accesso alle esenzioni previste³⁰.

³⁰ Il diritto all'esenzione per disoccupazione è garantito ai cittadini che abbiano cessato (per licenziamento, dimissioni o fine del contratto) un'attività di lavoro dipendente e siano

Questo caso chiama in causa in modo diretto il concetto di «indigenza medica», elaborato dalla Corte costituzionale per indicare una condizione economica che impedisce l'accesso a cure mediche specifiche. Come è noto, l'art. 32 della Costituzione italiana, individua nella salute un diritto fondamentale, garantendo cure gratuite agli indigenti. I costi delle prestazioni sanitarie sono, però, molto variabili, e la compartecipazione alla spesa sanitaria può talvolta rappresentare un ostacolo per il malato. La condizione di indigenza richiede, di conseguenza, una formulazione flessibile, dinamica e contestuale, che tenga conto della capacità economica del malato in relazione ai costi dei suoi trattamenti terapeutici³¹.

Lo strumento concreto per garantire l'esenzione del pagamento del ticket in situazioni di indigenza medica è il codice X01, che riguarda le «prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con la norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti»³². Il codice X01 viene erogato esclusivamente per la singola prestazione che il soggetto non sarebbe in grado di pagare e, a Torino, può essere rilasciato esclusivamente dai Centri Isi³³. I pazienti da noi intervistati, tuttavia, non sanno nulla di questo codice o, pur avendone notizie, spesso non hanno la possibilità di ottenerlo. Riemerge, perciò, nuovamente quanto già individuato nel corso della prima ricerca e precedentemente in questo volume. Esiste una grave carenza informativa circa i propri diritti – esemplificato in questo caso dalla mancanza di informazione circa la possibilità dell'esenzione X01 – che inevitabilmente si pone come un ostacolo insormontabile all'accessibilità dei servizi sanitari e alla realizzazione del proprio diritto alla salute. La prossima testimonianza approfondisce ancora il punto:

Il Centro Isi, mi scuso per la parola, è uno schifo. Trovi allo sportello gente che alza la voce, non ti danno nessuna informazione, la ricetta la devi pagare... come si dice? Sì la ricetta. Anche l'impegnativa è a pagamento: non ti danno mai l'esenzione. Io però questa mano non la posso più usare, non posso più lavorare... quindi soldi non ne ho. L'unica volta che mi hanno aiutato è quando ho visto il dottore. Lui è stato disponibile e mi ha anche parlato di questi ambulatori, dove puoi fare le visite gratis o dove puoi fare la fisioterapia e ti danno le medicine (Omar, 34 anni, Egitto).

iscritti al Centro per l'impiego. Non può considerarsi disoccupato chi non abbia mai svolto ufficialmente alcuna attività lavorativa.

³¹ Per una discussione dettagliata del contenuto delle sentenze della Corte costituzionale in merito si rimanda al rapporto finale della prima fase della ricerca. Cfr. I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., in particolare il par. 2.1.5.

³² Tui, art. 35, comma 3; d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394, *Gazzetta ufficiale* n. 258 del 3 novembre 1999, suppl. ord. n. 190, art. 43, comma 4.

³³ Più noti, ma di fatto impossibili da ottenere per chi non è regolarizzato, sono i codici di esenzione della serie E (01 per bambini sotto i sei anni e ultra sessantacinquenni con redditi bassi; 02 disoccupati iscritti ai Centri per l'impiego e familiari a carico; 03 e 04 per pensionati che ricevono l'assegno sociale o la pensione minima).

Il modo in cui si applica il codice X01 è spesso fonte di confusione per l'utenza migrante. Per i pazienti non sempre è chiaro chi ha diritto alle esenzioni e quali prestazioni sono da considerarsi «essenziali»³⁴ e quali, sebbene siano percepite come importanti dai pazienti, non possono considerarsi tali e quindi non sono soggette a esenzione.

L'importanza dell'informazione, anche in questo campo, appare di grande rilievo. Ciò che in ogni caso appare evidente, soprattutto raffrontando i risultati di questa seconda fase con quelli emersi nella prima, è la rilevanza dell'ostacolo economico all'accessibilità dei servizi.

Infine, un tema già noto e che ci limitiamo ad accennare è quello delle cure odontoiatriche, che rappresentano uno dei problemi di salute più frequenti e di più difficile gestione per i migranti che non possono permettersi un'assistenza privata. Questo problema, presente anche in molte famiglie italiane in condizioni di disagio sociale o colpite dalla crisi, dovrebbe portare a rivedere i criteri che attualmente disciplinano la copertura sanitaria in questo campo.

5. *La comunicazione, l'informazione e il sapere autorevole*

La marginalità sociale ha numerose implicazioni per quanto concerne la comunicazione e, simultaneamente, come vedremo nel settimo capitolo, la non accessibilità alle informazioni è una concausa della marginalità: si tratta, dunque, di un circolo vizioso in cui la marginalità rende difficile accedere alle informazioni e l'assenza di informazione concorre nell'aggravare la condizione di emarginazione della persona in questione.

La difficoltà di accesso a informazioni corrette e tempestive è molto sentita, in particolare da chi non ha un'adeguata competenza linguistica, o è arrivato in Italia da poco. La barriera linguistica, infatti, non sempre può essere efficacemente superata grazie alla cartellonistica e ai pieghevoli distribuiti in più lingue, che sono indubbiamente un passo avanti, ma non tengono conto della situazione di analfabetismo nella lingua di origine, né sostituiscono la trasmissione orale, che rappresenta il canale preferenziale di circolazione dell'informazione.

Quasi tutte le interviste mostrano una netta prevalenza delle reti amicali e familiari. Accanto a queste reti, che hanno come centro il soggetto (sono infatti reti personali), esistono reti che potremmo chiamare comunitarie e che hanno come fulcro le associazioni, i luoghi di aggregazione, i centri di culto e gli spazi di incontro, di lavoro e di vita quotidiana³⁵. Queste reti

³⁴ Per la definizione di «cure urgenti» e «cure essenziali» fornita dal Ministero della sanità attraverso la Circolare n. 5/2000 si rimanda al capitolo primo di questo volume, par. 3.

³⁵ Su questo tema e per una discussione sul «welfare di comunità» e sul ruolo delle associazioni si rinvia al capitolo settimo del presente volume.

possono essere più o meno formalizzate, ma in alcuni casi sono ampiamente riconosciute:

Se ho bisogno di informazioni o di risolvere un problema vado a Porta Palazzo. Lì ci sono i marocchini, che sanno tutto. Loro sono svegli. Forse perché sono irregolari da tanto, hanno dovuto imparare a cavarsela. Sanno come funzionano le cose. È da loro che ho saputo di questo ambulatorio tre anni fa e ora vengo sempre qui. Mi hanno detto «vai lì, lì ti aiutano». Loro ti spiegano ogni cosa, ti dicono cosa fare. Se hai bisogno di sapere una cosa sui documenti, sulla salute, vai da loro e loro te la dicono [...] Non vado dal medico di famiglia. Lui non parla l'inglese, non ha tempo, è stanco e non ha pazienza di ascoltare. I medici italiani hanno troppi pazienti. Non possono occuparsi di pazienti difficili come me. Sono vecchi, poi. Non come in altri paesi, come in Belgio, dove i medici sono giovani e svegli (Ibrahim, 60 anni, Iraq).

Si conferma, anche in questa sede, l'importanza, già riscontrata nella prima fase della ricerca, del passaparola e della *peer education*. Questi risultano, indubbiamente, i canali principali attraverso i quali l'informazione è trasmessa ed è ricercata all'interno delle comunità migranti.

Il ruolo dell'informazione è poi fondamentale nell'accesso alle cure mediche già nella fase di iscrizione al Ssn. Le normative in materia di diritto alla salute sono complesse e da questa complessità deriva un'oggettiva difficoltà da parte degli immigrati a capire a che cosa hanno e a che cosa non hanno diritto. Inoltre le fluttuazioni nelle normative in materia di permesso di soggiorno e l'exasperante lentezza burocratica (per esempio nel caso delle sanatorie) rende difficile usufruire delle opportunità assistenziali esistenti e complica il rinnovo periodico dei codici Eni e Stp, che va fatto ogni sei mesi. Spesso le cose cambiano rapidamente o ci si ritrova a non riuscire più a rinnovare una tessera regolarmente rilasciata solo alcuni mesi prima. Queste difficoltà sono acute nel caso di persone con un basso livello di istruzione o che hanno specifiche difficoltà cognitive. È il caso di Corina, giovane donna originaria della Romania, che si muove a fatica fra indicazioni contrastanti e sembra disorientata di fronte a procedure che sfuggono alla sua capacità di controllo:

Sono andata all'Isi presto stamattina, ma non hanno voluto farmi la tessera. Perché dico «ma scusa, io sono venuta tante volte qua a fare la tessera...» ma stavolta no! Io non capisco... perché altre volte mi hanno dato la tessera e questa volta no? Io non ce l'ho un contratto. Non ho niente, sono disoccupata... non ho niente. Io l'avevo fatta tante volte, ma oggi non me l'hanno fatta la tessera. È colpa di quella là, che non ha voluto farmela. Ho detto guarda che mi chiedevano solo un documento e basta. Adesso invece sembra che servano altre cose. Non lo so. Non ho capito. Io le ho detto «non c'ho niente io... neanche la carta d'identità italiana... neanche quella c'ho». La donna dello sportello era una bionda che gridava, era un'italiana, credo, e gridava. Io dicevo: «perché gridi?» e lei «Io non grido». Ma continuava a gridare. E io ho pensato: «Lei urla, beh io la lascio urlare» (Corina, 24 anni, Romania).

Le difficoltà comunicative sono all'ordine del giorno anche al momento dell'incontro medico-paziente³⁶. In mancanza di una lingua comune, e in assenza di mediatori, si ricorre alla comunicazione non verbale, ai gesti e al contatto fisico (toccare, indicare, segnalare, grattare).

Anche riconoscendo in pieno l'importanza della comunicazione non verbale, risulta fondamentale sfatare la diffusa idea che, se si ha la pazienza e la buona volontà, l'esame obiettivo, gli accertamenti clinici, i gesti o (nei casi migliori) i disegni siano sufficienti per garantire un'assistenza di qualità e per capirsi.

Fra i casi emblematici c'è quello di Fatima, vedova marocchina che, pur dichiarando di essere in «buona salute», ci racconta di accusare da tempo dei dolori nella parte bassa dell'addome che hanno richiesto una lunga trafila di accertamenti da cui si intuisce un problema più grave, che non è affatto chiaro per la donna:

Mi hanno fatto prima una fotografia qui (indica il punto in cui prova dolore), poi di nuovo me ne hanno fatto un'altra... poi sono venuta qui in ambulatorio e di nuovo al Cottolengo, per gli esami. Lì ho fatto di nuovo la fotografia...

Una radiografia? Un'ecografia? Sì, sì... una fotografia

Come mai hanno fatto questi esami? Non capisco...

Perché hai fatto la fotografia? Per il dolore, per il dolore «qui» (mostra, ancora una volta, il punto in cui c'è questo male a cui non dà mai un nome).

Ma ti hanno spiegato a cosa servivano gli esami? No, non capisco...

Poi ti hanno dato i risultati? Sì... dopo mi hanno fatto ancora un'altra, un'altra fotografia. Forse mi devono operare, mi hanno detto così.

Ma tu hai capito qual è il problema? Perché ti devono operare? Sempre per il dolore... per lo stesso dolore che ti dicevo (Fatima, 42 anni, Marocco).

Il frammento di intervista riportato è di per sé una testimonianza del modo in cui si snoda la comunicazione nell'incontro clinico: le frasi interrotte e il lessico estremamente limitato rendono impossibile alla paziente spiegare in modo chiaro il disagio che prova, parlare dei sintomi, porre domande e chiedere eventuali spiegazioni. La comprensione della condizione clinica da parte del malato straniero è in questi casi estremamente limitata, cosa che riduce l'autonomia del malato e il suo potere decisionale.

Un problema strettamente connesso alle difficoltà linguistiche e comunicative è, infatti, quello del consenso informato. In casi come quello di Fatima, appare piuttosto evidente che, a prescindere dalla firma di un documento formale, non c'è una comprensione adeguata né degli accertamenti fatti, né della motivazione per cui sono stati richiesti.

Per il medico, parallelamente, è estremamente difficile ricostruire la storia clinica del paziente, fornire informazioni chiare ed esaustive su patologie complesse, spiegare le motivazioni degli esami diagnostici e dare indicazioni

³⁶ Cfr. I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 117-130.

terapeutiche. La marginalità sociale rende inoltre difficile avviare programmi di prevenzione e di educazione sanitaria.

La principale risorsa di fronte a queste difficoltà comunicative, come abbiamo già avuto modo di segnalare, è il mediatore culturale anche se Fatima, come molti altri dei migranti intervistati, non ne ha mai fatto richiesta. Di fatto non tutti sanno dell'esistenza di questa risorsa, spesso non conoscono la parola «mediatore», né, tantomeno, hanno familiarità con il ruolo di questa figura professionale: su questo tema torneremo ampiamente nel sesto e nel settimo capitolo.

Anche a fronte di una sufficiente comprensione sul piano meramente linguistico, è frequente che nascano dei gravi fraintendimenti, che ostacolano in modo sostanziale la relazione medico-paziente. Sovente si tende a dare per scontato il contesto culturale e sociale di riferimento e si dimentica che esso determina in ampia misura il retroterra semantico delle parole.

Le difficoltà comunicative si aggiungono a una più generalizzata difficoltà nell'ascolto che, a sua volta, si collega ad uno scarso riconoscimento del sapere sul proprio corpo di cui i migranti sono portatori. A questo proposito è interessante il caso di Jorge, peruviano, residente in Italia da cinque anni, che ha attraversato un lungo calvario con la moglie prima di riuscire a risalire alla causa di un disagio che si faceva sempre più intenso, ma che veniva sempre minimizzato dai vari operatori e su cui non erano stati fatti ulteriori approfondimenti diagnostici:

Per due anni ho sopportato un dolore, un dolore molto forte di cui non sapevo il motivo. Un dolore insopportabile qui, nella bocca dello stomaco. Mi buttava per terra, poi magari andava un po' meglio. Due anni sono andato avanti così, ma non mi hanno mai fatto nessun esame. Ovunque andassi mi dicevano «è una gastrite, deve prendere delle medicine», ma io dicevo «guardi che è un dolore insopportabile, le medicine le prendo già e non mi fanno nulla». Poi, dopo due anni, una notte non ho più sopportato e sono andato al pronto soccorso – sono passati ormai due o tre anni. Arrivo lì e, di nuovo, mi dicono la stessa cosa. Allora io gli ho detto «guardi che non ne posso più, questo dolore è insopportabile, sono due anni che nessuno mi ascolta». Mi sono molto arrabbiato! Allora per la prima volta mi hanno fatto gli esami e hanno trovato delle cisti epatiche molto grandi. Mi hanno dovuto operare subito, d'urgenza. Non era la prima volta che andavo in ospedale, o dal dottore, ma non mi ascoltavano, nessuno credeva che avessi davvero male, pensavano che fosse una cosa da niente (Jorge, 38 anni, Perù).

Un'analogha situazione si presenta nel caso di Cécile, che deve spiegare ripetutamente al suo medico di famiglia di avere «un problema di salute», che si manifesta da molto prima dell'arrivo in Italia e che ha come sintomo principale la pressione alta e dei dolori cronici nella zona addominale:

Il mio medico non mi vuole ascoltare, non ha pazienza... non so se mi riesco a spiegare. Le ho detto che ho pressione un po' alta e che mi fa male qui. Ma il dot-

tore mi ha detto «No!, non è una cosa importante». Mi ha detto «No, la pressione non è così alta». Gli ho chiesto «perché?», ma lui non mi ha voluto spiegare niente. Ha solo detto così (Cécile, 36 anni, Camerun).

Le difficoltà comunicative e, forse, una certa diffidenza nella capacità della paziente di valutare i sintomi, portano il medico a ritenere inutili ulteriori accertamenti e a risolvere la situazione con un analgesico blando. Certa di non star bene, Cécile insiste e torna più volte per tentare di farsi prescrivere una visita specialistica e la possibilità di fare degli esami del sangue, ma è del tutto inutile e la relazione fra i due si fa sempre più tesa. Infine, consigliata dalla cognata, si rivolge a un ambulatorio del privato sociale:

Sono venuta qui e ho visto la dottoressa. Come si dice? Cardiologia? Mi ha preso la pressione ed era alta. Le ho chiesto di scrivere, così potevo andare dal mio medico e fargli vedere, per farmi prescrivere le analisi, ma lui ha detto «Sì, veramente, la pressione è alta... ma ti devi solo riposare un po': è lo stress». Oh no no no! non vado più lì (Cécile, 36 anni, Camerun).

Dopo molte peripezie Cécile riesce a farsi prescrivere le analisi, ma, nonostante i disagi ricorrenti, non vengono riscontrate anomalie e la pressione, lievemente alta, non basta a spiegare il malessere della donna. Gli operatori riferiscono quanto questa situazione sia frequente: in molti pazienti si riscontra una sofferenza diffusa e imprecisata, che trova espressione nel corpo, ma che è difficilmente circoscrivibile in una diagnosi specifica. In questi casi non è facile distinguere se si tratta di disturbi psico-somatici o se ci sono altre patologie non rilevate dagli esami clinici.

Il problema delle scelte terapeutiche e della diagnosi trascende ampiamente le competenze di chi scrive e non è fra gli obiettivi di questo studio aprire una riflessione in merito. È però importante evidenziare come l'incontro con il paziente straniero spesso renda necessaria una particolare attenzione alla sfera comunicativa e un approccio alla salute attento al raccordo fra corpo, psiche e società. Un intervento efficace, di conseguenza, dovrebbe integrare gli aspetti più specificamente sanitari con un ascolto attento e con interventi mirati sul versante socio-assistenziale e sul versante psicologico.

Le interviste, infatti, confermano le problematiche di salute mentale associate all'esperienza migratoria, così come la difficoltà nel trovare una risposta a bisogni di salute mentale attraverso il Ssn³⁷. Nel primo volume della ricerca, infatti, si è sottolineato come i dipartimenti e i centri di salute mentale siano stati tra i servizi maggiormente colpiti dai tagli alle risorse e dalla crisi.

Particolarmente interessanti a questo proposito sono tre realtà: il Centro Marco Cavallo, Mamre e il Centro Frantz Fanon. Questi centri, pur da

³⁷ *Ibidem*, p. 82.

prospettive teoriche diverse, adottano un approccio basato sull'etnopsichiatria, una disciplina che trova fondamento nel riconoscimento del ruolo profondo dell'esperienza sociale, storica e culturale nel plasmare soggettività individuale. Essi, in maggior o minor misura, si pongono spesso in una posizione critica rispetto a un ambiente come quello psichiatrico, biomedico e sanitario, che tende a partire dal presupposto della validità universale della sua impostazione. Spesso le consulenze agli operatori, un servizio offerto da tutti e tre i centri, aprono le porte a una diversa rappresentazione del corpo, della salute e della malattia.

Il caso di Mamadou, discusso durante il ciclo di incontri «Il mondo in una stanza» organizzato dal Ccm³⁸ in collaborazione con la Scuola piemontese di medicina generale, può essere utile per chiarire questo concetto. Mamadou, uomo senegalese di 32 anni, regolarmente iscritto al Ssn, scopre di essere diabetico in seguito ad alcuni controlli del sangue prescritti dal suo medico di medicina generale, iniziando un trattamento che lo porta a dimagrire molto e a raggiungere il suo peso forma. Il medico è molto soddisfatto dell'andamento clinico del suo assistito, e rimane perciò molto sorpreso quando, alcuni mesi più tardi, dopo un rientro estivo in Senegal, vede tornare il suo paziente in preda all'angoscia, convinto di essere in fin di vita.

Il problema, come il medico ha modo di appurare nel corso delle numerose visite, ha avuto inizio proprio durante il soggiorno in patria. La moglie, vedendolo così magro stenta a riconoscerlo e nasce il sospetto che egli abbia frequentato altre donne e abbia contratto l'Hiv. Il test risulta negativo, ma le cose non migliorano affatto anche per causa di una serie di episodi di impotenza, che impediscono alla coppia la ripresa dei rapporti sessuali. Portato da un guaritore tradizionale, l'uomo viene a sapere di essere gravemente malato e che, non avendo ascoltato «il richiamo» ed essendosi «perso nel paese di emigrazione», ormai ha «ben poco da fare».

Tornato in Italia, Mamadou, terrorizzato dalle parole del guaritore, chiede insistentemente al medico di scoprire qual è il suo vero male e di «dargli qualcosa» per salvarlo dalla malattia che lo affligge. Gli esami clinici, in effetti, mostrano un elevato livello di prolattina, ma non sono conclusivi, e il medico è sempre più sconcertato dall'angoscia del paziente e dalla sua pressante e disperata richiesta di aiuto.

Questo episodio mette bene in luce la necessità di tener conto del contesto di riferimento e di esplorare in profondità le implicazioni delle rotture

³⁸ Il Comitato di collaborazione medica (Ccm) è un'organizzazione non governativa fondata nel 1968 da un gruppo di medici torinesi con l'obiettivo di favorire l'accesso alle cure di base nei paesi a basso reddito. La loro attività si è svolta grazie a missioni in Burundi, Etiopia, Kenya, Somalia, Sud Sudan e Uganda. Più recentemente in Italia, il Ccm si è occupato di promuovere il diritto alla salute di migranti e rifugiati, di organizzare campagne di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza e di promuovere corsi di formazione per medici e infermieri.

relazionali e identitarie che si intuiscono nell'episodio di non riconoscimento del migrante al suo ritorno in Senegal. Le parole del paziente, infatti, sembrano evocare il *wootal*, il richiamo tradizionale, descritto fra i Wolof, che «rappresenta una procedura praticata all'interno del registro magico, diretta ad attrarre e a far ritornare l'emigrato nel proprio paese»³⁹. Se non ascoltato, questo richiamo può innescare conseguenze nefaste fino a giungere alla morte – clinica o sociale – del malato.

Più che scartarle come semplice superstizione, possiamo cogliere nelle parole di Mamadou un linguaggio simbolico che parla di una sofferenza fisica e psichica, che ha origine nella fatica della migrazione e nelle minacce all'integrità del sé che ad essa conseguono. In questi casi è fondamentale articolare itinerari diagnostici e assistenziali interdisciplinari, che tengano conto sia degli aspetti clinici, che degli aspetti etnopsicologici e relazionali. Adottare un approccio non giudicante e aperto al dialogo è indispensabile per garantire un'assistenza di qualità e per dare tempestiva risposta a una domanda d'aiuto posta in termini radicalmente diversi rispetto al linguaggio biomedico.

6. I rom. Un caso esemplare del nesso tra marginalità sociale e condizioni di salute

I rom sono il gruppo sociale per il quale le diseguaglianze di salute rispetto al resto della popolazione sono più evidenti; queste diseguaglianze sono in gran parte riconducibili alle condizioni di esclusione sociale nelle quali vivono. Le voci di operatori sanitari e di cittadini rom da noi raccolte a Torino confermano una preoccupante situazione già evidenziata a livello nazionale⁴⁰ ed europeo⁴¹; i rom hanno condizioni di salute peggiori, sono meno consapevoli dei loro diritti e si confrontano quotidianamente con serie difficoltà nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari. Il rapporto della Commissione europea del 2014, individua sette indicatori secondo i quali le condizioni di salute dei rom sono al di sotto di quelle del resto della popolazione europea: il tasso di mortalità e le attese di vita, la presenza di malattie infettive, i comportamenti a rischio, lo scarso accesso e uso delle strutture sanitarie e dei programmi di prevenzione, la prevalenza di malattie croniche⁴².

³⁹ R. Beneduce, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Milano, Franco Angeli, 2004, p. 52.

⁴⁰ A. Ricordy, F. Motta e S. Geraci, *SaluteRom. Itinerari possibili*, Bologna, Pendragon, 2014.

⁴¹ Errc, *Ambulance not on the Way. The Disgrace of Health Care for Roma in Europe*, Budapest, 2006; Commissione europea, *Roma Health Report. Health Status of the Roma Population. Data Collection in the Member States of the European Union*, Bruxelles, 2014.

⁴² Commissione europea, *Roma Health Report*, cit., p. 31.

Prima di passare a presentare le storie di salute raccolte è importante definire con più precisione di quali soggetti stiamo parlando, e per fare questo dobbiamo problematizzare le stesse categorie «rom» e «zingari» che con tanta approssimazione vengono utilizzate dai cittadini comuni, dagli operatori dei media, dai *policy makers*, dai rappresentanti delle istituzioni e dagli stessi operatori sanitari. L'antropologo Piasere sottolinea come «zingari» sia un termine utilizzato storicamente dai *gagè*, vale a dire dai «non zingari», per indicare «una varietà abbastanza composita di persone, con diversità culturali anche notevoli, il cui unico tratto in comune è consistito e consiste, forse, in una stigmatizzazione negativa da parte di chi non si considera zingaro»⁴³. Si tratta di una questione di primaria importanza perché, proprio a partire da precise ideologie, si è costruito in Italia un discorso pubblico e scientifico sull'altro «zingaro», che ha influito sulle politiche in svariati ambiti, da quello abitativo, a quello scolastico e lavorativo, per arrivare anche a quello sanitario. La situazione che abbiamo fotografato a Torino, può essere compresa solo alla luce di questo recente passato.

Sotto la grande categoria «rom» rientra un universo di soggetti con caratteristiche molto variegata, a partire dalle origini nazionali, dalla condizione giuridica, dalla durata di permanenza in Italia, dalle soluzioni residenziali adottate⁴⁴. Per quanto riguarda le condizioni di salute di questa popolazione, è stato dimostrato come in gran parte dipendano dalla precarietà delle condizioni di vita che, soprattutto negli insediamenti spontanei, presentano situazioni molto preoccupanti dal punto di vista igienico-sanitario. A oggi non sono stati condotti studi sistematici e approfonditi sulle condizioni di salute dei rom in Italia, con l'eccezione di alcuni lavori più localizzati, che hanno cioè preso in esame piccoli campioni di popolazione in specifici contesti⁴⁵.

⁴³ Sempre Piasere ricorda come «L'Europa moderna ha costruito decine e decine di gruppi stigmatizzati, formati da famiglie e individui che venivano espulsi dai processi di produzione e pauperizzati e che, letteralmente, venivano buttati sulla strada o ai margini dei villaggi [...] Proporre a priori che tutti gli zingari siano di origine indiana significa voler censurare questa capacità di "fabbricare zingari" che l'Europa ha avuto e continua ad avere» (L. Piasere, *I Rom d'Europa. Una storia moderna*, Roma-Bari, Laterza, 2004, p. 18).

⁴⁴ Dai dati forniti dall'Ufficio nomadi del comune risulta che a Torino nel 2013 i rom siano 3.037, lo 0,33% della popolazione residente. Al loro interno rientrano persone di origine romena (1.500 persone, circa il 50%), di origine slava, montenegrina, kosovara, serba, bosniaca e croata (circa 1.242 persone, il 41%) e di origine sinti piemontese (295 persone, circa il 9%). Si tratta di numeri che sottostimano la reale presenza, poiché, soprattutto i rom romeni, possono trovarsi legalmente sul territorio senza aver segnalato la loro presenza. Anche le condizioni giuridiche sono varie: i sinti piemontesi hanno la cittadinanza italiana, tra i rom slavi molti sono sprovvisti di permesso di soggiorno e non possiedono alcun documento, mentre una parte ha ottenuto lo status di rifugiato politico e di apolide, i rom romeni sono cittadini comunitari e dunque non necessitano di permesso di soggiorno per risiedere in Italia. Anche le soluzioni abitative sono varie: 1.500 persone vivono in insediamenti spontanei (59%), 847 in aree sosta attrezzate (32%), 440 in case di edilizia residenziale pubblica (6%) e 250 in abitazioni private (3%).

⁴⁵ Si veda, per esempio, L. Monasta *et al.*, *Review of the Scientific Literature on the Health*

In Italia l'aspettativa di vita per i rom è la più bassa di tutta l'Europa, con 20 anni di meno rispetto alla media della popolazione⁴⁶. Uno studio del 2009 attesta l'aspettativa di vita sui 45 anni e, per quanto riguarda la mortalità infantile, indica il 6,5‰, un valore molto alto se comparato al 3,5‰ della popolazione non-rom⁴⁷. Non ci sono invece dati quantitativi specifici sull'utilizzazione dei servizi, né su forme di salute preventive tra le donne. Dagli studi citati emerge come le patologie più diffuse siano le malattie cardiovascolari, come l'ipertensione arteriosa, le sindromi metaboliche, le patologie respiratorie, i disturbi gastroenterici, le emicranie e i dolori osteo-articolari. Molti di questi problemi dipendono dallo stile di vita scorretto, dal tabagismo e da un'alimentazione grassa, oltre che dall'esposizione a precarie condizioni ambientali, abitative e ad agenti atmosferici⁴⁸. Inoltre le malattie sono aggravate da diagnosi tardive e dalla mancata continuità nei percorsi terapeutici. Tra i soggetti più colpiti da complicazioni allo stato di salute vi sono i bambini: lo studio di Ricordy e colleghi mette in luce come i problemi più presenti siano le bronchiti acute, le faringo-tonsilliti, le otiti medie, le infezioni intestinali, tutti problemi chiaramente riconducibili alle difficili condizioni abitative. La realtà dei campi rappresenta di per sé un fattore di rischio per la salute dei bambini⁴⁹.

A Torino non sono stati prodotti lavori specifici sul profilo di salute della popolazione rom, ad eccezione di alcune analisi dei dati ricavati da interventi socio-sanitari nei campi spontanei⁵⁰. In queste analisi si ritrovano confermati i dati sulle patologie emerse nelle già citate ricerche europee. Quanto evidenzieremo nei seguenti paragrafi è il frutto di incontri e inter-

of the Roma and Sinti in Italy, in «Ethnicity and Disease», vol. 22, 2012, n. 3, pp. 367-371. Bisogna tuttavia evitare di generalizzare i risultati estendendoli a tutta la popolazione rom poiché in questi studi i rom che vivono in condizioni precarie sono sovrarappresentati poiché tutte le indagini sono state condotte in quartieri ghetto o baraccopoli. Inoltre sono ancora pochissimi gli studi su patologie croniche e malattie non trasmissibili.

⁴⁶ H. Frazer e E. Marlier, *Promoting the Social Inclusion of Roma*, Ceps e Instead, coll. European Network of Independent Experts on Social Inclusion, 2011, n. 3.

⁴⁷ Osservazione, *EU Values: The Roma Migration Challenge. Italy Report*, Roma, 2009.

⁴⁸ Per quanto riguarda le condizioni socio-abitative in una survey condotta a livello europeo da Undp e FRA emerge come in Italia i rom abbiano il doppio di probabilità rispetto alla popolazione autoctona di vivere in gruppi familiari a rischio povertà e che un terzo delle abitazioni siano sovraffollate, prive di cucina, di bagno interno e di elettricità. Undp e FRA, *The Situation of Roma in 11 EU Member States. Survey Results at a Glance*, 2011.

⁴⁹ A. Ricordy, F. Motta e S. Geraci, *SaluteRom*, cit. Uno studio del 2004 indica la presenza di difficoltà respiratorie nel 23% dei bambini rom tra 0 e 5 anni. Secondo un rapporto della Fsg altri problemi riguardano il basso tasso di vaccinazioni (oltre il 25% dei bambini non è mai stato vaccinato o non ha rispettato il calendario dei vaccini) e forme di malnutrizione e problemi dentali dovuti a bassa prevenzione. Cfr. Fsg Health Area, *Health and the Roma Community, Analysis of the Dituition in Europe*, Madrid, Fundación Secretariado Gitano, 2009.

⁵⁰ Terra del Fuoco, *Analisi socio-sanitaria dei campi rom abusivi di Lungo Stura Lazio e Via Germagnano*, Rapporto di attività, Torino, 2009.

viste con operatori sanitari e con soggetti rom avuti nei luoghi di vita (appartamenti o baracche in insediamenti spontanei), e in strutture sanitarie come il Centro Isi e l'ambulatorio dell'associazione Camminare insieme. La maggior parte dei rom da noi intervistati sono di origine romena e hanno vissuto o vivono attualmente nell'area di Lungo Stura Lazio, una grande baraccopoli che si è sviluppata, a partire dalla fine degli anni Novanta alla periferia nord di Torino, lungo le rive del fiume su un terreno un tempo occupato da orti urbani abusivi. Dal 2002 il numero degli occupanti è ulteriormente aumentato, in seguito alla rimozione del visto per i cittadini romeni, per arrivare a una presenza stimata a fine del 2013 di circa 1.400 persone⁵¹. Il campo è in una posizione isolata rispetto a tutti i servizi, compresi quelli sanitari, l'unica disponibilità di acqua corrente è rappresentata da una fontana sulla strada principale, non vi sono collegamenti alla rete elettrica, né servizi igienici, e la spazzatura viene accumulata dietro le baracche. Inoltre il campo è a forte rischio di esondazione e questo ha costretto la protezione civile, in più di un'occasione, a ordinarne provvisoriamente lo sgombero.

L'analisi di questo contesto, nelle sue molteplici problematiche, deve far riflettere su come non sia possibile considerare i percorsi di salute a prescindere da tutte le altre condizioni strutturali che influiscono sulla vita delle persone. Siamo di fronte ad una popolazione che vive in una condizione di eccezionalità che continua ad alimentare sé stessa. Le richieste di una normalizzazione dei comportamenti ai cittadini rom, da parte di altri cittadini e delle istituzioni, risultano a questo proposito fuori luogo e miopi, poiché molti interventi sono stati dettati da un atteggiamento emergenziale, che ha finito per promuovere, e confermare, lo stesso regime di eccezione e marginalità che avrebbe dovuto contrastare⁵².

7. Dal campo al pronto soccorso. Il difficile accesso dei rom ai servizi sanitari

Da diverse testimonianze raccolte, emerge come le informazioni sul sistema sanitario italiano siano frammentate e contraddittorie. Molte persone

⁵¹ Dal gennaio del 2014 il comune ha avviato un imponente processo di sgombero del campo e di ricollocazione delle famiglie in altre soluzioni abitative. Tale processo è oggetto di un progetto di ricerca denominato *Le case dei Rom* che l'autore del presente paragrafo sta conducendo per conto di Fieri.

⁵² Alunni osserva a questo proposito come in diverse realtà italiane le pubbliche amministrazioni abbiano scelto di portare ambulatori mobili all'interno delle aree sosta regolari, con dottori del Ssn a bordo. Perché, si chiede lo studioso, i medici si sorprendono per il comportamento indisciplinato e sospettoso dei pazienti, quando questi li vedono come l'espressione di quello stesso sistema che tende a escluderli e a marginalizzarli? L. Alunni, *La morale delle avvertenze. Circolazione, uso e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», n. 35-36, 2012, pp. 41-63.

ci hanno raccontato di non sapere a quali servizi avessero diritto di accedere, almeno fino a quando non si sono trovate in una situazione di estrema necessità, che le ha costrette a cercare una soluzione d'emergenza, confermando peraltro un trend generale già riscontrato nella popolazione migrante e che ostacola gravemente l'accesso ai servizi sanitari. Per chi vive in condizioni di fortissima precarietà inoltre la salute non è percepita come una priorità, poiché ci si ritrova costretti, quotidianamente, a dover risolvere problemi molto più cogenti.

Le persone, nell'avvicinarsi al sistema sanitario italiano, spesso si basano sull'esperienza di rapporto con il sistema sanitario che hanno avuto nei paesi d'origine e che credono presenti simili caratteristiche anche in Italia, tema già evidenziato nel primo volume della ricerca⁵³. Per esempio, non vi è coscienza che l'assistenza sanitaria di base in Italia sia totalmente gratuita, e questo fa sì che, per risparmiare, spesso si posponga una visita medica fino a quando i sintomi sono tali da non permettere alternative.

La signora Maria, originaria di Bucarest e dal 2011 in Italia, ha sempre vissuto nel campo di Lungo Stura Lazio. Non ha figli e nel campo condivide con una nipote una baracca, e contribuisce al bilancio familiare con il ricavato dall'attività di elemosina. Ha una patologia congenita ai reni e nell'inverno del 2012 ha contratto un'infezione alle vie urinarie, causata dal freddo. Nel 2013 ha contratto la tubercolosi, per la quale è stata ricoverata all'Ospedale Amedeo di Savoia. Per lei è stato molto confortante scoprire che l'assistenza fosse gratuita:

A Bucarest io avevo il mio medico di famiglia ma non ero assicurata perché non avevo mai avuto un contratto di lavoro e allora tutto si pagava. A Bucarest una medicina per i miei reni costava cinque milioni, circa 100 euro, e io dovevo prenderne una scatola ogni mese e non avevo i soldi per pagarla... Sono arrivata a Torino da mia nipote ma non andavo dal medico perché credevo che costava come in Romania. Ma poi un giorno sono stata così male che sono finita al pronto soccorso e poi da lì all'ospedale. E ho scoperto che qua non ha costi, che è un regalo. Altrimenti non ci andavo e non ci rimanevo (Maria, 55 anni, rom di Romania).

In questa testimonianza colpisce il termine utilizzato da Maria, «regalo», che presuppone una visione della cura come esclusiva prestazione a pagamento. Questa sbagliata informazione riguardo alle regole e alle condizioni di accesso, si traduce in comportamenti sottolineati anche dagli operatori sanitari. Un medico, per esempio, si è detto stupito del fatto che una paziente rom romena, dopo una visita in un consultorio pubblico, gli abbia chiesto quanto gli dovesse pagare e come sia rimasta perplessa al suo diniego. La donna riproduceva un costume largamente diffuso nella sanità pubblica ro-

⁵³ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 96-97.

mena, dove anche i servizi teoricamente gratuiti si ottengono dietro al pagamento di una somma in nero agli operatori sanitari.

La scarsità di informazioni si riscontra anche nel fatto che pochissime persone nel campo di Lungo Stura avessero una tessera Eni con la quale poter accedere all'ambulatorio Isi e dunque a tutti i servizi messi a disposizione dal Servizio sanitario nazionale. Questa grave mancanza ha spinto il Distretto 6 dell'Asl TO2 a sostenere un progetto di sanità d'iniziativa; una dottoressa, accompagnata da alcuni mediatori, ha effettuato per più di un anno visite bisettimanali in Lungo Stura e in un altro campo irregolare della zona per avvicinare gli abitanti ai servizi del suo ambulatorio. Attraverso l'emissione di un codice fiscale prima e di una tessera Eni dopo, si è così promossa la fruizione dei servizi sanitari pubblici garantiti⁵⁴. Questa iniziativa non sempre è stata però accolta positivamente dai potenziali utenti poiché, per chi ha da sempre vissuto in uno spazio di sospensione e di eccezionalità, gli iter burocratici per arrivare a ottenere dei servizi sono comunque considerati troppo complessi.

Il vuoto informativo fa sì che, in circostanze di particolare esclusione sociale, si crei uno spazio d'azione per mediatori informali che mettono a valore la loro posizione strategica, veicolando le conoscenze e le risorse delle quali i soggetti più deboli hanno bisogno. Uno dei nostri intervistati ci ha raccontato come nel campo alcune persone abbiano rivenduto a caro prezzo antidolorifici e antibiotici distribuiti gratuitamente all'interno di ambulatori cittadini⁵⁵. Questo racconto mette in luce, inoltre, come non esista quel forte solidarismo intracomunitario che molti non-rom, compresi gli operatori sanitari, immaginano esistere all'interno dei campi.

L'accesso ai servizi sanitari e, in una fase successiva, la continuità nei percorsi di cura sono resi complessi anche dalle circostanze di forte precarietà delle baraccopoli; molti abitanti si sono trovati obbligati, per cause interne o anche esterne all'insediamento, ad abbandonare la loro dimora per

⁵⁴ Oltre a questa iniziativa che è terminata a fine 2014, la città di Torino ha promosso a partire dal 1995 «AutoRomia», un intervento di sensibilizzazione e di avvicinamento ai servizi sanitari, nei due campi autorizzati di Strada dell'Arrivore e di Via Germagnano. La sede del servizio era ubicata nelle vicinanze delle aree sosta e attigua ai consultori familiare e pediatrico della circoscrizione. Una volta al mese l'infermiera pediatrica del consultorio andava nei campi, incontrava mamme e bambini e, a seconda del bisogno, li convocava nel consultorio. Nel progetto vi era un'équipe integrata e pluriprofessionale composta, oltre che dall'infermiera, anche da operatori del comune di Torino, un assistente sociale e un'educatrice, e da educatori di una cooperativa sociale. Negli ultimi anni si è avuto un taglio delle risorse, cosicché lo spazio rom all'interno del consultorio è stato chiuso. Secondo l'infermiera pediatrica che ci ha descritto l'esperienza «l'interesse del comune su queste popolazioni purtroppo è calato», anche se le mamme rom dei campi ora frequentano con più assiduità i servizi del territorio.

⁵⁵ Una simile situazione è stata documentata a Roma, dove alcune persone portavano dalla Francia pillole abortive rivendendole alle donne residenti nei campi. Cfr. L. Alunni, *La morale delle avvertenze*, cit.

spostarsi altrove⁵⁶. Il signor Ion è un rom romeno che ha vissuto, dal 2008 al 2011, all'interno della cascina abbandonata della Continassa, nella zona ovest di Torino. La sua prima figlia è nata in Romania nel 2006, prima del suo arrivo in Italia, la seconda è nata nel 2010 in un ospedale cittadino. Pur nella totale precarietà legata alle condizioni di vita, grazie all'intermediazione di volontari di un'associazione religiosa, la moglie e le figlie hanno frequentato regolarmente il consultorio di zona e le bambine avevano un pediatra. Nel dicembre 2011, in seguito all'incendio doloso dell'insediamento, Ion e la sua famiglia sono dovuti partire, spostandosi dapprima nella città di Genova, per poi successivamente tornare a occupare una baracca nella zona sud di Torino. I contatti con la pediatra sono andati persi e così pure la possibilità di mantenere aggiornato il bilancio di salute dei figli, strumento fondamentale di prevenzione e controllo.

Questo genere di mobilità non scelta, ma indotta dalle circostanze, mette in crisi il pieno esercizio del diritto alla salute. L'effetto è quello di una incredibile frammentazione dei percorsi terapeutici, frammentazione che avviene non solo su scala locale, ma anche spesso su scala transnazionale come si vedrà nel settimo capitolo. Questa frammentazione viene spesso letta dalle istituzioni non come risposta a un'inadeguata offerta, ma come conferma di una presunta volontà di non radicamento e di «nomadismo».

8. *L'incontro tra rom e operatori e i significati della cura nell'estrema marginalità*

Per persone che vivono quotidianamente situazioni di forte precarietà il rifiuto di ricorrere a cure mediche o lo scetticismo nell'affidarsi alle prescrizioni dei medici sono legati anche, in alcuni casi, a una componente più psicosociale. Andare dal medico significa riconoscere il proprio status di ammalati. Nel momento in cui si dà un nome alla malattia si dà una forma e una sostanza a un male che così diventa ineliminabile. Questo è il racconto di una paziente incontrata in un ambulatorio:

In Romania un dottore mi aveva diagnosticato un tumore allo stomaco, ma io avevo così tanta paura che non ero più andata dal medico. Ho pensato che se non davo importanza, il male scompariva. Per questo sono partita, anche per pensare ad altro, per la gioia di stare con la mia famiglia qua a Torino. Poi sono arrivata in Italia e stavo molto male, ho dovuto fare una biopsia e adesso sono in attesa (Esmeralda, 48 anni, rom di Romania).

Molte persone, per questo motivo, cercano di limitare i contatti con le strutture sanitarie, in particolare con gli ospedali, e cercano di appoggiarsi a

⁵⁶ Per un approfondimento si rimanda al box 1.

quei servizi che, a loro avviso, possano ridurre al minimo i tempi e la profondità della relazione di cura. Una giovane donna rom ha sottolineato:

A me i medici e gli ospedali non piacciono, non riesco a starci. Gli ospedali sono posti per malati, e se ci rimani dentro vuole dire che sei davvero malato [...] Quando il mio bambino è nato aveva qualche piccolo problema e volevo lasciarlo in ospedale e andarmene subito, il primo giorno, ma non potevo perché mi hanno detto che dovevo tenerlo io al seno. Altrimenti lo lasciavo alle infermiere fino a quando non era tutto a posto (Ioana, 20 anni, rom di Romania).

In questa storia colpisce come la totale delega dei compiti di assistenza al personale ospedaliero sia legata da una parte alla percezione di incapacità di risolvere i problemi del bambino, dall'altra a una percezione dell'ospedale come spazio contaminante, di malattia. Si sommano, inoltre, scarse informazioni sulle malattie stesse e sui percorsi terapeutici.

È proprio in quest'ottica che dev'essere letto il sovrautilizzo del pronto soccorso, al quale molti rom ricorrono anche in situazioni non emergenziali. Un intervistato ha osservato con ironia: «Per noi tutto è pensato in emergenza. Per esempio c'è stata l'emergenza nomadi, poi i decreti di urgenza⁵⁷. E così preferiamo andare tutti al pronto soccorso, così risolviamo prima e più in fretta» (Ion, 35 anni, rom di Romania). Alcuni studiosi hanno anche spiegato la paura della malattia e dell'accesso agli spazi della cura ricorrendo a visioni non biomediche, ma piuttosto di natura morale e spirituale⁵⁸.

Per esempio, mentre ci confrontavamo con una ragazza incinta sul tema del fumo in gravidanza, è emersa l'idea che le malattie possano essere procurate dal potere contaminante dello sguardo:

Io non posso smettere di fumare, non mi piacciono le sigarette elettroniche. E poi anche mio papà continua a fumare in casa davanti a me... Questo non dà problemi al bambino, anche prima fumavo e con l'altra bambina non è successo niente. Io non ho mai voluto male a nessuno, le malformazioni vengono quando qualcuno ti vuole male, o quando guardi qualcuno male (Ramona, 20 anni, rom di Romania).

Nelle interviste nessun paziente rom ha denunciato di aver subito forme di discriminazione diretta da parte del personale sanitario, aspetto che invece emerge con forza in numerosi rapporti concernenti la condizione dei

⁵⁷ Per un approfondimento si rimanda al box 1.

⁵⁸ A. Sandu, *Rules from above, Views from below: Accessing and Using Child Health Services in Post-Communist Rural Romania*, in *Poverty, Urbanity and Social Policy: Central and Eastern Europe Compared*, a cura di J. Aidukaite, New York, Nova Science Publishers, 2009, pp. 59-79; P. Mladovsky, *Research Note: To what extent are Roma disadvantaged in terms of health and access to health care? What policies have been introduced to foster health and social inclusion?*, LSE e Commissione europea, 2007.

rom in Italia⁵⁹ nonché in ricerche condotte in altri paesi europei⁶⁰. Diversi ambienti sanitari non sono accoglienti e inclusivi nei confronti di pazienti appartenenti a determinati gruppi sociali come i rom, e quanto riportato di seguito conferma, quanto meno implicitamente, questa impressione. Alcuni operatori sanitari hanno sottolineato come i loro colleghi manifestino fastidio e disagio a occuparsi di pazienti considerati per definizione problematici e poco rispettosi delle regole:

Anche i medici hanno i loro limiti. Molti non vogliono sporcarsi le mani, non andrebbero mai in un campo rom. Meglio ricevere nel loro studio, bello e pulito. È una questione di status, lavorare con gli zingari non è «in». Pensa che al concorso per l'Isi per tre posti a tempo indeterminato ci siamo presentati solo in 20. Incredibile, quando si dice che non c'è lavoro nel pubblico... E quando la direttrice sanitaria del distretto 6 ha mandato una comunicazione per chi volesse partecipare al progetto nei campi rom, nessun medico, a parte me, si è dato disponibile (dottoressa italiana, Centro Isi).

Questa diffidenza da parte degli operatori sanitari viene percepita dai pazienti, che spesso a loro volta nutrono nei confronti del medico, e dell'istituzione che rappresenta, un senso di sconforto e di incolmabile distanza. Così racconta una mediatrice culturale:

Il dottore è visto con soggezione, se non con paura. Non solo perché sono rom, ma anche perché sono persone povere e che vengono dalla campagna. Il dottore è ricco, ha un'altra cultura rispetto a loro, e poi deve mettere le mani sul loro corpo malato. Molto raramente nella loro vita hanno avuto un rapporto diretto, di parità, con un dottore. Ti racconto questa storia, per farti capire meglio. Qui in ambulatorio veniva una donna rom con i propri figli ed era accompagnata da un'altra donna che però non entrava mai, anche se aveva con sé il proprio bambino. Quando abbiamo chiesto alla prima donna, ci ha risposto che l'altra non voleva entrare perché era troppo sporca e credeva che i dottori non volessero neppure toccare il suo bambino. Io l'ho avvicinata e l'ho incoraggiata a entrare, le ho dato delle salviette e lei ha lavato tutto il bambino, anche perché nella baracca non ha l'acqua corrente. La dottoressa, dopo la visita, le ha detto che il suo bambino è davvero bello, e lei ha risposto sorridente che sicuramente anche la dottoressa deve avere dei bei figli. Da quel momento quella donna viene qua praticamente ogni mese. Credo che sia la prima volta che si sia sentita trattare con dignità da un dottore (mediatrice culturale romena, Associazione Camminare insieme).

⁵⁹ Per un approfondimento si rimanda al box 1.

⁶⁰ Errc, *Ambulance not on the Way*, cit. In questo studio condotto in Spagna, Ungheria e Bulgaria, molti rom hanno dichiarato di aver ricevuto cure non appropriate o un trattamento di qualità ritenuta inferiore a quella offerta ad altri pazienti non rom, durante le visite mediche e la degenza in ospedale. Hanno riportato episodi in cui non venivano cambiate le lenzuola, si negava il contatto fisico, non vi erano figure professionali durante le visite specialistiche, si veniva affidati a studenti di medicina non preparati, vi erano abusi verbali e utilizzo di linguaggio razzista.

Se da una parte c'è una lontananza che viene percepita come incolmabile, vi sono anche pratiche di cura nelle quali vi è stato un incontro positivo tra pazienti e dottori. Banu è un uomo di 32 anni, originario della città di Bacau, in Romania, padre di 4 figli di età compresa tra i 12 e i 3 anni. Nell'estate del 2010 è caduto malamente dal secondo piano della casa diroccata nella quale viveva. Dopo un coma di alcune settimane ha dovuto affrontare una degenza ospedaliera di oltre due anni, fino a quando è stato dimesso con una paralisi totale agli arti inferiori. Grazie all'intermediazione della comunità di Sant'Egidio ha ottenuto una casa in affitto vicino all'ospedale, nella quale vive con moglie e figli. Questo incidente ha totalmente rivoluzionato il corso della sua vita. In una società in cui i ruoli di genere sono ancora molto marcati, la malattia e la disabilità sono vissute in maniera drammatica soprattutto quando a essere colpito è l'uomo, il capofamiglia. L'arrivo della malattia è una disgrazia, che porta sventura a tutto il proprio gruppo. Per questo viene tenuta nascosta e, qualora si manifesti, porta a situazioni di profondo isolamento:

L'affitto è pagato da Sant'Egidio, il mangiare è sempre pagato da Sant'Egidio e da Caritas. Loro ci portano quello che serve. Mia moglie porta i bambini all'asilo e alla scuola, dopo ritorna a casa per stare con me. Non ha tempo di andare a fare l'elemosina... Ho scelto di rimanere in Italia perché se ero in Romania dovevo pagare quattro milioni di lei al mese, circa 100 euro, ma io non avrei avuto tutti quei soldi. Da noi tutto si fa con i soldi, se vai a un controllo devi andare con soldi, anche per una visita. Qua invece no. Io non sono tornato in Romania dopo l'incidente e non ci voglio neppure tornare. Per me è molto difficile. Non c'è nessun futuro in Romania. La mia malattia è vissuta molto male nella famiglia. Alcuni si sono allontanati, soprattutto i parenti; quando vedi un caso come il mio si fugge spaventati... Però quello che non ho trovato dai miei, l'ho trovato qua in Italia. Il dottore delle Molinette è stato molto disponibile; è così bravo, che non ne ho mai visto uno così in vita mia. Quando ha un catetere in più me lo porta, perché i cateteri sono importanti. Credo che un parente non mi rispetterebbe quanto fa lui. In Italia non mi sono sentito discriminato, mi sono sentito molto bene e fortunato, nella grande disgrazia che ho avuto (Banu, 32 anni, rom di Romania).

In questa storia emerge, ancora una volta, il ruolo fondamentale del privato sociale nel garantire la disponibilità di cure e servizi che, ormai, il settore pubblico si trova sempre più in difficoltà a garantire. La città di Torino, in questo senso, si conferma, grazie alla incredibile vitalità del privato sociale, un luogo probabilmente unico in Italia, in cui esiste una – spesso – fruttuosa integrazione tra servizi pubblici e privato sociale.

9. «Questa è la loro cultura». Malintesi e pregiudizi

Sono frequenti i malintesi che complicano l'incontro tra operatori sanitari e pazienti. Questi malintesi hanno varia natura e intensità, ma quando si tratta di pazienti rom emergono con più frequenza perché intorno a questo gruppo è stato costruito un immaginario difficile da scalfire. Molto spesso emerge dagli operatori una lettura culturalista dei comportamenti dei pazienti, che è difficile decostruire. Atteggiamenti che derivano dalle necessità di dare risposte a problemi di ordine materiale sono letti come comportamenti culturali, incompatibili con i modelli di cura e assistenza della società maggioritaria. Saletti Salza ha messo in evidenza come in diverse parti d'Italia negli anni sono giunte agli assistenti sociali segnalazioni da parte degli operatori sanitari dei reparti ospedalieri di maternità dove le mamme rom hanno lasciato i propri figli appena nati⁶¹. Quello che per la direzione sanitaria è apparso come abbandono di minori, pratica riconducibile a modelli culturali inaccettabili, per le mamme rom è stata una scelta protettiva, poiché queste donne credevano di tutelare i neonati affidandoli alle cure delle infermiere nei periodi più rigidi dell'anno. Queste segnalazioni hanno spesso aperto la strada a procedure presso i tribunali per i minorenni, procedure che in taluni casi hanno portato alla dichiarazione di adottabilità dei minori. Nella suddetta ricerca, condotta presso sette tribunali italiani, è emerso come un minore rom avrebbe oltre 17 probabilità di essere dichiarato adottabile rispetto a un minore non rom. Secondo l'autrice servizi sociali e giudici talvolta esprimono valutazioni alterate dal pregiudizio culturale; di fronte a situazioni e atteggiamenti dettati esclusivamente dal disagio materiale, l'origine della situazione di rischio del minore sarebbe attribuita a una indistinta «cultura rom»⁶².

Per tornare ai risultati della nostra ricerca, spesso un rifiuto dell'offerta sanitaria da parte degli utenti rom non viene interpretato dagli operatori come risposta all'inadeguatezza del servizio offerto, ma come prodotto di un

⁶¹ C. Saletti Salza, *Dalla tutela al genocidio? Le adozioni dei minori rom e sinti in Italia (1985-2005)*, Firenze, Cisu, 2010.

⁶² I tribunali analizzati nella ricerca di Saletti Salza sono quelli di Torino, Firenze, Napoli, Bologna, Venezia, Trento e Bari. Tra il 1985 e il 2005 tali tribunali hanno dichiarato in stato di adottabilità 258 minori rom, il 2,6% del totale dei minori dichiarati adottabili da questi stessi tribunali. Poiché la popolazione rom rappresenta lo 0,2% di quella nazionale, i minori rom non avrebbero dovuto essere più di 13. A partire da questi dati è stata svolta una successiva ricerca presso il Tribunale per i minorenni di Roma dalla quale è emerso come, tra il 2006 e il 2012, sia stata aperta una procedura di adottabilità per 1 minore rom su 20, contro 1 minore non rom su 1.000. Rispetto a un minore non rom, un minore rom a Roma ha 60 possibilità in più di essere segnalato alla procura della Repubblica, 50 possibilità in più di veder aperta una procedura di adottabilità e 40 possibilità in più di essere dichiarato effettivamente adottabile. Si veda Associazione 21 Luglio, *Mia madre era rom. Le adozioni dei minori rom in emergenza abitativa nella regione Lazio (2006-2012)*, Roma, 2013.

loro limite culturale. Nacu, in uno studio condotto tra i medici che operano nei campi rom in Francia, evidenzia come questi fraintendimenti creino una forte frustrazione tra gli operatori.

In alcune interazioni tra medici e pazienti la percezione della differenza etnica sembra non tener conto di tutte le altre motivazioni, diventando l'unica fonte di comprensione... Per esempio, il fatto che una donna rom abbia cinque o sei figli è visto dal medico come «culturale», non come «scelta individuale»: «È nella loro cultura di volere molti bambini». Il comportamento della donna rom sarebbe stato interpretato come il rispetto per la tradizione, mentre l'uso del controllo delle nascite e il fatto di avere uno o due bambini per una paziente di origine francese sarebbe vista dallo stesso professionista come «scelta individuale»⁶³.

I comportamenti dei rom intervistati devono essere ricondotti non tanto a elementi di una presunta cultura tradizionale, quanto alle situazioni di svantaggio materiale nelle quali si sono trovati e si trovano tuttora a vivere. La maggior parte di questi rom proviene infatti da contesti nei quali il pensiero tradizionale è stato sradicato già negli anni del socialismo, con i fenomeni di urbanizzazione e di forte assimilazione culturale. Semmai, questi rom si portano dietro dai paesi d'origine una bassissima abitudine a ricorrere alle strutture sanitarie, perché troppo costose, o perché sono oggetto di vera e propria discriminazione all'interno di queste stesse strutture. Quella che emerge, dunque, è una forte polarizzazione percepita e descritta, tra chi dispensa la cura e chi la riceve⁶⁴.

L'esempio più interessante e ricorrente di questi malintesi riguarda l'utilizzo dei farmaci. Così racconta una dottoressa:

Nei campi circolano molti antibiotici, che si ottengono anche senza ricetta medica, con la connivenza di farmacisti poco responsabili, io dico anche criminali. I rom hanno una passione per le medicine, se non le ottengono in Italia, sono disposti anche a pagarli molto di più in Romania o in Bosnia, perché hanno proprio bisogno di averli. A volte mi sembra anche che non si fidano delle medicine italiane e di quello che non è di marca. In alcuni casi sono anche ipocondriaci. È una questione di loro cultura, che non riusciamo a superare (dottoressa italiana, Centro Isi).

Per spiegare questa «passione» non basta appellarsi a una non meglio definita cultura. Bisogna tenere in conto la relazione che il farmaco instaura tra le persone. La prescrizione da parte del medico rappresenta il riconosci-

⁶³ A. Nacu, *The Politics of Roma Migration: Framing Identity Struggles among Romanian and Bulgarian Roma in the Paris Region*, in «Journal of Ethnic and Migration Studies», vol. 37, 2011, n. 1, p. 145.

⁶⁴ D. Singh, *Attitudes and Praxis of Traditional Forms of Health Care in a Post-Communist Romanian Romani Community*, in «Anthropology of East Europe Review», vol. 29, 2011, n. 1, pp. 127-140.

mento ufficiale della malattia⁶⁵; il riconoscimento della malattia è anche la prova di un interessamento da parte dell'operatore sanitario, elemento molto importante per soggetti che vivono ai margini. Non sempre i medicinali vengono assunti rispettando i dosaggi e le prescrizioni terapeutiche. Queste trasgressioni rappresentano un adattamento e una risposta all'incompletezza strumentale dell'offerta che viene dall'esterno. I pazienti sono disposti a spendere di più per i medicinali, a patto che siano quelli originali, i più pubblicizzati. E inoltre la precarietà e la mobilità producono discontinuità e confusione nei percorsi terapeutici:

Molti di questi immigrati vanno avanti e indietro. Vanno in Romania e si fanno dare medicine, vengono qua e se ne fanno dare altre... Questo è un rischio per la salute, anche quando si devono seguire delle terapie specifiche. Ci sono poi grossi problemi di scogli culturali: per molti immigrati la salute è una cosa del qui e ora. Non ha senso parlare di prevenzione, le persone si presentano solo quando hanno un problema grave o gravissimo (dottoressa italiana, Centro Ist).

Vengono a chiederci moltissimi antibiotici quando i loro bambini sono malati. A volte se non gli diamo gli antibiotici si arrabbiano molto con noi. Noi insistiamo a dare il paracetamolo, anche per non causare problemi al fegato, perché quando poi gli antibiotici serviranno veramente non faranno più il loro effetto... Per i rom romeni è difficile andare dal medico, perché quando vai devi portare regali, e allora tanto meglio farsi la scorta quella volta che ci vai. Questo succede anche con i diabetici, per esempio, che si fanno mandare l'insulina dalla Romania, invece che andare a prenderla qua. È una questione di poca dimestichezza con il sistema. Spesso qua loro dicono che prendono un po' di insulina e poi ne chiedono altra perché così possono mangiare dolci, ma non si può aumentare le dose e intanto mangiare zucchero. Può causare seri problemi! (mediatrice culturale romena, Associazione Camminare insieme).

L'assunzione di un farmaco può essere letta come un atto micro-politico. Il corpo diventa lo strumento per l'affermazione della propria alterità, poiché l'essere riconosciuti come malati significa essere riconosciuti come soggetti. La libertà nell'utilizzo dei medicinali (prenderli quando e dove si vuole, mischiarli, utilizzarli per fini diversi da quelli prescritti), continua ad essere affermazione della propria soggettività. Non frutto d'ignoranza, e neppure limite culturale. Così racconta una mamma:

Sono arrivata a Torino nel novembre del 2012, in una baracca in Lungo Stura. Mia figlia, quando era piccola, ha avuto convulsioni. Era inverno, le sono venute le orecchie molto grandi, io non ho potuto portarla all'ospedale perché la neve era alta... Poi il dottore dell'ospedale finalmente le ha dato delle medicine, ma io non le ho date sempre, poi sono emigrata in Grecia e ho lasciato stare. I medici mi hanno

⁶⁵ P. Trevisan, *La «salute» dei rom: una questione piuttosto ingarbugliata. Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli zingari*, in «La Ricerca Folklorica», n. 50, 2004, pp. 53-63.

detto che è anche un problema di ritardo mentale, Dio mi aiuti! Poi da qualche anno, quando aveva 15 anni, ha cominciato a perdere l'udito. Allora siamo andati in ospedale e il medico le ha messo un apparecchio, ma non perché io non le ho dato le medicine! (Tatiana, 41 anni, rom di Romania).

Le scelte che rispondono a valutazioni soggettive e non alla razionalità biomedica possono provocare irritazione o sconforto tra gli operatori sanitari. Per chi vive in una situazione di totale marginalità, come nel caso dei rom, l'esercizio del pieno diritto alla salute dovrebbe essere perseguito al di fuori di un quadro emergenziale e di estrema necessità. Per alcuni soggetti, per quanto possa sembrare paradossale, un evento drammatico come un grave incidente invalidante diventa l'unica occasione per passare dalla totale invisibilità a una accettazione all'interno della società maggioritaria. Così è stato per esempio per il rom Banu.

Un rischio sempre in agguato in queste situazioni è di passare dal piano del riconoscimento del diritto all'assistenza e alla cura a forme di dipendenza tra pazienti e operatori sanitari, forme che si riproducono in forma perversa. Da un lato queste relazioni bloccano le persone all'interno dei ruoli di pazienti bisognosi e di soccorritori, dall'altro hanno il pericolo di confermare gli stereotipi e i pregiudizi di parte dell'opinione pubblica che etichetta ingiustamente i rom come parassiti sociali.

BOX 1. *La questione rom in Italia: il punto di vista delle istituzioni per la tutela dei diritti umani*, a cura di Anthony Olmo

La condizione della popolazione rom in Europa è uno dei temi più dibattuti nell'ambito internazionale dei diritti umani. La situazione specifica in Italia risulta, inoltre, particolarmente preoccupante, tant'è che più volte il nostro paese è stato oggetto di aspre critiche da parte delle istituzioni europee e internazionali di difesa e promozione dei diritti umani.

Il presente paragrafo presenterà le problematiche di maggior rilievo individuate dai suddetti organi internazionali. Questa panoramica risulta opportuna in quanto permette, innanzitutto, di integrare con ulteriore materiale la caratterizzazione e l'analisi delle condizioni delle comunità rom in generale in Italia e nell'area che interessa ai fini del nostro studio. Inoltre, quanto emerso dagli studi dei suddetti organi appare particolarmente calzante per la nostra analisi poiché i problemi identificati rivestono un ruolo cruciale in quanto determinanti della salute per le comunità in questione le quali, di fronte a condizioni di vita di particolare disagio e marginalità, vedono pressoché annullate le possibilità di godere del diritto alla salute.

Prima di presentare nel dettaglio i problemi individuati, è opportuno innanzitutto identificare brevemente quali sono stati i principali organi internazionali a essersi interessati della condizione della popolazione rom in Italia⁶⁶. Un ruolo predo-

⁶⁶ Nel corso del paragrafo si farà riferimento, tuttavia, anche ai contributi di ulteriori organi internazionali e nazionali.

minante in tal senso è stato svolto dal Consiglio d'Europa, che, come noto, dedica una porzione significativa del proprio operato alla questione rom. Tra gli organi del Consiglio d'Europa che più da vicino si sono occupati del tema in questione si segnala, innanzitutto, la Commissione europea contro il razzismo e l'intolleranza (Ecri). Come noto, parte del suo mandato prevede un'attività di monitoraggio periodico della situazione in ogni stato membro circa problematiche legate al razzismo e all'intolleranza. In questo quadro, di particolare interesse risultano essere i quattro rapporti sull'Italia – redatti rispettivamente nel 1998⁶⁷, nel 2002⁶⁸, nel 2006⁶⁹ e nel 2012⁷⁰ – nei quali ampio spazio è infatti stato dedicato alle problematiche che contraddistinguono la popolazione rom.

Il tema è stato oggetto di attenzione anche da parte del Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa. In particolare si sottolineano le due visite effettuate nel 2008, dall'allora Commissario Thomas Hammarberg, e nel 2012 dall'attuale Commissario Nils Muižnieks⁷¹, nel corso delle quali sono emersi gravi problemi riguardanti le comunità rom sul territorio nazionale.

La condizione dei rom nel nostro paese è stata anche sottoposta al Comitato della Carta sociale, l'organo incaricato di supervisionare il rispetto da parte degli stati membri della Carta sociale europea⁷². In particolare nel caso *Centre on Housing Rights and Evictions (Cobre) contro Italia*⁷³, il Comitato ha avuto modo di pronunciarsi sul comportamento delle autorità italiane durante la fase della cosiddetta «emergenza nomadi»⁷⁴. Il caso in analisi ha visto l'Italia subire una dura condanna da parte del Comitato, il quale ha riscontrato la violazione del diritto all'abitazione⁷⁵, del diritto alla protezione dalla povertà e dall'emarginazione sociale⁷⁶, del diritto alla tutela sociale, giuridica ed economica della famiglia⁷⁷, del diritto dei lavoratori migranti e delle loro famiglie alla protezione e all'assistenza⁷⁸. Inoltre ogni violazione fu accompagnata dalla violazione parallela del divieto di discriminazione, così aggravando ulteriormente la condanna inflitta.

⁶⁷ Commissione europea contro il razzismo e l'intolleranza (Ecri), *Approccio paese per paese dell'Ecri. Rapporto sull'Italia*, CRI(1998)48, 15 giugno 1998.

⁶⁸ Id., *Secondo rapporto sull'Italia*, CRI(2002)4, 23 aprile 2002.

⁶⁹ Id., *Terzo rapporto sull'Italia*, CRI(2006)19, 16 maggio 2006.

⁷⁰ Id., *Rapporto dell'Ecri sull'Italia (quarto ciclo di monitoraggio)*, CRI(2012)2, 21 febbraio 2012.

⁷¹ Consiglio d'Europa, Commissario per i diritti umani, *Report by Thomas Hammarberg, Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his Visit to Italy on 13-15 January 2009*, CommDH(2009)16, 16 aprile 2009. Vedi anche Id., *Memorandum by Thomas Hammarberg Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his Visit to Italy on 19-20 June 2008*, CommDH(2008)18, 28 luglio 2008. Vedi inoltre Id., *Report by Nils Muižnieks Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his Visit to Italy from 3 to 6 July 2012*, CommDH(2012)26, 18 settembre 2012.

⁷² Consiglio d'Europa, *Carta sociale europea (riveduta)*, STCE n. 163, Strasburgo, 3 maggio 1996. Ratificata con legge 9 febbraio 1999, n. 30, *Gazzetta ufficiale* n. 44 del 23 febbraio 1999, suppl. ord. n. 38.

⁷³ *Centre on Housing Rights and Evictions (Cobre) c. Italia*, ricorso 58/2009, decisione del 25 giugno 2010.

⁷⁴ Vedi *infra*.

⁷⁵ Consiglio d'Europa, *Carta sociale europea*, cit., art. 31, par. 1, 2, 3.

⁷⁶ *Ibidem*, art. 30.

⁷⁷ *Ibidem*, art. 16.

⁷⁸ *Ibidem* art. 19, par. 1, 4 lett. c), 8.

Come già preannunciato, sulle base delle conclusioni tratte dai suddetti organi, si possono identificare i principali problemi che caratterizzano la condizione dei rom in Italia. Di seguito, si presenteranno le principali questioni emerse.

L'emergenza nomadi e lo sgombero dei campi nomadi

Grande attenzione è stata dedicata dagli organi internazionali ai problemi legati ai cosiddetti «patti per sicurezza» e alla cosiddetta «emergenza nomadi». Come si ricorderà, a partire dalla metà del primo decennio degli anni Duemila, al fine di rispondere a una presunta minaccia all'ordine pubblico e alla sicurezza posta dalle comunità rom⁷⁹, le autorità italiane hanno iniziato ad adottare misure volte all'identificazione delle persone appartenenti alle suddette comunità e alla definizione di luoghi preposti all'insediamento di campi dove questi erano autorizzati a soggiornare. Il primo passo in tal senso fu la sottoscrizione di cosiddetti «patti» tra autorità nazionali e diverse autorità locali, tra cui le città di Napoli, Roma, Milano, Firenze, Torino, Genova, Bologna. A livello sostanziale questi patti prevedevano la delega di poteri ai prefetti al fine di permettere l'attuazione di un piano volto alla risoluzione dell'emergenza nomadi. Nel maggio 2008, il governo ha ufficialmente dichiarato tale emergenza nelle Regioni Campania, Lombardia e Lazio⁸⁰. Un anno dopo, nel maggio del 2009, lo stesso è stato esteso alle Regioni Piemonte e Veneto.

L'adozione delle suddette misure e la dichiarazione di emergenza fu fatta basandosi sulla legge 225 del 24 febbraio 1992 – così come modificata dal d.lgs. 15 maggio 2012, n. 59⁸¹ – sull'istituzione del Servizio nazionale della protezione civile, e che consente di dichiarare lo stato di emergenza in caso di calamità naturali, catastrofi o altri eventi che, per la loro portata e intensità, non possono essere affrontati con mezzi ordinari⁸². In base alla dichiarazione di emergenza, i prefetti delle zone interessate – nominati «Commissari speciali» – sono stati dotati di poteri speciali al fine di facilitare l'adozione di iniziative riguardanti la popolazione rom. L'ampiezza dei poteri conferiti loro era notevole e, sebbene da un lato questi potessero essere usati anche per l'adozione di iniziative a favore delle suddette comunità, in diverse occasioni sono stati impiegati per introdurre misure che hanno avuto effetti discriminatori. Esempi di misure simili sono il censimento dei rom abitanti dei campi,

⁷⁹ In quegli anni si susseguirono alcuni gravi episodi di cronaca, che vedevano coinvolte persone di origine rom.

⁸⁰ Si veda d.p.c.m. 21 maggio 2008, *Gazzetta ufficiale* n. 122 del 26 maggio 2008. Si vedano anche le Ordinanze del presidente del Consiglio dei ministri, nn. 3676, 3677 e 3678 del 30 maggio 2008 introducenti disposizioni urgenti di protezione civile dirette a fronteggiare lo stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle Regioni Lazio, Lombardia e Campania. Si vedano infine le Linee guida del 17 luglio 2008 per l'attuazione delle Ordinanze del presidente del Consiglio dei ministri, nn. 3676, 3677 e 3678 del 30 maggio 2008 concernenti insediamenti di comunità nomadi delle Regioni Lazio, Lombardia e Campania.

⁸¹ Decreto legge 15 maggio 2012, n. 59, *Gazzetta ufficiale* n. 113 del 16 maggio 2012.

⁸² Legge 24 febbraio 1992, n. 225, *Gazzetta ufficiale* n. 64 del 17 marzo 1992, suppl. ord. n. 54, art. 2.1, lett c): «Ai fini dell'attività di protezione civile gli eventi si distinguono in: [...] (c) calamità naturali o connesse con l'attività dell'uomo che in ragione della loro intensità ed estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati e predefiniti periodi di tempo».

la raccolta di impronte digitali, gli smantellamenti e gli sgomberi forzati di insediamenti abusivi – spesso senza che fossero state individuate alternative abitative – la creazione di nuovi campi, sovente in aree lontane, recintate, sorvegliate e con gli accessi controllati, ai quali è possibile accedere solo se in possesso di documenti di identificazione⁸³.

Grande attenzione hanno attirato a livello internazionale, in particolare, le politiche degli sgomberi di insediamenti esistenti e la creazione di nuovi campi nei quali trasferire molti gruppi. Come già accennato, l'Italia è stata condannata di fronte al Comitato della carta sociale per gli sgomberi forzati e per la violazione dei diritti delle comunità interessate. Inoltre, l'Ecrid ha criticato più volte le politiche adottate dall'Italia in tal senso⁸⁴, così come fatto anche dal Commissario per i diritti umani⁸⁵. Ancora, l'Alto Commissario per le minoranze nazionali dell'Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa (Osce)⁸⁶ ha posto in rilievo come la segregazione delle comunità rom in campi, spesso isolati e lontani dai centri abitati, non faccia che accrescere la marginalizzazione di queste comunità andando esattamente nel senso contrario di una maggiore integrazione⁸⁷. In generale, come anche la Commissione straordinaria del Senato per la tutela e la promozione dei diritti umani riconosce, la politica dei campi nomadi è un qualcosa che ha pochissimi corrispettivi in altri paesi europei. È facile comprendere, anche solo intuitivamente, come misure del genere costituiscano realtà «incompatibili con qualsiasi progetto di inclusione e integrazione dove si riproducono [...] condizioni di crudele emarginazione»⁸⁸.

Si sottolinea che nel novembre del 2011, il Consiglio di Stato ha dichiarato illegittimo il decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri del 21 maggio 2008 con il quale si dichiarava lo stato di emergenza e le ordinanze successive⁸⁹. Il massimo organo della giustizia amministrativa ha infatti giudicato che il decreto non avesse sufficientemente giustificato l'esistenza di una vera emergenza, avendo questo

⁸³ Ecrid, *Rapporto dell'Ecrid sull'Italia (quarto ciclo di monitoraggio)*, cit., pp. 31 ss.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ Vedi Consiglio d'Europa, Commissario per i diritti umani, *Memorandum by Thomas Hammarberg Commissioner for Human Rights*, cit.

⁸⁶ Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa (Osce) e Alto Commissario per le minoranze nazionali, *Assessment of the Human Rights Situation of Roma and Sinti in Italy, Report of a Fact Finding Mission to Milan, Naples and Rome on 20-26 July 2008*, Varsavia, L'Aia, marzo 2009.

⁸⁷ La questione è stata analizzata anche nell'ambito di altre organizzazioni internazionali. Si veda in tal senso Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione razziale (Cerd), *Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 9 of the Convention, Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Racial Discrimination, Italy*, UN Doc. CERD/C/ITA/CO/15, 16 maggio 2008; si veda anche Comitato consultivo della Convenzione quadro per la protezione delle minoranze nazionali, *Second Opinion on Italy*, ACFC/INF/OP/I(2002)007, adottato il 24 febbraio 2005.

⁸⁸ Senato della Repubblica, Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, *Rapporto conclusivo dell'indagine sulla condizione di rom, sinti e caminanti in Italia, approvato dalla Commissione il 9 febbraio 2011*, XVI Legislatura, p. 5.

⁸⁹ Sentenza Consiglio di Stato, n. 6050, del 16 novembre 2011. La Corte di Cassazione (sezioni unite civili), con sentenza n. 9687/13 depositata il 22 aprile 2013, ha respinto il ricorso proposto contro la suddetta sentenza e ha confermato l'illegittimità del decreto del 21 maggio 2008 della Presidenza del Consiglio dei ministri.

fatto riferimento unicamente ad alcuni episodi di cronaca che vedevano coinvolte persone di origine rom.

L'antiziganismo e il dibattito politico e nei media

Un ulteriore problema riguardante la condizione delle comunità rom nel nostro paese, ampiamente segnalato dagli organi internazionali di tutela dei diritti umani, è quella dell'antiziganismo e del dibattito, presente nell'ambito politico e nei media, nei confronti dei rom.

Il Commissario dei diritti umani, nel suo rapporto sulla visita in Italia nel maggio del 2011, si è detto alquanto preoccupato dell'esistenza nel dibattito politico italiano di discorsi razzisti e xenofobi nei confronti dei rom e dei sinti. Come esempio, il Commissario riportò l'uso del termine «zingaropoli», usato in materiale elettorale nelle elezioni municipali di Milano nel 2012⁹⁰. La questione è stata discussa anche dall'Ecri⁹¹ e dal Cerd⁹². Entrambi gli organismi hanno criticato aspramente la presenza e l'aumento di discorsi a sfondo razzista e xenofobo tra politici a diverso livello, nonché la scarsa reazione da parte delle autorità giudiziarie di fronte all'ampiezza del problema.

L'antiziganismo, come già menzionato, non riguarda solo l'ambito politico, bensì anche i media. Il rapporto dell'Osce del 2008 ha evidenziato come questi abbiano sovente contribuito a esaltare episodi di cronaca che vedevano coinvolte persone di origine rom, spesso con toni negativi che hanno contribuito ad accrescere il sentimento di ostilità nell'opinione pubblica⁹³.

Violenze nei confronti dei rom

Un ulteriore tema ampiamente dibattuto in sede internazionale è stato la violenza diffusa nei confronti delle comunità rom e l'inadeguata reazione da parte del sistema giudiziario italiano⁹⁴. Il Commissario per i diritti umani ha sottolineato con forza la necessità che le autorità si impegnassero maggiormente nel monitorare i «crimini d'odio» e nel far sì che la connotazione razzista di questi crimini fosse effettivamente punita⁹⁵. Ciò in molti casi non accade e il Commissario sottolinea come le autorità giudiziarie, al contrario, sembrano minimizzare le motivazioni a sfondo razziale dei suddetti crimini. La stessa impressione è stata anche confermata dal Cerd⁹⁶ e dall'Ecri⁹⁷, i quali hanno evidenziato come il numero di indagini svolte fosse basso nonostante l'alto numero di crimini registrati nei confronti dei rom.

⁹⁰ Consiglio d'Europa, Commissario per i diritti umani, *Report by Nils Muižnieks*, cit., p. 3.

⁹¹ Ecri, *Rapporto dell'Ecri sull'Italia (quarto ciclo di monitoraggio)*, cit., pp. 24 ss.

⁹² Cerd, *Osservazioni conclusive del Cerd sull'Italia*, cit., par. 22.

⁹³ Osce e Alto Commissario per le minoranze nazionali, *Assessment of the Human Rights Situation of Roma and Sinti in Italy*, cit., p. 25.

⁹⁴ Consiglio d'Europa, Commissario per i diritti umani, *Report by Nils Muižnieks*, cit., parr. 107-112.

⁹⁵ *Ibidem*, par. 114.

⁹⁶ Cerd, *Osservazioni conclusive del Cerd sull'Italia*, cit., par. 19.

⁹⁷ Ecri, *Rapporto dell'Ecri sull'Italia (quarto ciclo di monitoraggio)*, cit., pp. 27 ss.

Altri problemi

Numerose altre questioni interessano le comunità rom nel nostro paese. Innanzitutto si sottolinea come perduri, tuttora, per un elevato numero di persone appartenenti alle comunità rom, l'incertezza circa il loro status giuridico. Molti, infatti, risultano apolidi. Si stima che il numero di rom in questa condizione sia di circa 15.000⁹⁸, la maggior parte originari dei territori dell'ex Jugoslavia, dai quali sono fuggiti a causa del conflitto che sconvolse l'area negli anni Novanta. A causa di ciò, molti giunsero nel nostro paese come profughi, privi di documenti e nell'impossibilità di dimostrare la loro identità, impossibilità che perdura ancora oggi in moltissimi casi.

La suddetta condizione, per queste persone, risulta quasi kafkiana. Da un lato, a causa della mancanza di documenti di identità, rischiano l'espulsione, sebbene non potranno mai essere espulsi verso nessun paese in quanto apolidi⁹⁹. Al contempo, sebbene apolidi *di fatto*, difficilmente potranno divenire apolidi *di diritto*, poiché privi di certificati di residenza o di permesso di soggiorno, documenti necessari per la domanda di riconoscimento dello status di apolide¹⁰⁰. Chiaramente, la condizione di irregolarità rende loro impossibile integrarsi nella società italiana, non potendo questi trovare un lavoro regolare, accedere a servizi pubblici e via dicendo.

L'Ecri sottolinea anche la drammatica condizione dei bambini nati da genitori apolidi. Questi, per registrare il bambino all'anagrafe – diritto che sarebbe riconosciuto – devono presentare, in base alla legge 94 del 2009, un documento d'identità o un permesso di soggiorno, che tuttavia non possiedono¹⁰¹. La conseguenza più immediata è che la maggior parte di questi bambini non viene registrata. Allo stesso tempo, questa situazione comporterà ulteriori problemi al compimento dei 18 anni, momento nel quale questi potrebbero teoricamente ottenere la cittadinanza italiana. Non potendo, nella maggior parte dei casi, dimostrare la residenza continuativa nel paese l'eventuale domanda di cittadinanza non potrà che essere rifiutata¹⁰².

Un ulteriore problema segnalato dagli organismi internazionali, riguarda l'esclusione dei rom dall'elenco di minoranze storico-linguistiche tutelate dalla legge 482 del 1999 e che prevede la possibilità di legiferare al fine di tutelare e valorizzare la lingua e cultura delle minoranze interessate¹⁰³. I rom, e la loro lingua, il romanès, non godono di questa protezione¹⁰⁴. Parimenti, a livello più simbolico, il genocidio subito dai rom nel corso della seconda guerra mondiale, il *Porrajmos*¹⁰⁵, non è men-

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ *Ibidem*, p. 33.

¹⁰⁰ Presidenza del Consiglio dei ministri, Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica, *Strategia nazionale d'inclusione dei rom, dei sinti e dei caminanti. Attuazione Comunicazione Commissione europea n. 173/2011*, 28 febbraio 2012, pp. 16-20.

¹⁰¹ Ecri, *Rapporto dell'Ecri sull'Italia (quarto ciclo di monitoraggio)*, cit., pp. 73 e 88-90. Si veda anche legge 15 luglio 2009, n. 94, *Disposizioni in materia di sicurezza pubblica*, *Gazzetta ufficiale* n. 170 del 24 luglio 2009, suppl. ord. n. 128.

¹⁰² *Ibidem*, par. 89.

¹⁰³ Legge 15 dicembre 1999, n. 482, *Gazzetta ufficiale* n. 297 del 20 dicembre 1999.

¹⁰⁴ Ecri, *Rapporto dell'Ecri sull'Italia (quarto ciclo di monitoraggio)*, cit., pp. 32-33.

¹⁰⁵ Si stima che il numero di rom uccisi nel corso della seconda guerra mondiale oscilli tra i 500.000 e il milione e mezzo. Si veda, in tal senso, Senato della Repubblica, Commissione straordinaria, cit., p. 36.

zionato dalla legge 20 luglio 2000, n. 211, normativa che istituisce il giorno della memoria, il 27 gennaio di ogni anno¹⁰⁶.

Infine, grande spazio a livello internazionale è stato dedicato ai problemi delle popolazioni rom nell'accedere all'istruzione e al lavoro. Per ciò che riguarda l'istruzione, i dati in possesso rivelano un grande ritardo. Si stima che i bambini rom che evadono l'obbligo scolastico siano circa 20.000. Allo stesso tempo, un'indagine della Croce Rossa nei campi di Roma ha mostrato che oltre il 40% dei rom residenti non possedeva alcun grado di istruzione, circa l'8% aveva la licenza elementare, il 13 la licenza media, poco più dell'1% il diploma di scuola superiore e meno dello 0,50% la laurea¹⁰⁷. Le cause di ciò sono numerose, e molte certamente sono da rintracciare nelle difficoltà socio-economiche, nell'analfabetismo diffuso, specie tra le donne, nell'irregolarità in cui vivono molti bambini, specie nei campi nomadi abusivi¹⁰⁸.

Altrettanto complessa appare essere la situazione delle comunità rom rispetto all'accesso al lavoro. L'indagine della Croce Rossa nei campi nomadi di Roma ha evidenziato che oltre il 70% dei residenti non aveva alcuna occupazione e che i lavori più diffusi erano il ferraiolo, la casalinga, il venditore ambulante. Chiaramente, la diffusa irregolarità rende difficile l'accesso di queste persone a lavori regolari¹⁰⁹.

Copyright © 2015 by Società editrice Mulino

¹⁰⁶ Legge 20 luglio 2000, n. 211, *Gazzetta ufficiale* n. 177 del 31 luglio 2000.

¹⁰⁷ Senato della Repubblica, Commissione straordinaria, cit., p. 61.

¹⁰⁸ Ecri, *Rapporto dell'Ecri sull'Italia (quarto ciclo di monitoraggio)*, cit., p. 36; vedi anche Senato della Repubblica, Commissione straordinaria, cit., pp. 61 ss.

¹⁰⁹ Senato della Repubblica, Commissione straordinaria, cit., pp. 73 ss.

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Capitolo terzo

La salute materno-infantile

1. *La salute sessuale e riproduttiva*

Adottare un approccio basato sui diritti umani implica dedicare grande attenzione alle condizioni dei gruppi più vulnerabili, sviluppando strategie volte a garantire condizioni eque e a promuovere principi di parità e non-discriminazione. Tra i gruppi più notoriamente esposti a violazioni del diritto alla salute vi sono infatti le donne e i minori.

Uno strumento fondamentale per chiarire il contenuto del diritto alla salute, come abbiamo visto, è il Commento generale n. 14¹, che dedica un'attenzione particolare alle donne e ai minori. Per quanto riguarda la condizione delle donne, questo documento enfatizza che esse devono godere del diritto alla salute senza discriminazioni. A tal fine è necessario sviluppare una strategia nazionale che garantisca la realizzazione di questo diritto lungo tutto l'arco della sua vita. Per raggiungere questo obiettivo è necessario eliminare gli ostacoli che si frappongono all'accesso dei servizi sanitari, all'istruzione, all'informazione, nonché proteggere le donne dai pericoli di pratiche tradizionali pericolose (par. 21). Particolare rilevanza viene data alla tutela della salute sessuale-riproduttiva, alla riduzione dei principali rischi sul piano sanitario e della mortalità materna e alla protezione della donna contro la violenza domestica.

Per quanto riguarda i minori, si enfatizza la necessità di ridurre la mortalità infantile e favorire lo sviluppo sano di bambini e adolescenti. Anche in base a quanto previsto da altri strumenti internazionali rilevanti in materia – quali la Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo – si sottolinea la necessità di garantire l'accesso a servizi sanitari essenziali, compresi servizi pre e post natali per le madri. Il principio di non discriminazione

¹ Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14. The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 agosto 2000.

richiede inoltre che a tutti i bambini siano garantiti un'alimentazione adeguata, degli ambienti di vita sani e sicuri, e servizi per la salute fisica e mentale (par. 22).

La situazione esistente in Italia, relativamente alla salute materno-infantile, appare generalmente buona. Il caso italiano è stato infatti citato nel rapporto *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* come esempio dell'efficacia di politiche sanitarie che, in forma esplicita o implicita, trovano fondamento nei diritti umani². Le iniziative a tutela della maternità, un generale miglioramento dello standard di vita dei cittadini e la vicinanza alle esigenze del territorio attraverso l'implementazione dei consultori familiari, il piano nazionale di vaccinazioni, le campagne di prevenzione e la pediatria di libera scelta, hanno permesso un notevole miglioramento della speranza di vita alla nascita. Nel corso dell'ultimo secolo si è anche registrato un notevole calo del tasso di mortalità infantile, che è oggi uno dei più bassi al mondo, benché, come vedremo meglio più avanti, persistano differenze significative fra bambini italiani e bambini stranieri³.

Nonostante questo quadro complessivamente positivo, rimangono ancora delle criticità. Tra queste possiamo elencare il divario nord-sud, le preoccupanti condizioni di vita delle minoranze rom e sinti⁴ e la necessità di garantire un'adeguata assistenza alle donne e ai minori stranieri. Il presente capitolo si sofferma su quest'ultimo punto, con particolare riferimento alla salute materno-infantile a Torino. Il nostro obiettivo è quello di ricostruire l'esperienza delle donne migranti nel percorso nascita, nel puerperio e nei primi anni di vita dei loro figli. Prima di affrontare l'argomento, tuttavia, è necessario sottolineare la profonda eterogeneità racchiusa nella categoria «donne migranti». Questa espressione, infatti, raggruppa donne con storie diverse e differenti situazioni socio-economiche, emigrate dai propri paesi di origine per svariate ragioni, portatrici di convinzioni, culture e visioni del mondo differenti e di molteplici rappresentazioni della maternità. In queste circostanze, ogni generalizzazione rischia di non essere altro che uno stereotipo e la cautela è d'obbligo.

Le parole delle donne straniere e le loro esperienze quotidiane, raccolte attraverso interviste narrative e rilevate durante i periodi di osservazione

² S. Longhi *et al.*, *Women's and Children's Health in Italy*, in *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights*, a cura di F. Bustreo, P. Hunt *et al.*, Geneva, World Health Organization, 2013.

³ Secondo il rapporto Istat, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*, pubblicato il 15 gennaio 2014 e relativo ai dati degli anni 1887-2011, nel 2011 il tasso di mortalità infantile tra i bambini residenti italiani è stato di 2,9 per 1.000 nati vivi. Questa cifra è inferiore a quella registrata fra i bambini residenti stranieri, che è di 4,3 per 1.000. Questo tasso è inferiore a quello medio europeo e a quello degli Stati Uniti.

⁴ Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione razziale (Cerd), *Concluding Observations on Italy*, UN Doc. CERD/C/ITA/CO/15 del 16 maggio 2008.

partecipante, ci raccontano una realtà non facile, che pone di fronte a numerose sfide in materia di diritti umani.

La discriminazione di genere, la dipendenza economica, le asimmetrie in campo lavorativo, la violenza domestica e lo scarso riconoscimento del peso dei compiti di accudimento e cura dei bambini sono problemi che ancora oggi colpiscono trasversalmente le donne a prescindere dalla loro nazionalità. Nel caso delle donne migranti, a questi problemi si aggiungono le condizioni economiche e sociali spesso svantaggiate, la mancanza di informazione sui servizi socio-assistenziali e una minor disponibilità di reti familiari e di ammortizzatori sociali capaci di fornire sostegno in caso di bisogno. Possiamo, dunque, parlare di una «doppia vulnerabilità», che è particolarmente acuta nelle prime fasi del percorso migratorio, nelle donne non alfabetizzate, nelle situazioni di estrema povertà e in altri casi di emarginazione e sofferenza sociale.

L'attenzione alla salute sessuale e riproduttiva è una delle premesse della tutela del diritto alla salute delle donne e dei minori stranieri. Quest'ambito sanitario-assistenziale rappresenta un'esigenza prioritaria ed è la prima causa di ricovero ospedaliero per la popolazione migrante femminile. Nel 2010, in Piemonte, la percentuale di ricoveri ostetrici sul totale ricoveri delle donne in età fertile (dai 15 ai 49 anni) nelle donne residenti provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Pfp) è stata del 64,38%, mentre per le donne italiane oppure originarie di paesi a sviluppo avanzato (Psa) è stata del 39,38%⁵.

La prima definizione di «salute sessuale e riproduttiva» nell'ambito dei diritti umani è stata adottata a livello internazionale alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994, e include questioni che esulano dal campo prettamente clinico, come la prevenzione, l'informazione, la libera scelta e l'educazione sessuale. Essa è intesa come:

Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia, in tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. Implicito in quest'ultima condizione è il diritto di uomini e donne a essere informati e ad avere accesso a metodi di pianificazione familiare di loro scelta, che siano sicuri, efficaci, economicamente accessibili e accettabili, come anche a metodi di regolazione della fertilità di loro scelta, che non siano contrari alla legge. Implica inoltre il diritto a servizi sanitari appropriati che permettano alle donne di affrontare la gravidanza e il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere un bambino sano⁶.

⁵ Servizio di epidemiologia, Regione Piemonte, indicatore 13: numero e proporzione dei ricoveri ostetrici delle donne residenti in età fertile (15-49 anni), per cittadinanza nell'anno 2010. Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo).

⁶ Conferenza internazionale del Cairo su popolazione e sviluppo (Icdp), *Program of Ac-*

Tenendo conto di questi criteri, il Ministero della salute ha stabilito le seguenti cinque aree di intervento prioritario per la popolazione in generale⁷:

- a) la tutela della donna durante tutto il percorso nascita, dalla fase pre-concezionale al puerperio, e del nascituro⁸;
- b) l'educazione dei giovani sui temi della sessualità e della riproduzione⁹;
- c) la riduzione delle gravidanze nelle adolescenti e la contraccezione¹⁰;
- d) la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, in particolare dell'Hiv¹¹;
- e) la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero e del tumore della mammella¹².

Nel caso delle donne straniere a queste priorità si aggiunge la necessità di lavorare sulla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza. Fra queste, infatti, si registra un elevato ricorso all'Ivg, pari al 34% del totale nazionale: questa percentuale è andata inizialmente crescendo per poi stabilizzarsi, mentre il numero assoluto è diminuito negli ultimi due anni¹³.

La tabella 1 illustra le principali cause di ricovero ostetrico fra le donne originarie di paesi a sviluppo avanzato, compresa l'Italia (Psa), fra le donne residenti provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Pfpn) e fra le donne non residenti originarie di questi ultimi (Pfpn non residenti).

Mentre nei primi due gruppi la prima causa di ricovero ospedaliero è il parto, nel caso delle donne non residenti è l'interruzione volontaria di gravidanza la prima motivazione per il ricovero. Il maggior ricorso all'Ivg è dunque uno dei principali problemi in materia di salute sessuale e riproduttiva per le donne migranti, soprattutto non residenti, a livello nazionale¹⁴.

I dati epidemiologici portano a ipotizzare modelli diversi di ricorso all'interruzione di gravidanza fra le donne straniere rispetto alle italiane. Mentre fra le donne migranti è più frequente l'Ivg in donne coniugate che hanno raggiunto il numero di figli desiderato, fra le donne italiane si è consolidata negli ultimi anni una riduzione del ricorso all'interruzione di gra-

tion, 1994, par. 7.2, consultabile online presso www.un.org/popin/icpd/followup/documents/index.html. Traduzione nostra.

⁷ Ministero della salute, http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Salute%20donna&menu=sessuale.

⁸ Ministero della salute, *Piano sanitario nazionale 2011-2013*, pp. 84-86.

⁹ Ministero della salute, *Piano sanitario nazionale 2006-2008*.

¹⁰ Ministero della salute, *Piano sanitario nazionale 1998-2000*, Progetto obiettivo materno-infantile, adottato con d.m. 24 aprile 2000.

¹¹ Ministero della salute, *Piano nazionale prevenzione 2010-2012*, p. 23.

¹² *Ibidem*, cap. 4.

¹³ Ministro della salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/1978)*, dati preliminari 2012, dati definitivi 2013, p. 9.

¹⁴ Regione Marche, *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali*, Progetto nazionale, Accordo Ministero della salute-Agenas, ottobre 2013, p. 25.

TAB. 1. Numero e proporzione dei ricoveri ostetrici in età fertile (15-49 anni) per causa, per cittadinanza

	Psa residenti		Pfpn residenti		Pfpn non residenti	
	N.	%	N.	%	N.	%
Parto	28.535	64,90	8.021	56,44	540	31,65
Ivg	6.168	14,03	3.258	22,93	793	46,48
As	4.306	9,79	1.131	7,96	185	10,84
Altro	4.956	11,27	1.801	12,67	188	11,02
Totale	43.965	100,00	14.211	100,00	1.706	100,00

Fonte: I dati presentati sono stati elaborati seguendo le indicazioni stabilite nel seguente rapporto: Accordo Ministero della salute e Ccm, *La salute degli immigrati: metodologia di analisi*, Progetto *Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia*, Regione Marche (Direzione generale prevenzione sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007), maggio 2009. La classe dei paesi a forte pressione migratoria (Pfpn) include (secondo il *Rapporto Sviluppo umano 2007-2008*): paesi in via di sviluppo, paesi a medio/basso reddito (secondo la classificazione della Banca mondiale, 1° luglio 2006, sul reddito nazionale lordo pro capite), paesi dell'Europa centrale e orientale e della Comunità degli stati indipendenti (Csi), apolidi. I paesi a sviluppo avanzato sono definiti come paesi a reddito elevato (secondo la classificazione della Banca mondiale) che non compaiono nelle liste dei paesi dell'Europa centrale e orientale e della Csi o nelle liste dei paesi in via di sviluppo. I paesi classificati come Psa sono: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

vidanza fra le donne coniugate e oggi si ricorre più spesso ad essa quando non si hanno ancora figli e non si è ancora costruito un progetto di vita personale e familiare¹⁵.

I casi di due donne, entrambe madri di due figli, che compiono scelte di segno opposto, possono essere utili per illustrare i processi decisionali che affrontano le donne migranti di fronte ad una gravidanza non programmata:

Sono in attesa di fare l'interruzione. Questa volta non può andare. Ho già due figli, non sono ancora riuscita a sistemare i documenti, quindi non posso. Come si fa? Il lavoro non c'è, non riesco... è pesante già così... due figli va bene, ma un altro adesso non posso. Non sono contenta, ma non vedo altra soluzione (Nancy, 34 anni, Nigeria).

Ci vuole anche coraggio ad avere dei figli in un paese che non è il tuo. I primi due li abbiamo proprio voluti, mentre il terzo ci siamo chiesti: «Che facciamo?». Ero un po' in difficoltà ed ero tentata di fare una stupidità, ma alla fine ho detto: «No, stop!». Quando ho scoperto di essere rimasta per la terza volta incinta ero spaventata e ho pensato di abortire. Mio marito mi vedeva che piangevo tutte le sere, ma io non gliene avevo parlato, pensavo di non dirlo a nessuno. Poi l'ha saputo ed è andato lui stesso a interessarsi per l'aborto, ma gli hanno detto che non

¹⁵ E. Coffano, M. Del Savio e L. Mondo (a cura di), *Rapporto: Stranieri e salute*, Regione Piemonte, Assessorato alla tutela della salute e sanità, politiche sociali e politiche per la famiglia, 2012, p. 2. Cfr. anche Ministero della salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, cit.

potevano dare a lui troppe informazioni e che dovevano parlare direttamente a me, sul perché lo volessi fare. Poi, mentre tornava, ha visto una coppia come noi, giovani, con due figli accanto, ed è rimasto colpito. È arrivato a casa e ha detto: «Dove crescono due, crescerà anche il terzo» (Adriana, 36 anni, Romania).

Come si evidenzia nelle interviste, e come dimostra una letteratura ormai consolidata sull'argomento¹⁶, il ricorso all'interruzione di gravidanza non rappresenta una scelta culturale, ma una soluzione estrema, motivata soprattutto da pressioni economiche e dall'impossibilità di affrontare la nascita di un nuovo figlio. Il ricorso all'Ivg ha anche una stretta correlazione con fattori sociali quali il basso livello di istruzione, la carenza di adeguate conoscenze e competenze in materia di contraccezione e l'assenza di *empowerment* femminile.

Nel 2009, la Regione Piemonte ha aderito al progetto *Prevenzione dell'Ivg nelle donne straniere: per una maternità responsabile e la prevenzione dell'aborto, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato*, promosso e finanziato dal Ministero della salute e il Centro nazionale per il controllo delle malattie (Ccm) e coordinato dalla Regione Toscana in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e l'Università «La Sapienza» di Roma.

Questa iniziativa, che si è conclusa nel dicembre del 2012, aveva l'obiettivo di prevenire le gravidanze indesiderate attraverso la formazione e la sperimentazione di percorsi organizzativi volti a favorire l'accesso e la fruibilità dei servizi e l'informazione in ambito sessuale riproduttivo. All'interno di questo progetto si sono svolte numerose iniziative locali e sono stati prodotti due pieghevoli multilingue. Il primo, *Conoscere per scegliere: quando avere un figlio*, risponde alla necessità di fornire alle donne migranti maggiori informazioni sulla contraccezione e sulla fisiologia della riproduzione. Il secondo, *Salute: un diritto per tutti. L'assistenza sanitaria in Italia*, è disponibile in otto lingue e sintetizza le norme che disciplinano l'accesso ai servizi sanitari per i cittadini stranieri a seconda della provenienza e dello status giuridico. Entrambi i volantini sono attualmente a disposizione degli utenti nei consultori torinesi.

La valutazione dei risultati del progetto è ancora in corso, ma i primi riscontri sembrano essere positivi. Inoltre, il decremento nel numero di aborti tra le donne migranti recentemente osservato, è un segnale positivo, che mostra l'importanza di questa e altre iniziative nazionali e del lavoro di educazione sanitaria dei consultori e della rete territoriale a livello locale¹⁷.

¹⁶ Cfr. A. Spinelli *et al.* (a cura di), Istituto Superiore di Sanità. *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Rapporti Istituzionali 06/17, 2006.

¹⁷ Ministro della salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 28.

2. Gravidanza e immigrazione

La crisi economica che ha segnato l'Europa, ha avuto come conseguenza una riduzione dei fondi destinati al welfare, l'aumento della disoccupazione e della povertà e la comparsa di situazioni di disagio economico anche in famiglie del ceto medio. Questi fenomeni non sono stati senza conseguenze sul piano demografico. L'Istat¹⁸, infatti, ha rilevato una nuova fase di forte riduzione della natalità. Benché gli stranieri abbiano un tasso di natalità superiore alla media nazionale, per la prima volta il calo delle nascite ha interessato anche quelle di bambini con almeno un genitore o con entrambi i genitori stranieri. Dei 514.308 nuovi nati in Italia nel 2013, 104.000, pari al 20,2% del totale, hanno almeno un genitore straniero (il 26,4% in Piemonte) e 77.705, il 15% del totale (19,7% in Piemonte), hanno entrambi i genitori stranieri.

Il numero medio di figli per donna, considerando complessivamente l'insieme della popolazione, è di 1,39: si tratta, anche in questo caso, di una cifra in diminuzione rispetto agli anni precedenti, che mostra uno dei livelli di fecondità più bassi di Europa. Ci sono, però, differenze significative fra donne italiane e donne straniere: mentre le prime hanno in media 1,29 figli, le seconde ne hanno in media 2,10. Il maggior tasso di fecondità fra le donne migranti è favorito da una più giovane età alla prima gravidanza: l'età media delle donne italiane alla nascita del primo figlio è, infatti, di 32,1 anni, rispetto ai 28,5 delle cittadine straniere.

Considerando la composizione per cittadinanza delle madri straniere, ai primi posti per numero di figli si confermano le donne romene (19.492 nati nel 2013), al secondo le marocchine (12.778), al terzo le albanesi (9.966) e al quarto le cinesi (4.969). Queste quattro comunità raccolgono quasi il 45% delle nascite da madri straniere in Italia.

A Torino, nel 2013, il 63,5% delle madri dei nuovi nati è di nazionalità italiana, mentre il 36,5% è straniera. La tabella 2 illustra le dieci nazionalità più rappresentate e il totale dei nati vivi di genitori stranieri in questa città.

Le donne straniere, nel complesso, hanno più figli e li hanno mediamente in un'età più giovanile rispetto alle donne italiane. In questo quadro generale, vale la pena soffermarsi sul significato della decisione di affrontare la maternità nel paese ospitante e sulle implicazioni di questa scelta all'interno del progetto migratorio. Il senso della maternità è soggettivo ed è solo in parte plasmato dalla cultura. La gravidanza, in particolare la prima, implica una trasformazione profonda della donna, del suo corpo, della sua psiche, del suo ruolo sociale e familiare, della sua stessa identità. Nel caso di una donna straniera, la nascita dei figli porta a ripensare in termini nuovi il

¹⁸ Istat, *Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti*, pubblicato il 27 novembre 2013, dati relativi al 2012.

TAB. 2. *Nati da genitori stranieri per cittadinanza della madre*

Nazionalità	N. nati	%
Romania	779	34,47
Marocco	485	21,46
Repubblica Popolare Cinese	135	5,97
Nigeria	134	5,93
Egitto	117	5,18
Perù	114	5,04
Albania	94	4,16
Moldova	90	3,98
Filippine	47	2,08
Altra	265	11,73
Totale	2.260	100,00

Fonte: Elaborazioni su dati dell'*Annuario statistico della Città di Torino*, 2013, cap. 3, pp. 124-128, consultabile online su <http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/annuario/2013>.

progetto di vita ed è, in molti sensi, un vettore di radicamento, che apre la prospettiva della permanenza nel paese ospitante e allontana il progetto (o il desiderio) di tornare in patria. È ciò che emerge nelle parole di Sadia, che ripercorre la storia della sua famiglia, mentre è ricoverata dopo la nascita gravemente prematura del suo terzo figlio:

Il mio primo figlio si chiama, Adam, come Adamo. Il secondo si chiama Amin, significa «così sia». Il terzo si chiama Salah-al-din, perché ha bisogno di una preghiera, che Dio lo aiuti, è nato di cinque mesi, quindi, che Dio lo aiuti! All'inizio mio marito guardava solo le lettere, il suono, che fosse un bel nome. Dopo la gente ci diceva «Ah, bello!». Però a me quello che importava è che poi, a scuola, i bambini non si sentissero diversi. Perché sai, se hanno un nome un po' difficile, magari gli altri bambini non lo dicono bene e ci possono rimanere male. I primi due sono nomi facili, invece lui, anche se il nome è un po' lungo, abbiamo voluto chiamarlo così. In questi anni molte cose sono cambiate. Ognuno vorrebbe tornare nel proprio paese, ma quando ormai hai i bambini qua, non pensi più di tornare: la vita te la sei costruita qua. Io sento che la mia vita è qua. Sono arrivata tredici anni fa, casa nostra è qua, mio marito il lavoro ce l'ha qua. Giù non abbiamo più niente. Certo, lì ho la mia famiglia, sono tutti in Marocco e mi mancano tanto, soprattutto mia mamma, vorrei che fosse qui vicino, specialmente ora che il piccolo ha tanto bisogno dell'aiuto di Dio (Sadia, 36 anni, Marocco).

La scelta dei nomi dei figli è significativa: la genitorialità rende necessaria una mediazione fra la società ospitante e il paese di origine, che in questo caso si manifesta nel tentativo di bilanciare il desiderio di dare un nome tradizionale e quello di non caricare sui figli il peso dell'«essere diversi». Questo equilibrio si spezza solo nel caso dell'ultimo figlio, in cui prevalgono il contenuto religioso del nome e l'augurio che esso possa essere di buon auspicio in un momento di preoccupazione e incertezza.

La donna che affronta la gravidanza in un luogo «altro» si trova di fronte a una rottura nella continuità dei referenti culturali e deve rielabo-

rare il sapere sulla maternità che fino a quel momento aveva acquisito. In alcuni casi c'è una ricerca attiva di strategie per riallacciare le tecniche del corpo¹⁹ e le modalità di assistenza alla nascita appresi nel paese di origine con i percorsi previsti in Italia. Questo processo non si riduce a un'opposizione lineare fra tradizione e modernità, si tratta invece di un confronto, spesso critico e consapevole, fra differenti sistemi natali²⁰:

Io sono molto inesperta – è il mio primo figlio – e avrei voluto qualcuno che mi seguisse in modo più personalizzato durante la gravidanza. Mi sarebbe anche piaciuto fare il corso pre-parto, ma è stato impossibile prenotare: le liste d'attesa erano lunghissime e c'era di mezzo l'estate perché mio figlio è nato il 30 agosto. Comunque ho una zia che è ostetrica e vive in Colombia. Lei mi ha aiutato tantissimo. Ci siamo collegate su skype per tutto il travaglio: lei mi indicava i movimenti da fare, mi faceva vedere come respirare e mi ha aiutato a capire quando era il momento giusto per andare in ospedale (Ruth, 35 anni, Colombia).

Non sempre, però, è possibile coniugare le due realtà. La lontananza dai propri affetti può provocare un senso di disorientamento ed è forte il peso della solitudine. Oltre a cercare una risposta ai bisogni sanitari nei consultori e negli ambulatori, non è raro che le donne sentano l'esigenza di trovare in essi uno spazio di condivisione e di ascolto:

Qualche volta le donne arrivano perché hanno bisogno di essere seguite nella gravidanza o perché vorrebbero andare dal ginecologo per iniziare la ricerca di una gravidanza, ma la visita dal ginecologo tante volte non basta... mi spiego... il ginecologo fa la visita, prescrive i farmaci, se ci sono delle cose da prendere, ma a volte le donne sentono la mancanza di un luogo per sfogarsi. Vengono tante donne da diversi paesi e qualche volta si trovano da sole, non ci sono familiari, non ci sono tanti amici... questo è anche un posto dove vedi una figura che rappresenta la tua cultura. Ogni tanto, però, ci troviamo in situazioni in cui ci sono tanti pazienti da visitare e il tempo è quello che è. Qualche volta mi sento in colpa perché non riesco ad ascoltare tutti (mediatrice culturale marocchina, Associazione Camminare insieme).

¹⁹ M. Mauss, *Les techniques du corps*, in «Journal de Psychologie», vol. 32, n. 2, 1936, trad. it. *Le tecniche del corpo*, in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 1965, pp. 386-409.

²⁰ Il concetto di «sistemi natali», proposto dall'antropologa Brigitte Jordan che si è a lungo occupata di ricerche transculturali in questo ambito, si riferisce a un insieme integrale di pratiche e di rappresentazioni riguardo alla gestione della nascita. Cfr. B. Jordan, *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Montreal, Eden Press Women's Publications, 1980, trad. it. *La nascita in quattro culture. Atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, Milano, Emme Edizioni, 1983.

3. Il percorso nascita

Secondo stime dell'Istisan, nel 70% dei casi le donne straniere in gravidanza sono assistite attraverso un servizio pubblico, mentre il 75% delle donne italiane si rivolge a un ginecologo privato²¹. Le nostre osservazioni confermano questa tendenza, infatti, il consultorio familiare è il punto di riferimento per l'assistenza nella maggior parte delle donne intervistate:

Sono arrivata qua per lavoro, come tutti i giovani, per migliorare la mia vita e magari cambiare qualcosa, così è andata. Ho lavorato e dopo ho trovato il ragazzo. Anche lui è marocchino. Ci siamo fidanzati, ci siamo sposati e poi abbiamo avuto questo bambino. Quando ho scoperto di essere incinta mi sono rivolta a mia sorella, perché sono cose da donne e perché non ne ero ancora sicura. E allora, quando comincio a raccontare a mia sorella come mi sento, lei mi dice «C'è qualcosa, forse sei incinta». Così sono passate, non mi ricordo bene, circa due settimane. Poi ho fatto gli esami dell'urina e ho scoperto che ero incinta. Mia sorella, però, non sapeva cosa fare, è da tanti anni che non ha più avuto bimbi e i suoi figli non sono nati in Italia, quindi ho chiesto a mia cognata, che in quel periodo era incinta di cinque o sei mesi e che aveva un po' di esperienza. Mi ha spiegato lei come si fa, sono andata al consultorio più vicino a me e mi hanno dato l'agenda della gravidanza con tutto per incominciare (Halima, 35 anni, Marocco).

I consultori familiari, istituiti con la legge 29 luglio 1975, n. 405 sono strutture che offrono servizi socio-sanitari integrati ambulatoriali, con lo scopo di promuovere la salute della donna e dei bambini in età pediatrica.

Il consultorio familiare è uno spazio di base, che risponde alle necessità del territorio e può contare su professionisti e operatori con competenze multidisciplinari (medici, infermieri, ostetriche, assistenti sociali, psicologi e mediatori). Esso garantisce servizi di contraccezione; programma le visite preconcezionali e l'assistenza in gravidanza e offre numerose iniziative nel campo della prevenzione, del *counseling* e dell'educazione sanitaria. In Piemonte i consultori distribuiscono l'agenda della gravidanza, che contiene le impegnative per gli esami di base e altre informazioni utili.

L'esperienza della maggior parte delle nostre interlocutrici è positiva:

Quando ho scoperto di essere rimasta incinta sono andata al consultorio: facevo le visite, gli esami. Tutto normale, regolare. Ho fatto i prelievi, le ecografie, tutto. L'assistenza al consultorio è stata buona. In tutto il percorso della mia vita qua in Italia mi sono sentita, rispetto alla sanità, molto seguita, molto accompagnata. Può essere che sia capitata qualche difficoltà, ma nulla di che. Alla fine uno vede tante cose sul telegiornale, alcune forse sono vere, però diciamo che non tutto il sistema è marcio, questo non è vero (Astrid, 32 anni, Repubblica Dominicana).

²¹ L. Lauria e S. Andreozzi (a cura di), *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, Roma, Istituto superiore di sanità, Rapporti Istisan 11/12, 2011.

Sono stata seguita al consultorio nella mia prima gravidanza e ci sono tornata anche questa volta. In entrambi i casi mi sono trovata molto bene. Ho conosciuto due consultori diversi, prima quello di Lungo Dora Savona, poi ho cambiato casa e sono andata in quello di Via Pacchiotti, dove mi seguono adesso. Ho trovato persone disponibili. La ginecologa ha un modo di fare molto diretto, può sembrare un po' brusca, ma è molto competente e a me piace molto. Mi hanno anche aiutata a prenotare le ecografie e il test... il test integrato, mi sembra (Anita, 27 anni, Perù).

Le poche esperienze negative sono riconducibili al sovraccarico di alcune strutture, che rende difficile prenotare le visite e limita fortemente il tempo dedicato all'assistenza di ciascuna paziente:

Quando mi sono accorta di essere rimasta incinta ero nel mio paese e quando sono tornata ero un po' in ritardo per le visite. È stato un casino. Ho chiamato subito il consultorio, ma mi hanno risposto che ormai loro non potevano più seguirmi, che la gravidanza era troppo avanti e dovevo contattare l'ospedale. Allora ho chiamato in ospedale e ho insistito, ma nulla da fare, mi hanno detto che era competenza del consultorio e dovevo andare lì. A quel punto ho riprovato al consultorio, mi sono arrabbiata, ho supplicato e, alla fine, mi hanno dato un appuntamento. L'inizio non è stato dei migliori, ma una volta avviato il percorso non ho più avuto problemi (Natalie, 36 anni, Colombia).

Le donne più inserite, che conoscono meglio la lingua, che hanno condizioni economiche migliori e una maggior dimestichezza con le procedure e i meccanismi del Sistema sanitario, sono meno disposte a scendere a patti con le carenze del sistema pubblico e cercano alternative private, che spesso rappresentano un impegno economico notevole:

Ho frequentato questo posto, come si chiama? Il consultorio. C'erano tante donne straniere. C'erano sempre file lunghissime. Io ho notato che i ginecologi lì sono già stanchi, magari ti trattano... non lo so, ho avuto una brutta prima impressione. C'era una dottoressa, la prima volta, che sembrava già stanca, scocciata. Mi hanno trattato come se fossi appena arrivata in Italia, mi parlavano pochissimo, non ho ricevuto praticamente nessuna informazione sulle mie condizioni cliniche. Io ho il bacino stretto, piccolissimo, è un problema che ho avuto con la prima figlia, a 22 anni, e che sapevo che si sarebbe presentato anche con il secondo, a 35. Ho provato a spiegarlo, ma non mi hanno ascoltato. Si aveva molta fretta e mi parlavano solo per darmi indicazioni: «faccia così», «faccia così». Poi ho avuto delle complicazioni, delle perdite, e sono stata ricoverata perché si è visto che avevo un fibroma. Dopo il ricovero ho preferito andare da un ginecologo del Sant'Anna, a pagamento. Mi sentivo più tutelata e, anche se per me era un grosso sforzo, penso che per la salute ne vale pena (Maria, 35 anni, Perù).

La percezione generalmente positiva dell'attività dei consultori, è un aspetto rilevante che si discosta da quanto emerso nella prima fase della ricerca. In questa prima fase, infatti, era emersa più volte la visione dei con-

sultori come servizi sanitari di qualità inferiore in quanto destinati a servire, principalmente, la popolazione straniera²². È dunque da considerare positivamente il dato emerso nelle interviste, che vede invece i consultori come strumenti validi nel garantire la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti.

Sotto il profilo normativo, il diritto alla salute in gravidanza è ampiamente tutelato ed è esteso a tutte le donne, italiane e straniere a prescindere dalla condizione di regolarità o irregolarità. L'assistenza gratuita comprende le visite periodiche, le ecografie, gli esami di laboratorio, i corsi di preparazione al parto, l'assistenza durante il travaglio e il parto, il sostegno all'allattamento al seno e alle prime cure al neonato e le visite mediche specialistiche del puerperio²³. La donna ha inoltre diritto ad un permesso di soggiorno per cure mediche durante la gravidanza e nei sei mesi successivi alla nascita del bambino.

Il quadro nazionale mostra una sostanziale equivalenza negli indicatori di qualità nell'assistenza al parto, ma rileva disparità significative fra le donne italiane e straniere nell'assistenza in gravidanza e nel post-partum²⁴. Le criticità si manifestano soprattutto fra le donne irregolari, che vivono in situazioni di emarginazione, provenienti da contesti rurali, con un livello di istruzione scarso e una bassa o nulla competenza linguistica in italiano. La categoria «donne straniere» è, come abbiamo già segnalato, molto eterogenea e include una pluralità di condizioni di vita e di storie migratorie: la provenienza da un contesto urbano, un elevato livello di istruzione e di *health literacy* tendono a favorire una maggiore consapevolezza dei diritti di cui si è titolari e un avvio precoce del percorso assistenziale.

La tabella 3 prende in esame alcuni indicatori rilevati dal Servizio di epidemiologia della Regione Piemonte, che permettono di valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza, in particolare: *a*) l'età gestazionale alla prima visita; *b*) il numero di ecografie; *c*) le indagini prenatali invasive e *d*) il parto con taglio cesareo.

Dai dati emerge una notevole differenza nel numero di donne che hanno un'età gestazionale alla prima visita superiore a dodici settimane: mentre fra le donne originarie di paesi a sviluppo avanzato (fra cui l'Italia) si tratta solo del 2,93%, fra le donne provenienti dai paesi a forte pressione migratoria residenti è del 10,82% e del 18% fra le donne non residenti. Di queste ultime, il 38,67% fa meno di tre ecografie durante la gravidanza e sono molto rare le indagini prenatali invasive, cui si ricorre solo nell'1,33% dei

²² I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 97.

²³ L'art. 1, comma 5, lett. *a*) del d.lgs. 29 aprile 1998, n. 124, *Gazzetta ufficiale* n. 99 del 30 aprile 1998, esclude dalla partecipazione al costo le prestazioni finalizzate alla tutela della maternità.

²⁴ L. Lauria *et al.*, *Indagini sul percorso nascita delle donne straniere*, in *Percorso nascita e immigrazione in Italia*, cit., pp. 65-115.

TAB. 3. Assistenza in gravidanza per cittadinanza, Regione Piemonte

Indicatori	Cittadinanza		
	Psa	Pfpm resid.	Pfpm non resid.
N. parti	27.430	8.804	300
Età media (deviazione st.)	32,5 (5)	28,8 (5,5)	27,2 (5,7)
Età gestazionale prima visita > 12 settimane (%)	2,93	10,82	18,00
Meno di 3 ecografie in gravidanza (%)	14,71	25,48	38,67
Almeno una indagine prenatale invasiva (%)	15,55	4,65	1,33
Parti con taglio cesareo (%)	31,29	26,77	25,33

casi. Il ritardo alla prima visita e il minor numero di controlli durante la gravidanza compromettono la possibilità di accedere tempestivamente agli esami diagnostici prenatali o ai test di screening e aumentano il rischio di una diagnosi tardiva di complicanze o di problemi congeniti che impedisce il ricorso all'aborto terapeutico. La minor incidenza di parti con taglio cesareo fra le donne straniere residenti e non residenti è invece un dato positivo, che indica una gravidanza meno medicalizzata²⁵. Il numero di cesarei è, in ogni caso, superiore alle raccomandazioni dell'Oms e del Ministero della salute.

La scarsa conoscenza dei percorsi di accesso all'assistenza può rappresentare un grave ostacolo alla tutela del diritto alla salute della donna straniera in gravidanza. L'accesso a informazioni adeguate in questa fase particolarmente delicata nella vita di una donna, costituisce un elemento essenziale per garantire loro un pieno godimento del diritto alla salute. Benché siano stati compiuti dei passi avanti rispetto al passato, il problema non deve essere sottovalutato, perché può essere alla base dell'avvio tardivo del percorso assistenziale.

La mia prima gravidanza è stata molto diversa da questa. Oggi mia figlia ha sei anni e tutto è cambiato. Quando ho saputo, allora, di essere incinta ne ero molto felice, ma anche preoccupata, questo bimbo invece l'abbiamo cercato. La prima volta ho pianto tanto... Non avevo i documenti, né un lavoro, né una casa. Mio marito lavorava, ma senza contratto, ed eravamo ospiti da un suo amico, che è arrivato nel '92, mi pare, e aveva potuto ottenere una casa popolare. Io ero arrivata da poco. Non mi ero mai ammalata e non sapevo nulla del consultorio. Sapevo che dovevo fare i controlli, ma non sapevo come fare. Ero molto angosciata. Mio marito

²⁵ La riduzione del ricorso al taglio cesareo è uno degli obiettivi del Psn 2011-2013, secondo il quale «Rispetto alla soglia del 15%, che secondo l'Oms garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto, l'Italia è il paese europeo con la massima incidenza di parti cesarei, con valore del 38,3% nel 2008, trend assolutamente inverso (si è passati dall'11,2% del 1980 al 29,8% del 1996) ed estrema variabilità per area geografica». La percentuale dei parti cesarei è maggiore presso le strutture private accreditate (61%) e quelle non accreditate (75%) rispetto a quelle pubbliche (34%). Ministero della salute, *Piano sanitario nazionale 2011-2013*, cit., p. 84.

era qui da più tempo, ma lui non aveva idea di cosa fare... figuriamoci se un uomo le sa, queste cose. Avevo anche delle amiche italiane, ma loro mi chiedevano «chi è il tuo ginecologo?». Tutte avevano il ginecologo privato, ma io non avevo neanche i soldi per un affitto... come facevo ad andare a pagamento?

Tutti davano per scontato che sapevo cosa fare. Per la gente è una cosa ovvia. Non si rendevano conto che io ero ancora una ragazzina. Spesso frequentavamo altri connazionali, andavamo in oratorio, qualche volta la domenica alla Pellerina, ma io evitavo di parlare perché non volevo far capire alla gente che ero in difficoltà. Comunque a un certo punto mi sono decisa a chiedere aiuto a una mia amica, anche lei peruviana, mi ha detto: «Ma sei scema? Vai al consultorio... guarda che non devi avere i documenti e non ti fanno pagare nulla!» (Anita, 27 anni, Perù).

La decisione di attendere la fine del primo trimestre prima di rivolgersi al medico, in alcuni casi, può essere una scelta volontaria della donna. Le motivazioni sono molteplici, fra queste possiamo elencare: l'incertezza sul da farsi; il timore che gli accertamenti diagnostici diano esiti che pongono di fronte a scelte difficili o incompatibili con la propria religione; l'idea che prima della dodicesima settimana la gravidanza non possa considerarsi certa o la volontà di rinviare il momento di comunicare la notizia nel luogo di lavoro per paura delle conseguenze.

Per i primi tre mesi sono rimasta zitta. Non ho detto niente a nessuno e non sono nemmeno andata dal dottore perché non volevo che si venisse a sapere... poi, lavorando al bar, quando non riuscivo più perché era faticoso portare l'acqua su e giù, ho detto «Ci fermiamo qua. Ora faccio la visita e dico ai datori di lavoro che sono rimasta incinta». Tanto contenti non sono rimasti, loro, ma io ho detto «Questa è la mia vita, è il mio primo figlio, mica mi interessa come rimanete voi» (Gina, 30 anni, Romania).

Queste situazioni indicano una gravidanza affrontata in una posizione più fragile e più soggetta a pressioni esterne. La procreazione, infatti, non può essere pensata come un processo esclusivamente biologico, ma come un'esperienza relazionale, plasmata da forze sociali che convergono nel corpo femminile.

In certi casi alla base di un accesso meno precoce ai controlli ci può essere una rappresentazione della gravidanza come evento che va tutelato non solo in senso biomedico, ma anche sul piano simbolico. Fra le donne senegalesi, ad esempio, la segretezza può rappresentare una strategia per nascondere il ventre dallo sguardo altrui, che potrebbe essere carico di invidia e recar danno al bambino in grembo²⁶.

²⁶ C. Quagliariello, *Dal Senegal migrare in Valdelsa. Modelli di nascita a confronto*, in *Stranieri in Italia. Figli, lavoro, vita quotidiana*, a cura di A. Colombo, Bologna, Il Mulino, 2013, pp. 117-149.

La cultura influenza profondamente il modo in cui si vive la gravidanza e incide sulla percezione del corpo e sulla relazione che si instaura fra la donna e il sistema assistenziale. Nel caso delle donne migranti, la differenza culturale può portare a un diverso approccio alle cure mediche.

Il minor numero di controlli è talvolta una scelta associata all'idea che la gravidanza sia uno stato che indica *di per sé* buone condizioni di salute e ci può essere una presa di distanza, più o meno esplicita, rispetto ad una gestione eccessivamente medicalizzata dei nove mesi:

Trovo che la gravidanza qui sia vissuta in un modo molto stressante. I controlli sono eccessivi e mettono molta ansia. Sul peso, per esempio, sono molto severi. Il dottore mi sgridava ogni volta e io, come uscivo dalla visita, mi sentivo totalmente inadeguata, incapace. Poi ti dicono fai questo, fai quest'altro, cosa puoi o non puoi mangiare. Praticamente ti limiti moltissimo. Alcune cose, va bene, le accetti perché pensi al benessere del bambino e poi figurati... questa è una gravidanza che abbiamo cercato e voluto tantissimo, ma altre cose te le fanno vivere male perché non capisci perché, non ti viene spiegato il motivo. Anche sugli esami invasivi l'ho vissuta con molta ansia... non lo so... io avevo paura dell'amniocentesi, quindi ho preferito fare prima il test integrato. Lo fai perché sai che è importante, ma passi dieci giorni di inferno in attesa di una telefonata, anche perché io sapevo dalle mie amiche che alla nostra età spesso è positivo e io dicevo «Se è positivo cosa faccio? La faccio o non la faccio l'amniocentesi?». Ogni numero sconosciuto... Terrore (Ileana, 37 anni, Romania).

Questo modo di intendere la gravidanza non è di per sé negativo, al contrario, la demedicalizzazione del percorso nascita è uno degli obiettivi espliciti del Progetto obiettivo materno-infantile (Pomi)²⁷. Un approccio medicalizzato alla gravidanza fisiologica, infatti, non rappresenta una maggiore sicurezza per la donna o per il nascituro, ma al contrario può implicare una più elevata esposizione a pratiche come gli esami invasivi e il taglio cesareo, che comportano un certo livello di rischio e che dovrebbero essere limitate ai casi in cui c'è un reale bisogno²⁸.

Le donne straniere hanno atteggiamenti diversi nei confronti della medicalizzazione; alcune donne arrivano da contesti urbani, dove c'è una gestione altrettanto medicalizzata della nascita, altre, pur arrivando da ambienti più «tradizionali», in cui è ancora frequente il parto in casa o in cui le donne sono prevalentemente seguite da levatrici o altre figure analoghe all'interno della comunità, accolgono di buon grado questo modello, che

²⁷ Il Progetto obiettivo materno-infantile (Pomi) è stato adottato con il d.m. del Ministero della sanità del 24 aprile 2000, *Gazzetta ufficiale* n. 131 del 7 giugno 2000, suppl. ord. n. 89, ed è un piano di azione che fornisce i riferimenti normativi e organizzativi per la tutela della salute della donna e del bambino.

²⁸ L. Lauria *et al.* (a cura di), *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Roma, Istituto superiore di sanità, Rapporti Istan 12/39, 2012.

percepiscono come efficace e rassicurante. In altri casi, invece, le procedure mediche si accettano come un dato di fatto, anche se, in fondo, non si condividono pienamente. Più raramente c'è una presa di posizione critica esplicita ed è ancora più rara ed elitaria la volontà di partorire con tecniche tradizionali: con poche eccezioni, i riti, le terapie tradizionali dei paesi di origine e le forme alternative di assistenza alla gravidanza, trovano poco spazio nell'ambiente ospedaliero e, se praticati, restano confinati a una sfera più intima, all'interno della famiglia o della comunità.

Di fronte alla pluralità di rappresentazioni della gravidanza che sono sottese alle scelte assistenziali delle donne migranti, è necessario trovare un equilibrio che tenga conto, da un lato, della necessità di tutelare la salute della madre e del bambino; dall'altro, del riconoscimento dell'autonomia della donna e del rispetto delle sue scelte. Questo equilibrio è un traguardo ancora lontano che sarebbe possibile solo in presenza di un'informazione adeguata e di un'apertura reciproca verso un dialogo paritario e bidirezionale.

4. *L'assistenza durante il parto: un punto di forza*

L'assistenza durante il parto, con poche eccezioni, è valutata in modo molto positivo dalle donne intervistate. Il punto nascita di riferimento per Barriera di Milano e per le circoscrizioni da cui muove la nostra ricerca è il reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Maria Vittoria, che assiste una percentuale molto elevata di mamme straniere e in cui, per citare l'espressione di una delle ostetriche intervistate, «non si vive la differenza culturale come un'eccezione, ma l'interculturalità è diventata il modo consueto di agire». Nel reparto, il contatto fra donne italiane e donne straniere è costante, anzi, i giorni di degenza possono diventare un'occasione di socializzazione: le camere ospitano tre o quattro pazienti, spesso di varie nazionalità, e fra esse si creano rapporti di sostegno e di collaborazione nei giorni del ricovero, che a volte persistono dopo le dimissioni. Fra le molte interviste che esprimono soddisfazione per la qualità dell'assistenza ricevuta, sono interessanti le parole di Sara:

Vivo in Italia da quattro anni e mio figlio, il più piccolo, è nato qui, in questo ospedale. Mi hanno dato aiuto in tutto, sono stati molto gentili. Come posso dire? Aspetta, non ricordo la parola... sì... ecco... l'ostetrica era modesta, e anche la dottoressa, sì, modesta... anche se erano persone preparate, non lo facevano pesare... mi trattavano... non so come dirlo... da persona a persona (Sara, 29 anni, Marocco).

L'uso della parola «modesta» non è casuale ed enfatizza la capacità delle operatrici di porsi in modo paritario nei confronti della loro assistita, senza assumere una posizione di superiorità. L'assistenza si discosta così da

un modello paternalistico e si apre verso una maggior partecipazione dell'utente:

Un welfare della partecipazione significa che è competenza dell'operatore (dell'équipe multidisciplinare) interagire con la persona in un rapporto paritario basato sul rispetto, sulla gentilezza, sull'empatia, sulla compassione e sull'umiltà [...] L'umiltà è essenziale per mettere in discussione la propria visione del mondo e per evitare di cadere nella trappola autoreferenziale del biasimo delle vittime, vera tomba della professionalità e, con essa, della sanità pubblica²⁹.

Nella cornice generale di un'attenzione adeguata è tuttavia necessario evidenziare alcune criticità che non si manifestano tanto nella relazione con i medici e infermiere, quanto nel funzionamento del reparto e nell'organizzazione della degenza. La più grave di queste criticità riguarda le barriere linguistiche non superate, che rappresentano un considerevole ostacolo alla qualità assistenziale:

Mia moglie non si è mai sentita trattata male per essere straniera. Mi dice solo che le spiace, perché non capisce certe volte quello che le vogliono dire. Per chiedere informazioni sulla gravidanza e sull'allattamento riusciva a farsi capire con i gesti o doveva aspettarmi. Se ci sono cose urgenti mi chiamavano e io traducevo al telefono. Avevamo fatto così anche con il primo bambino, quando aveva bisogno di sapere qualcosa su come allattare.

Ha mai avuto degli opuscoli con informazioni tradotti in lingua araba?

No, però a lei non sarebbero serviti. Lei ha anche il problema che non ha studiato neanche giù. Poi adesso che è in mezzo a italiani deve imparare prima o poi (Ahmed, 30 anni, Marocco).

Il caso della moglie di Ahmed non è affatto raro. La presenza dei mediatori è garantita, su richiesta, nelle situazioni in cui è necessario fare delle visite specialistiche o fornire le informazioni necessarie per la firma del consenso informato, in particolare per quanto riguarda i test di screening e diagnosi prenatale, le ecografie del primo e del secondo trimestre e l'eventuale programmazione del parto cesareo. In molte circostanze, però, la traduzione linguistica è realizzata dal coniuge o da un parente stretto competente nella lingua italiana e non sempre da un mediatore culturale dell'ospedale. Nei reparti, poi, non è semplice avere a disposizione dei mediatori ed è necessario attivare canali informali di comunicazione per trasmettere informazioni sulle incombenze quotidiane, quali l'igiene nel post-partum, la cura del bambino, gli orari e le modalità delle visite, l'organizzazione della giornata, l'alimentazione e molte altre questioni importanti, seppur forse non direttamente cliniche.

²⁹ L. Lauria e S. Andreozzi (a cura di), *Percorso nascita e immigrazione in Italia*, cit., p. 6.

Per cercare di risolvere, almeno in parte, le difficoltà comunicative, talvolta si ricorre alla cartellonistica o ai pieghevoli informativi in più lingue. Questi strumenti sono indubbiamente validi, ma non possono sostituire un'interazione diretta e si dimostrano del tutto inutili nel caso di bassa istruzione o di analfabetismo nella lingua di origine. La bassa scolarità è, infatti, un problema che colpisce soprattutto le donne straniere irregolari: nella Regione Piemonte la percentuale di bassa scolarità fra le donne italiane che hanno partorito nel 2010 è dello 0,64%, mentre fra le donne straniere residenti è del 6,74%, e fra le donne non residenti raggiunge il 10,33%³⁰.

Le difficoltà comunicative incidono negativamente sul clima relazionale e aggravano problematiche latenti. Se nessuna delle donne intervistate riscontra problemi di accettabilità relativi all'assistenza ostetrica e ginecologica, alcune difficoltà si manifestano nell'interazione quotidiana con altre figure del reparto:

Vedo tanta differenza nel modo in cui vengono trattate le donne straniere... Mi è capitato più volte di sentire le Oss commentare, per esempio: «Ci facciamo un culo noi... pagate poco e con un lavoro di m... Perché? Per le extracomunitarie e le zingare». È vero che le straniere siamo in tante, in reparto, ma non è una ragione per essere offensivi. Anche all'accettazione del pronto soccorso mi è capitato di sentire la solita sfilza di lamentele. Forse pensano che sono italiana perché vivo qui da tanti anni e parlo bene la lingua. La signora all'accettazione, non so se è un'infermiera, è partita con il tipico discorso: «Gli stranieri sono i peggiori... Arrivano qui e pretendono di essere curati subito, chiamano il 118 quando non dovrebbero, se ne approfittano... I romeni e gli zingari poi... Eccetera... Eccetera». Io dico, vivo qui in Italia da 15 anni, lavoro, pago le tasse... E non sono poche... Perché ti devi lamentare? Cosa cambia se sono straniera o italiana? E poi, se io non fossi qui, chi si occuperebbe di tutti i vecchietti? Cosa dovrei dire io? Sono qui a spaccarmi la schiena per pulire il sedere ai genitori degli italiani? Non si può ragionare in questi termini. I medici e le ostetriche hanno un atteggiamento diverso. Sono molto più rispettosi e non fanno differenze, ma capita di vedere una volta sola il medico per l'intera giornata e di passare molte ore senza vedere neanche le ostetriche, al cambio di turno per esempio... quindi il tuo punto di riferimento sono le Oss, che molte volte sono proprio scocciate e lo fanno sentire. Le cose sono molto peggiorate negli ultimi due anni (Gina, 30 anni, Romania).

Nell'intervista emerge un marcato attrito con le operatrici socio-sanitarie che sembra contraddire la valutazione positiva dell'assistenza espressa dalle donne nelle interviste precedenti e che risulta un elemento nuovo rispetto a quanto emerso nella prima fase della ricerca. Per chiarire adeguatamente questo punto, è necessario fare una distinzione fra i vari livelli dell'assistenza e vedere i reparti come spazi complessi, in cui interagiscono diverse figure

³⁰ Dati forniti dal Servizio di epidemiologia della Regione Piemonte. Si riporta parzialmente la tabella relativa all'indicatore 17: caratteristiche socio-demografiche delle partorienti e assistenza in gravidanza per cittadinanza. Fonte: Cedap, anno 2010.

coinvolte nel percorso assistenziale. Il paziente, infatti, incontra operatori «con» o «senza» il camice, che hanno profili professionali, ruoli, competenze, percorsi formativi, livelli di istruzione e di responsabilità ben differenziati.

Le operatrici socio-sanitarie sono figure che hanno una formazione di base, incentrata sugli aspetti pratici di assistenza alla persona nelle sue necessità primarie. Per diventare Oss è necessario aver assolto l'obbligo scolastico e aver frequentato un percorso di formazione che permette di ottenere la qualifica regionale³¹. Si tratta quindi di una figura professionale che ha un livello di istruzione medio-basso e che non ha alcun tipo di formazione specifica sul piano della comunicazione interculturale.

Nel reparto, le Oss realizzano attività semplici a supporto delle prestazioni infermieristiche, si occupano di una serie di compiti essenziali, quali l'aiuto nell'igiene intima personale, dell'alimentazione e della pulizia e gestione delle camere. A loro spetta anche la prima risposta alle chiamate delle pazienti in caso di bisogno, somministrano le terapie e spesso fungono da tramite fra le donne ricoverate e il personale medico e infermieristico. Si tratta, dunque, di momenti che non solo richiedono un contatto fisico ravvicinato, ma che implicano l'instaurarsi di una relazione comunicativa che deve funzionare in modo sufficientemente buono tale da garantire il normale svolgimento delle attività del reparto.

Poiché la presenza del mediatore non è costante e in genere è limitata alle visite specialistiche e ai momenti di incontro con i medici, la comunicazione fra le Oss e le donne straniere, anche se non conoscono la lingua italiana, avviene senza alcuna intermediazione e non mancano le incomprensioni, i fraintendimenti e i malintesi. Le abitudini igieniche e alimentari, inoltre, chiamano in causa modi di agire incorporati³², schemi di comportamento appresi e poi naturalizzati, il cui carattere culturalmente situato tende a non essere riconosciuto. Si tratta quindi di aree sensibili, dove la diversità può facilmente essere letta in termini negativi.

A questo si aggiunge l'elevato tasso di *burn out*, una patologia che interessa tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale, ma che è particolarmente insidiosa nelle categorie che godono di una scarsa o inadeguata retribuzione, che svolgono compiti poco creativi, pesanti e reiterati, che non

³¹ La Deliberazione della Giunta regionale n. 46-5662 del 25/03/02 recepisce l'accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni in relazione al profilo dell'operatore socio-sanitario e approva le linee di indirizzo per la formazione di base per il conseguimento della relativa qualifica. È un operatore socio-sanitario «l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a: soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario; favorire il benessere e l'autonomia dell'utente».

³² Cfr. T.J. Csordas, *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, in «Ethos», vol. 18, 1990, n. 1, pp. 5-47; M. Lock e N. Scheper-Hughes, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, in «Medical Anthropology Quarterly», 1, 1987, n. 1, pp. 6-41.

godono di un'adeguata autonomia decisionale e che spesso possono essere soggetti a un sovraccarico di lavoro.

L'insoddisfazione che le donne riferiscono, dunque, non riguarda gli aspetti clinici, ma è riferita piuttosto alla relazione con le Oss. Sarebbe fondamentale proporre percorsi di formazione mirati, che tengano conto del livello di istruzione e delle specifiche competenze di questa figura e che contribuiscano a un contenimento del *burn out* e allo sviluppo graduale di un atteggiamento più aperto alla diversità.

Un elemento che emerge in modo chiaro, nelle interviste e nelle osservazioni dirette in reparto, è la frequenza di stereotipi negativi associati al luogo di provenienza. Anche in questo caso è soprattutto fra le Oss e nel personale preposto alla prima accoglienza che si rilevano le criticità più evidenti.

Gli stereotipi sono collegati a processi di costruzione delle categorie sociali e identitarie, che portano a etichettare un particolare segmento della società come «diverso» da quello che, in opposizione, è definito il «noi». A questa categoria «altra» vengono ascritte delle caratteristiche per lo più negative, attraverso un processo di costruzione di immagini mentali ipersemplificate³³ fondato su meccanismi prevalentemente inconsci: infatti, se interpellate, la maggior parte delle persone non riconoscerà i pregiudizi di cui è portatore, che tenderà piuttosto a vedere come conoscenze confermate dall'esperienza empirica³⁴.

Gli stereotipi non hanno un'origine casuale, ma sono collegati a rapporti asimmetrici di potere e a dinamiche politiche che danno forma alla relazione fra i vari gruppi sociali. Essi accentuano la coesione interna, spostano l'attenzione verso ipotetiche minacce esterne e possono legittimare politiche di esclusione. Il migrante è percepito non tanto come singolo individuo, ma come membro di una data cultura e, in quanto tale, portatore di un'intrinseca diversità. Si verifica quindi un'etnicizzazione dell'alterità che, parallelamente, porta a ignorare la propria particolarità culturale, come scrive l'antropologo Fabio Dei: «noi non siamo mai "etnici", e non lo è mai la grande cultura, quella dominante. Etnici sono gli altri, i più arretrati o i più poveri, le minoranze»³⁵.

Anche in questo caso risulta essenziale una formazione specifica, rivolta a tutte le categorie di operatori, senza trascurare le Oss e il personale adde-
 detto alla prima accoglienza, al triage o alle mansioni amministrative, volta

³³ H. Tajfel, *Human Groups and Social Categories*, Cambridge, Cambridge University Press, 1981.

³⁴ Per una sintesi di alcuni dei più importanti lavori sul tema si veda A. Alietti e D. Padovan (a cura di), *Metamorfosi del razzismo. Antologia di testi su distanza sociale, pregiudizio e discriminazione*, Milano, Franco Angeli, 2005.

³⁵ F. Dei, *Razzismi vecchi e nuovi*, articolo pubblicato online nel Blog Fareantropologia, 2009, disponibile online all'indirizzo: http://www.fareantropologia.it/sitoweb/index.php?option=com_content&view=article&id=130:razzismi-vecchi-e-nuovi&catid=48:testi&Itemid=61.

TAB. 4. Numero di nati e caratteristiche dei neonati per cittadinanza della madre

Indicatori	Psa	Pfpm residenti	Pfpm non residenti
N. nati	27.715	8.888	303
% nati	75,10	24,08	0,82
N. nati morti	71	30	1
% sottopeso			
< 1.500 g	0,91	1,15	0,99
< 2.500 g	7,34	6,14	6,95
Tasso di natimortalità (per 1.000)	2,56	3,38	3,30
% Apgar < 8 (a 5min)	3,69	4,44	2,65
% necessità di rianimazione	3,79	4,58	3,97

Fonte: Dati forniti dal Servizio di epidemiologia della Regione Piemonte, indicatore 24: numero di nati e caratteristiche dei neonati per cittadinanza della madre (esclusi i nati morti), Cedap, anno 2010.

a sviluppare una miglior consapevolezza del funzionamento cognitivo di stereotipi e pregiudizi e a favorire una più fluida comunicazione interculturale.

Infine, non possiamo chiudere un paragrafo relativo all'assistenza al parto senza soffermarci sulla mortalità infantile. Il tasso di mortalità infantile tra i bambini residenti italiani è del 2,9 per 1.000 nati vivi mentre quello dei bambini residenti stranieri è del 4,3%³⁶. La tabella 4 mostra i dati riguardanti le nascite e le morti neonatali in Piemonte.

I dati nazionali mostrano una maggior incidenza della morte perinatale e dei nati morti fra le donne straniere e, sebbene in modo meno marcato, questa differenza è rilevabile anche nei dati regionali. Mentre a livello nazionale questa tendenza si presenta in particolare fra le donne non residenti, in Piemonte il fenomeno si rileva in pari misura fra donne straniere residenti e non.

La mortalità dei bambini sotto i cinque anni di vita è un importante indicatore del benessere complessivo di una popolazione ed è strettamente correlato con le condizioni ambientali, sanitarie e sociali. Di conseguenza, la disparità nel tasso di mortalità fra bambini italiani e stranieri è un segnale preoccupante, che non può essere trascurato e che testimonia il persistere di disuguaglianze che incidono sulla salute dei migranti.

Dei decessi nel primo anno di vita, fra i figli degli stranieri residenti, il 27% avviene alla nascita, il 39% fra 1 e 29 giorni e il 34% fra il primo e l'undicesimo mese. Fra i figli dei cittadini italiani la distribuzione temporale diverge significativamente: il 24% avviene alla nascita, il 49% tra 1 e 29 giorni e il 27% fra 1 e 11 mesi. Secondo l'Istat, il divario percentuale non è dovuto a differenti cause di morte, ma «può essere in parte spiegato dal minor ricorso all'aborto terapeutico (cioè dopo 90 giorni dal concepimento) fra le straniere (l'1,5% sul totale aborti) rispetto alle italiane (4%)». Fra le donne straniere ci sarebbe, di conseguenza, un maggior numero di nascite

³⁶ Istat, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*, cit.

di bambini con malformazioni, che possono sopravvivere il primo mese, ma non oltre. Questi dati, quindi, ci permettono di individuare due grandi concause che si sovrappongono e che stanno alla base dei diversi tassi di mortalità perinatale e infantile: da un lato l'avvio tardivo dei controlli prenatali e, dall'altro, l'intreccio fra disagio sociale e tutela della salute.

Il caso di Gabi³⁷ ci aiuta a illustrare questo fenomeno. Gabi è una donna rom di cittadinanza romena, abita al campo di Lungo Stura, ha 34 anni ed è alla quinta gravidanza. Durante uno degli esami di routine (fatti relativamente tardi, oltre il terzo mese) si scopre una malformazione fetale. Grazie e due operatrici sociali, il caso è stato seguito passo per passo presso l'ospedale Sant'Anna. Era stato contattato un ginecologo e chirurgo, che avrebbe dovuto operare d'urgenza la neonata non appena fosse nata; sarebbe stato comunque un tentativo disperato e non necessariamente di successo per salvare la vita della bimba. Le operatrici si erano adoperate per scrivere una certificazione che la donna portava sempre con sé, affinché, se ci fossero state complicazioni, i medici potessero operare d'urgenza. Due giorni prima del parto, però, la donna perde tutti i documenti. Una notte, quando iniziano le doglie, una donna del campo, la vicina di casa, chiama l'ambulanza. Seguendo le indicazioni del 118 al telefono la vicina riesce a seguire la partoriente e a tenere in vita la bimba prima dell'arrivo dell'ambulanza. L'ambulanza finalmente arriva, ma a parto già avvenuto, «è successo tutto in 5 minuti», dicono le donne del campo. Per via dell'assenza di documenti e certificazione, la donna e la bambina vengono portate al Maria Vittoria e non al Sant'Anna. La bimba sopravvive per un'ora e 45 minuti dopo il parto, poi muore. Nei giorni successivi si fanno i vari accertamenti, una prassi abituale per accertare la causa del decesso, che tuttavia mette in difficoltà le donne del campo e la madre della neonata. Il caso viene chiarito grazie all'intervento delle operatrici.

Il caso riportato mette in luce alcune criticità assistenziali specifiche per la popolazione rom, su cui ci siamo ampiamente soffermati nel secondo capitolo. Fra queste, in particolare, possiamo evidenziare la carenza di uno spazio abitativo idoneo e la difficoltà, per i soccorsi, a raggiungere tempestivamente il campo durante l'emergenza. Il caso permette anche di evidenziare le conseguenze più gravi del ritardo nella prima visita e l'importanza dell'integrazione fra ospedale e territorio che, in questa come in altre situazioni rilevate, sembra essere insufficiente. Va segnalato, infine, il ruolo fondamentale delle operatrici sociali, che avevano fatto il possibile per garantire un'assistenza tempestiva e ottimale al momento della nascita.

³⁷ Il caso è stato raccolto da Aurora Lo Bue, antropologa e operatrice socio-assistenziale, che ha collaborato come tirocinante allo svolgimento del progetto di ricerca.

5. *Il post-partum, un momento critico*

Il post-partum è una fase delicata, a cui molte culture prestano particolare attenzione. Nei primi giorni il supporto è fondamentale per permettere alla donna di riprendersi, perché mamma e bambino possano gradualmente conoscersi e instaurare una relazione armonica.

Le difficili condizioni economiche e sociali e la mancanza di una rete di sostegno femminile su cui contare nei primi mesi di vita del bambino sono problemi comuni per le donne immigrate. Alcune tradizioni, tuttavia, si mantengono o si rinnovano nel paese di arrivo. Fra le donne cinesi è consueta la pratica dello *zuo yuezi*, chiamato anche «quarantena», durante il quale la donna deve rimanere a casa per un mese, evitare il più possibile ogni attività, seguire una dieta particolare e astenersi dal lavarsi per non disperdere il calore del corpo e permettere il ristabilire l'equilibrio tra le componenti calde e fredde dell'organismo.

In alcune aree del Marocco è usanza che nei primi quaranta giorni la donna si alzi dal letto il minimo indispensabile e siano la propria madre o altre parenti a occuparsi delle incombenze quotidiane. In Italia, dove non sempre si può contare sulla presenza della propria famiglia, sono le amiche ad accompagnare e aiutare la mamma in puerperio.

Nella maggior parte dei paesi latinoamericani il puerperio è noto come «dieta», un periodo di quaranta o quarantacinque giorni durante i quali la madre deve riposare, evitare di uscire di casa, prestare attenzione al vento e all'umidità e seguire un'alimentazione sostanziosa a base di brodi e bevande calde.

Queste usanze, a volte non apprezzate dagli operatori perché interferiscono con i controlli periodici programmati nel primo mese, hanno invece l'obiettivo di proteggere la diade madre-bambino in un momento di fragilità, permettendo alla madre di concentrarsi sulle esigenze del neonato e favorendo un buon avvio dell'allattamento al seno.

Come raccomanda l'Organizzazione mondiale della sanità, oggi le mamme sono incoraggiate ad allattare al seno e, in quasi tutti gli ospedali, pratiche come il *rooming-in* o il contatto precoce pelle-pelle fra la madre e il neonato sono ormai la norma. Secondo i dati Istat le donne straniere tendono ad allattare di più rispetto alle donne italiane (l'89,4% contro l'84,6% delle italiane), e a protrarre di più la durata dell'allattamento (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane)³⁸.

Nella Regione Piemonte, alle mamme impossibilitate su indicazione clinica ad allattare naturalmente al seno, su richiesta del pediatra o del punto nascita, può essere fornito gratuitamente il latte artificiale. Sono considerate

³⁸ Istat, *Gravidanza, parto e allattamento al seno*, pubblicato martedì 9 dicembre 2014 in riferimento all'anno 2013.

controindicazioni assolute all'allattamento la sieropositività o l'Aids conclamato, il cancro mammario, la psicosi post-partum, l'herpes bilaterale al capezzolo, l'epatite in fase acuta, le mamme tossicodipendenti, alcoliste o che assumono permanentemente farmaci incompatibili con l'allattamento. Non ci sono, però, esenzioni previste per donne in difficoltà economica, senza reddito o con redditi bassi. La scelta di limitare le agevolazioni esclusivamente a problemi biomedici, senza tener conto degli aspetti sociali, penalizza le donne migranti in condizioni di povertà che, pur non rientrando nei casi descritti, abbiano difficoltà ad avviare un allattamento al seno esclusivo o debbano integrare la dieta del bambino con il latte artificiale per garantire un rientro precoce al lavoro.

Per molte donne, in particolare per coloro che sono impiegate nel campo della cura, è impossibile conciliare le esigenze di lavoro con i compiti di accudimento dei figli, specialmente quando sono ancora molto piccoli. Le associazioni del privato sociale e i progetti rivolti alle mamme si dimostrano una risorsa fondamentale in una fascia di età in cui si sente la mancanza di iniziative pubbliche:

Quando ho finito il corso di formazione per mediatori cercavo lavoro, cercavo lavoro... ho fatto centinaia di domande e sono riuscita a trovare un lavoro subito. Poi sono rimasta incinta, è nato il bambino e non sono più riuscita a lavorare. Non sono più riuscita a lavorare perché non sapevo come organizzarmi con il bambino, ero da sola con il piccolo, non potevo. Nel frattempo ho cominciato a seguire alcuni progetti delle associazioni qui a Torino, in attività dedicate alle mamme, nei luoghi in cui all'inizio avevo trovato una buona accoglienza. Ho iniziato con il volontariato, poi, è diventato un lavoro (Latifa, 32 anni, Marocco).

Nell'insieme sarebbe necessario favorire l'integrazione fra i servizi socio-assistenziali e sanitari, al fine di garantire maggiori tutele sul piano sociale alle madri in puerperio e nei primi mesi di vita dei bambini.

Il caso di Elsa ci permette di illustrare l'impatto dei fattori sociali sul benessere della donna nel post-partum. Elsa ha un'esperienza negativa durante il parto e fa risalire a questa, che per lei si configura come una vera e propria violenza, un senso di tristezza e incapacità che la pervade dall'arrivo a casa:

Ho avuto un parto terribile, cioè, mettimi al mio posto... dover pregare perché ti facciano un'epidurale, o perché si decidano a fare il cesareo. Io sapevo che le cose non stavano andando bene, perché era tutto il giorno che sentivo un dolore atroce, come se mi stessero squarciando. L'ho detto mille volte, ma nessuno mi ascoltava. Piangevo, stavo male e il travaglio non andava avanti, alla fine hanno dovuto fare un cesareo di emergenza, ma hanno aspettato troppo e c'è stata sofferenza fetale. Il problema, secondo me, è che sono stata seguita al consultorio e quindi non conoscevo i medici, non avevo un punto di riferimento. Molte altre donne erano andate a pagamento e avevano il loro ginecologo lì in reparto, avevano qualcuno con cui parlare... io no. È stata un'esperienza bruttissima, tanto che poi volevo fare qual-

cosa, lamentarmi, ma tutti mi hanno consigliato di non dire niente. Dopo, durante il ricovero, non voglio sembrare una persona permalosa, io non mi sento né più né meno di una donna che è del posto, ma l'infermiera che ci ha seguito mi sembrava stanca del suo lavoro... stanca delle donne straniere... non lo so... si lamentava di tutto... In compenso ho avuto delle ostetriche gentilissime e validissime (Elsa, 39 anni, Perù).

Come in altre interviste, emerge una difficoltà a «farsi ascoltare» che va a discapito dell'autonomia e del potere decisionale della paziente straniera. Brigitte Jordan ha mostrato come intorno alla nascita ci siano diversi saperi, che godono di livelli di riconoscimento differenziati. Mentre alcuni saperi sono poco valorizzati, ad altri invece è ufficialmente riconosciuta autorevolezza. Il «sapere autorevole» (*authoritative knowledge*)³⁹, sulla base del quale si prendono decisioni operative e si compiono le scelte cliniche, nel contesto da noi analizzato è quello di cui sono depositari ginecologi e ostetriche ed è mediato dalle linee guida e dalle procedure adottate da ogni ospedale. Il sapere sulla nascita di cui sono portatrici le donne stesse, e che circola attraverso canali non formali di condivisione dell'esperienza, ha invece uno spazio ridotto nella gravidanza fisiologica e un ruolo ancora più ristretto nella gestione della gravidanza a rischio.

Molti degli antropologi che hanno studiato i modelli di assistenza alla nascita nel mondo contemporaneo, hanno enfatizzato il ruolo fondamentale della partecipazione attiva della donna nella demedicalizzazione dell'evento nascita⁴⁰ e nella graduale affermazione dei modelli olistici e umanistici⁴¹, che enfatizzano la connessione mente-corpo e l'unicità di ogni singola esperienza nel momento del parto.

L'esperienza di Elsa mostra la necessità di prestare maggior ascolto alla voce del paziente quando ha la percezione che «qualcosa di anomalo» sta avvenendo nel suo organismo e cerca nelle procedure biomediche una risposta al proprio dolore.

Nel 2001 il Comitato nazionale per la bioetica si era pronunciato sull'uso dell'analgesia epidurale durante il parto, aveva segnalato il ritardo dell'Italia nell'uso di antalgici e sostenuto che «il diritto della partoriente di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei "livelli essenziali di assistenza"»⁴². Nel 2008 il governo

³⁹ R. Davis-Floyd e C. Fishel Sargent, *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press, 1997.

⁴⁰ S. Kettler, *Preparing for Motherhood: Authoritative Knowledge and the Undercurrents of Shared Experience in Two Childbirth Education Courses in Cagliari, Italy*, in «Medical Anthropology Quarterly», 14, 2000, n. 22, pp. 138-158.

⁴¹ R. Davis-Floyd, *The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth*, in «International Journal of Gynecology & Obstetrics», 75, 2000, pp. 5-23.

⁴² Presidenza del Consiglio dei ministri e Comitato nazionale per la bioetica, *La terapia del dolore. Orientamenti bioetici*, documento approvato il 30 marzo 2001.

tentò di introdurre questa modifica⁴³, ma la norma non trovò attuazione, per cui la possibilità di ricorrere all'epidurale durante il travaglio è rimasta quasi completamente sulla carta e questa forma di controllo del dolore è ancora usata in modo molto sporadico. Secondo due indagini del Iss, condotte nel 2008-09 e nel 2010-11, è emerso che, sul totale dei parti per via vaginale, solo nel 14,6% è stata usata l'anestesia epidurale. Mediamente, dunque, sia per le donne straniere che per le donne italiane, «l'opportunità di un parto senza dolore è ancora fortemente negata in Italia»⁴⁴.

La questione del ricorso al taglio cesareo elettivo è più delicata e complessa, dato che si tratta di una procedura chirurgica che comporta dei rischi per la madre e il bambino. Il tema è stato affrontato nella recente revisione delle Linee guida *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, che si pone l'obiettivo di unire «l'appropriatezza nella pratica clinica, che valorizzi il ruolo dei professionisti della salute» con una «maggiore consapevolezza e partecipazione attiva delle donne nelle decisioni sulla gravidanza e sul parto»⁴⁵.

Per permettere un coinvolgimento attivo della donna straniera è in ogni caso necessario favorire una comunicazione più fluida e bidirezionale e un maggior riconoscimento della sua capacità di autodeterminazione, cosa che sembra mancare nella relazione con Elsa. Sebbene si tratti di un'esperienza che può capitare a qualsiasi donna, a prescindere dalla nazionalità, molte delle donne migranti intervistate hanno la sensazione che il fatto di essere straniere, le incertezze nell'uso della lingua, l'essere seguite in consultorio e non da un ginecologo privato e la minor conoscenza degli ambienti medici, abbiano un'incidenza negativa sulla percezione che gli operatori hanno di loro come pazienti competenti⁴⁶.

Dopo le dimissioni, rinunciando a fare un reclamo o a segnalare in qualsiasi modo la sua insoddisfazione, la nostra interlocutrice torna a casa, ma le cose non vanno come nella prima gravidanza e si acquiscono i sintomi di disagio psichico:

⁴³ D.p.c.m. 23 aprile 2008, art. 37, comma 3: «Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle regioni e all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse». Il d.p.c.m. fu ritirato dal governo prima che fosse pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale*.

⁴⁴ *Nascere sicuri*: indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale. L'indagine, presentata dalle senatrici Fiorenza Bassoli e Laura Bianconi, è stata deliberata dalla Commissione Sanità il 21 settembre 2010. Il testo integrale è consultabile seguendo il link <http://www.senato.it/leg/16/BGT/Testi/Allegati/00000101.pdf>.

⁴⁵ Ministero della salute e Istituto superiore di sanità, *Linea guida 22. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, 2012.

⁴⁶ Va segnalato che non ci sono dati quantitativi che ci permettano di valutare quanto queste impressioni siano generalizzabili e quanto corrispondano a opinioni personali basate su aspettative dissimili sull'assistenza o a differenze oggettive nella relazione tra medico e paziente.

Quando sono arrivata a casa speravo di stare meglio e, invece, no. Piangevo, non dormivo, avevo tremori e mi è venuta la febbre, sono stata proprio male, guarda, malissimo. Mi cadevano i capelli, stavo diventando calva, piangevo sempre, piangevo (Elsa, 39 anni, Perù).

Con il passare delle settimane, le cose peggiorano e, così, Elsa decide di parlare con la ginecologa del consultorio familiare, che incontra in occasione del controllo dei quaranta giorni:

«Suo marito è presente? La aiuta con il bambino?», mi dice la ginecologa. «No», le rispondo, «lui deve lavorare quasi sempre, sono sempre da sola a casa». «Avete altri parenti, sua madre o sua sorella che possano darle una mano?». «No», le dico. «Sarebbe importante per lei riposare... non può chiedere a qualcuno – un amico, una baby-sitter – di prendersi cura del bambino, anche per poche ore al giorno?». «Ovviamente non posso. Riesco a malapena a coprire le mie spese, figuriamoci pagare una baby sitter...». «Allora», mi dice, «l'unica cosa che posso fare è chiamare i servizi sociali». A questo punto ho detto «No! si figuri, grazie mille, forse non è una cosa così grave...» e non sono mai più tornata. Ho detto, anche se sto male, mai più vengo qua. Forse è una prassi per loro, voglio dire, chiamare l'assistenza sociale se ti senti male o se sei sola, che ne so. Ma io avevo paura... non lo so, si sentono tante cose... avevo paura che dicessero «questa è pazza, non può tenere il bambino» (Elsa, 39 anni, Perù).

Il quadro complessivo fa pensare a un disturbo dell'umore associato alla gravidanza che, tuttavia, non viene diagnosticato né trattato adeguatamente. Non trovando altre soluzioni, Elsa cerca di risolvere i suoi problemi da sola e decide di tornare in Perù per parecchi mesi, dove, infine, riesce a superare il suo malessere.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha recentemente riconosciuto il ruolo dei fattori psicosociali nella salute mentale materna, correlando la povertà, l'assenza di reti sociali di supporto, la violenza sessuale o domestica, lo stress e l'immigrazione, allo sviluppo di patologie quali il *maternity blues*, la depressione post-partum e la psicosi puerperale⁴⁷. La depressione post-partum, in particolare, è una delle più diffuse complicanze del puerperio. Fino agli anni Ottanta e Novanta del Novecento la ricerca su questo disturbo si era concentrata prevalentemente nei paesi industrializzati e alcuni autori ritenevano che si trattasse di una malattia assente in società non-occidentali. Studi successivi hanno invece dimostrato che è un quadro

⁴⁷ Cfr. J. Fisher *et al.*, *Prevalence and Determinants of Common Perinatal Mental Disorders in Women in Low- and Lower-Middle-Income Countries: A Systematic Review*, in «Bulletin of the World Health Organization», 2011, scaricabile all'indirizzo http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/; E. Robertson, N. Celasun e D. Stewart, *Risk Factors for Postpartum Depression*, in *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions*, a cura di D. Stewart *et al.*, Toronto, University Health Network Women's Health Program, 2003.

strettamente correlato alla sofferenza sociale, che si presenta trasversalmente, pur manifestandosi in modi differenti e con sintomi che mostrano una forte variabilità culturale.

Questo problema è attualmente largamente sottovalutato e mancano sia ricerche specifiche sulla realtà italiana sia programmi di intervento mirati che tengano conto dei bisogni delle donne migranti e della necessità di riconoscere i fattori di rischio e le difficoltà a cui vanno incontro nel puerperio.

Il vissuto di Elsa ci porta anche a riflettere sul timore profondo che molte mamme migranti provano di fronte alla possibilità di essere segnalate ai servizi sociali e sulla diffusa diffidenza nei confronti di questi servizi. La paura di Elsa è condivisa ampiamente fra le mamme e talvolta porta a rinunciare a forme di sostegno necessarie o a percorsi di accompagnamento che potrebbero contribuire a prevenire situazioni di disagio fisico, psichico e sociale. C'è una forte necessità di tutelare la propria «invisibilità» che, anche in questo caso, ci parla di una maternità più vulnerabile e a rischio, più segnata dai dubbi e dalla diffidenza nelle istituzioni.

Si tratta di un tema complesso, su cui sarebbero necessari approfondimenti mirati, e che in questa sede ci limitiamo soltanto ad accennare. I servizi sociali possono intervenire in vari modi nei confronti dei minori e delle famiglie in condizioni di grave difficoltà. In certe situazioni si opta per un sostegno nell'ambiente di appartenenza, attraverso l'affidamento diurno o altri progetti di supporto al gruppo familiare. Nei casi più gravi, si ricorre all'allontanamento del minore. Quest'ultima è una scelta estremamente delicata, che impone un'attenta valutazione di ogni singolo caso.

Le cause che più frequentemente portano a intervenire in modo drastico sono i maltrattamenti; la mancanza delle cure necessarie in relazione ai bisogni primari ed evolutivi; la grave trascuratezza o la deprivazione socio-culturale e relazionale; la disabilità del minore o specifiche patologie relazionali e, infine, la povertà estrema. Quest'ultima è una condizione rispetto alla quale le famiglie rom e straniere, specie se irregolari, sono particolarmente esposte. Pur senza scendere nei particolari, l'Onlus «Save the Children» menziona nel rapporto *I minori stranieri in Italia. L'esperienza e le raccomandazioni di Save the Children*, di aver «ricevuto alcune segnalazioni proprio da parte di operatori sociali e legali relative a casi di allontanamento di minori dalle proprie famiglie, disposti a seguito di segnalazione dei servizi sociali competenti. Da questi casi emerge che talora la condizione di disagio economico e sociale è determinante ai fini della segnalazione e del successivo allontanamento»⁴⁸.

La situazione, per chi è irregolare, è aggravata dall'impossibilità di accedere all'assegnazione di alloggi di edilizia sociale in situazioni di emergenza

⁴⁸ Save the Children, *I minori stranieri in Italia. L'esperienza e le raccomandazioni di Save the Children*, 2010, p. 72.

abitativa, che richiede tre anni di residenza continuativi o il versamento di contributi che dimostrino un'attività lavorativa svolta regolarmente in questo lasso di tempo.

Alla fragilità sul piano economico-sociale, si aggiunge la differenza nei modelli educativi e nel contesto culturale, che rende particolarmente complesse le procedure di valutazione dell'idoneità genitoriale. Nei colloqui con gli operatori e nelle cartelle cliniche dei pazienti, che è stato possibile consultare grazie alla collaborazione con il Centro Frantz Fanon, emerge un'ancora insufficiente o superficiale attenzione alla storia migratoria e al background culturale dei genitori. L'esplorazione di questi aspetti, non di rado, è limitata a poche righe ed è basata sul lavoro di specialisti di altri settori, che non hanno specifiche competenze in campo antropologico⁴⁹ o che non conoscono in profondità l'area geografica di riferimento dell'utente. Un esempio emblematico di questa situazione è l'uso acritico della testistica psicologica. Questi strumenti, spesso lontani dall'universo di referenti simbolici dello straniero, si dimostrano del tutto inadeguati per restituire il mondo psichico dell'utente e per lo psicologo è necessario non solo introdurre «qualche dispositivo che ne accresca la legittimità [...] ma [anche] analizzare criticamente la propria strumentazione, evidenziandone limiti e contraddizioni»⁵⁰.

Negli ultimi anni sono sorte numerose critiche a un approccio alla tutela del minore secondo il quale «la famiglia veniva giudicata inadeguata e considerata la causa dei traumi subiti dal minore, quindi vista come elemento solo negativo, da cui il bambino doveva essere separato» e si comincia ad affermare nei servizi sociali una prospettiva secondo la quale «la collaborazione con la famiglia del bambino risulta essere un importante obiettivo da raggiungere»⁵¹. Questo nuovo approccio, in buona misura ancora da costruire, appare particolarmente promettente, poiché sposta il focus dell'intervento all'intero gruppo familiare e valorizza la rete relazionale del minore straniero come risorsa per la gestione delle criticità.

6. Il diritto alla salute del minore straniero e la pediatria di libera scelta

I bambini hanno bisogni particolari legati al loro sviluppo fisico e psicologico e, più di altre fasce della popolazione, hanno precise esigenze abitative, igieniche e nutrizionali, indispensabili per prevenire malattie che pos-

⁴⁹ Per una riflessione approfondita sul tema si veda S. Taliani e F. Vacchiano, *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Milano, Unicopli, 2006, p. 92.

⁵⁰ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 100.

⁵¹ D. Bramanti e E. Carrà (a cura di), *Buone pratiche nei servizi alla famiglia. Famiglie fragili e famiglie con anziani non autosufficienti*, Roma, Osservatorio nazionale per la famiglia, eBook, 2011.

sono rappresentare gravi minacce alla salute e mettere a repentaglio lo sviluppo fisico e psicologico. L'Italia ha ratificato gli accordi internazionali in materia di diritti dell'infanzia e ha stabilito delle normative specifiche per la tutela dei minori, ivi compresi i minori stranieri regolari o irregolari⁵². La categoria «minori stranieri» è molto eterogenea e comprende sia i bambini nati in Italia da genitori stranieri, che i minori nati all'estero. Questi ultimi possono essere «accompagnati», legalmente affidati ai genitori o parenti fino al terzo grado, oppure «non accompagnati», arrivati in Italia senza i genitori o altre persone adulte legalmente responsabili della loro assistenza.

I minori stranieri, e in particolare i minori irregolari e i minori non accompagnati⁵³, sono una categoria adeguatamente tutelata sotto il profilo normativo, ma estremamente vulnerabile sul piano sociale. Dal punto di vista del diritto alla salute, i minori regolari hanno l'obbligo di iscrizione al Ssn e possono accedere a tutte le prestazioni assicurate dal sistema sanitario⁵⁴. Fino al 2012, in virtù di quanto previsto dall'art. 35, comma 3 del d.lgs. 286 del 1998⁵⁵, i minori irregolari non potevano iscriversi al Ssn e avevano accesso alle strutture sanitarie solo per prestazioni urgenti ed essenziali, comprese le vaccinazioni e gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive.

L'accordo Stato-Regioni ha riconosciuto il diritto di iscrizione al Servizio sanitario regionale di tutti i minori, ivi compresi i minori irregolari, dando così piena realizzazione a quanto previsto dalla Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, che impone agli stati di garantire l'accesso ai servizi sanitari a tutti i minori, indipendentemente dal loro status giuridico. Alcune regioni hanno già recepito questo punto dell'accordo, ma non tutte. La Simm (Società italiana medicina delle migrazioni), Oisg (Osserva-

⁵² A questi, al pari degli italiani, sono riconosciuti tutti i diritti garantiti dalla Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 1989, nella quale si stabilisce il principio del «superiore interesse del minore».

⁵³ In alcuni casi, i giovani che dichiarano di essere minorenni non hanno alcun documento ed è necessario procedere all'accertamento dell'età, per poter garantire la tutela dei diritti di cui è titolare il ragazzo in quanto minore, quali l'accoglienza in luogo sicuro, la non espulsione, la concessione di un permesso di soggiorno per minore età, la possibilità di essere affidati a un parente entro il terzo grado, oppure a una famiglia terza o ad una comunità. Questi accertamenti, tuttavia, hanno numerose implicazioni. Per un'analisi dettagliata dei limiti e le prospettive future delle procedure per la determinazione dell'età, si veda E. Coffano, M. Del Savio e L. Mondo (a cura di), *Rapporto: Stranieri e salute*, cit., pp. 310-313.

⁵⁴ Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione, norme sulla condizione dello straniero (Testo unico sull'immigrazione, Tui), d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286, *Gazzetta ufficiale* n. 191 del 18 agosto 1998, suppl. ord. n. 139, art. 34. Vedi anche Ministero della sanità, Circolare n. 5 del 24 marzo 2000, *Gazzetta ufficiale*, Serie generale n. 126 del 1° giugno 2000.

⁵⁵ L'art. 35, comma 3 dispone che i minori stranieri privi di permesso di soggiorno non possono iscriversi al Servizio sanitario nazionale, ma hanno comunque diritto alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e ai programmi di medicina preventiva.

torio italiano sulla salute globale), Asgi (Associazione studi giuridici immigrazione) e altre associazioni che operano nel campo della tutela della salute del minore, hanno lanciato l'iniziativa «Appello per una pronta applicazione in tutta Italia dell'accordo Stato-Regioni sulla tutela sanitaria degli immigrati a partire dal diritto di ogni minore ad avere il suo pediatra». Durante lo svolgimento della ricerca in Piemonte non erano ancora stati presi provvedimenti concreti per garantire l'iscrizione al servizio sanitario nazionale ai minori sprovvisti di regolare permesso di soggiorno. Tuttavia, il 16 marzo 2015, la Giunta regionale ha approvato una delibera che riconosce il diritto all'inserimento nel circuito del Servizio sanitario regionale ai minori irregolari e garantisce la possibilità di accedere a un pediatra di libera scelta, dando così piena attuazione al già menzionato accordo Stato-Regioni⁵⁶.

Il pediatra di libera scelta, noto anche come pediatra di famiglia⁵⁷, è il primo punto di riferimento per la tutela della salute dei bambini e dei ragazzi, dalla nascita fino a 14 anni. Nel 1978, la legge 833, che istituisce il Servizio sanitario nazionale, enuncia il principio della tutela globale della salute del bambino fino al termine dell'età evolutiva, individuando nello specialista in pediatria la figura professionale più idonea per svolgere questo compito. Egli lavora a stretto contatto con la famiglia, rappresenta il punto di raccordo fra questa e il Ssn e garantisce l'accesso a tutti i servizi e prestazioni compresi nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Questa figura, dunque, assicura un'assistenza continuativa e permette un accompagnamento del minore e della famiglia in tutte le fasi della crescita, non solo quando c'è una patologia in corso. Poter contare su un pediatra di famiglia rappresenta quindi un importante traguardo nella tutela della salute dei minori stranieri irregolari e, parallelamente, è una misura che ha ricadute positive complessive sul sistema sanitario in quanto favorisce un uso più coerente e consapevole dei servizi emergenziali, evitandone il sovraccarico.

Il rapporto delle mamme straniere intervistate con il pediatra di libera scelta è altalenante: alcune donne riferiscono ottime esperienze, altre parecchia insoddisfazione. Alcuni problemi che si presentano con frequenza riguardano la scarsa disponibilità a fare visite domiciliari in caso di bisogno, gli ostacoli burocratici in procedure che dovrebbero essere semplici e immediate, e la difficoltà ad avere contatti rapidi specialmente quando il bambino ha la febbre o ha qualche malattia in atto.

⁵⁶ Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta regionale 16 marzo 2015, n. 34-1198, *Bollettino ufficiale* 11S1 del 19 marzo 2015.

⁵⁷ La prima Convenzione per la pediatria di libera scelta fu stipulata nel 1979 e affidava al pediatra l'assistenza del bambino fino ai 12 anni, che sino ad allora era esclusivamente di competenza del medico di medicina generale. Negli anni successivi nuovi accordi fra la Federazione italiana di medici pediatri e le istituzioni pubbliche contribuirono a delineare meglio il ruolo del pediatra di libera scelta stabilendo che la salute del bambino è di sua competenza esclusiva nella fascia di età dai 0 ai 6 anni, ed estendendo l'età pediatrica fino a 14 anni.

Ho avuto due pediatri. Con il primo ho avuto un'esperienza molto brutta, con quella che ho adesso, invece, mi sono trovata benissimo, è brava ed è una bella persona. Ti racconto quello che era successo, anche se sono passati tre, quasi quattro anni. Io non conoscevo nessuno e avevo scelto il pediatra a caso. Ho preso quello che aveva posto, anche se non era vicinissimo a casa nostra. Un giorno – il bambino era piccolino, aveva forse otto o nove mesi – comincia ad avere la febbre alta, non si muove più, vomita, sta male. Io mi spavento molto e la mattina dopo chiamo il medico chiedendo una visita domiciliare. Era pieno inverno e noi non abbiamo la macchina, quindi non volevo uscire di casa, avevo paura di peggiorare le cose. Lui ha risposto già seccato, ha chiesto l'indirizzo ed è venuto da noi. Ha visitato il bambino, ci ha messo sì e no due minuti, poi ha detto «signora, cosa vuole che sia, è un'influenza, è normalissimo. Non è il caso di chiedere visite domiciliari per questo»... Probabilmente aveva ragione, ma il bambino aveva la febbre alta e io ero in ansia. Ho provato a dirglielo, ma lui non ci ha dato il tempo di dire nulla. Poi doveva fare la ricetta, no? Noi viviamo in una casa piccolina, una camera e cucina... è uscito incavolato nero e ha detto in modo molto sgarbato «ma come si fa! Non c'è neanche un posto per sedersi a scrivere una ricetta». Mi sono sentita molto umiliata. Dopo quella volta ho cambiato pediatra e, comunque, ora preferisco andare al pronto soccorso (Angela, 26 anni, Ecuador).

Gli orari di visita limitati, la scarsa reperibilità nel fine settimana, i lunghi tempi di attesa in ambulatorio e la necessità di prenotare le visite con vari giorni di anticipo, sono altri fra i problemi menzionati dalle nostre intervistate. Questi problemi non riguardano in modo specifico le famiglie straniere, ma fra queste possono rappresentare ostacoli maggiori al diritto salute per via dell'assenza di una rete familiare estesa che permetta una miglior gestione degli orari; di condizioni di lavoro che garantiscono meno libertà ai genitori in caso di malattia dei figli e di una minor prestanza economica che rende problematico il ricorso all'assistenza privata. Le associazioni di volontariato e gli ambulatori del privato sociale rappresentano, in questi casi, una risorsa fondamentale per le famiglie migranti, che va a integrare il servizio offerto dal sistema pubblico, per dare risposta alle esigenze di un'utenza che, per sue caratteristiche, ha bisogno di una maggior flessibilità.

Io lavoro pochissimo qui in Italia, non ho potuto trovare un lavoro fisso. Ho solo un lavoro a ore e devo essere disponibile quando hanno bisogno di me, altrimenti non mi chiamano più. I miei orari sono sempre diversi, a volte devo lavorare tutto il giorno, a volte solo la mattina, a volte il pomeriggio... qualsiasi giorno della settimana. È per questo che porto i bambini qui, è fondamentalmente un problema di orario. La nostra pediatra ha un orario di attenzione di due ore e bisogna prenotare, quindi non riesco a organizzarmi. Qualche volta andiamo al pronto soccorso, l'ultima volta sono stati tanto gentili, hanno capito il nostro problema, perché la bambina aveva la febbre ed era un fine settimana: la pediatra non c'era e non abbiamo il suo numero di telefono... non sapevamo cosa fare (Elvira, 42 anni, Perù).

I casi menzionati rappresentano esperienze specifiche, che, come abbiamo visto, hanno un carattere occasionale e non possono essere generaliz-

zati. I giudizi raccolti, positivi e negativi, rappresentano infatti situazioni ed esperienze individuali, che ci permettono di illustrare il vissuto delle famiglie da noi interpellate, ma che non necessariamente corrispondono a tendenze generali.

Fra i pediatri di libera scelta, inoltre, c'è una crescente consapevolezza della necessità di organizzarsi attivamente per dare risposta ai bisogni specifici dei bambini e delle famiglie migranti. La formazione nel campo dell'interculturalità, su cui torneremo nel settimo capitolo, rappresenta uno degli strumenti più usati e più efficaci per acquisire le competenze necessarie e per conoscere e comprendere le esigenze degli utenti stranieri.

7. I bisogni sanitari dei minori stranieri

Dal punto di vista ospedaliero, non emergono differenze significative fra bambini italiani e bambini stranieri. La tabella 5 illustra le cause di ricovero dai 29 ai 365 giorni⁵⁸ per cittadinanza nella Regione Piemonte. Le principali cause di ricovero per entrambi i gruppi sono le malattie respiratorie, le malformazioni congenite e le malattie infettive e parassitarie.

Sebbene il quadro generale sia complessivamente simile, la maggior prevalenza delle malattie infettive e parassitarie e delle malattie respiratorie fra i bambini stranieri originari o provenienti da paesi Fpm, può essere correlata a condizioni abitative meno favorevoli e a disuguaglianze sociali. Tuttavia gli effetti di queste disuguaglianze non sono facilmente dimostrabili se si prende spunto da questo dato isolato. Molte problematiche, infatti, pur compromettendo il benessere complessivo del minore, non raggiungono un livello di gravità tale da richiedere un ricovero ospedaliero.

Gli ambulatori pediatrici del privato sociale sono perciò un buon punto di osservazione per comprendere meglio i bisogni sanitari dei bambini stranieri irregolari o in condizioni di disagio sociale. Come spiega una pediatra volontaria dell'Associazione Camminare insieme:

Fra i bambini che vengono da noi è difficile determinare con certezza quali malattie sono conseguenza della povertà e quali sono le patologie normali dell'età pediatrica. Comunque ci sono molti raffreddori e molte infezioni respiratorie che personalmente mi sembrano collegate alla mancanza di un buon riscaldamento: a casa mia fa freddo, quindi io posso immaginare quello che succederà da loro. Ho anche notato molto spesso il problema di bambini che crescono poco, e potrebbero esserci delle carenze nutrizionali. I primi mesi, finché le mamme allattano, va tutto bene, poi quando inizia lo svezzamento la crescita rallenta... è possibile che sia per le modalità di svezzamento, ma temo che sia soprattutto per mancanza di

⁵⁸ Nel primo mese la maggior parte dei ricoveri sono collegati alle condizioni del bambino alla nascita, mentre a partire dal 29esimo giorno acquisiscono maggiore importanza le patologie subentrate in seguito.

TAB. 5. Distribuzione dei ricoveri per causa, età: 29-365 g, per cittadinanza

Grandi capitoli ICD9CM	Psa		Pfpn	
	N.	%	N.	%
Malattie infettive e parassitarie	287	7,25	95	9,31
Tumori	60	1,52	10	0,98
M. ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari	360	9,10	76	7,45
M. sangue e organi emopoietici	71	1,79	19	1,86
Disturbi psichici	17	0,43	5	0,49
M. del sistema nervoso e degli organi di senso	204	5,15	41	4,02
M. del sistema circolatorio	37	0,93	7	0,69
M. apparato respiratorio	987	24,94	306	30,00
M. apparato digerente	240	6,06	54	5,29
M. apparato genito-urinario	401	10,13	87	8,53
M. pelle e tessuto sottocutaneo	41	1,04	15	1,47
M. sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	11	0,28	3	0,29
Malformazioni congenite	470	11,87	118	11,57
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	108	2,73	27	2,65
Sintomi, segni, e stati morbosi mal definiti	385	9,73	88	8,63
Traumatismi e avvelenamenti	115	2,91	29	2,84
Fattori che influenzano lo stato di salute	164	4,14	40	3,92
Totale	3.958	100,00	1.020	100,00

Fonte: Dati forniti dal Servizio di epidemiologia della Regione Piemonte, indicatore 26b: distribuzione dei ricoveri per causa, età: 29-365 g, per cittadinanza. Sdo, anno 2010.

mezzi: temo quindi che la loro alimentazione non sia la migliore. Mi sembra abbastanza diffuso il problema dei bambini sottopeso e lo ha rilevato anche la dottoressa dell'ambulatorio pediatrico dell'Isi. E sembra che i problemi non siano legati ad abitudini alimentari incorrette, ma proprio a problemi sociali.

Un ulteriore problema, che si riscontra soprattutto fra i bambini che non potevano contare su un'assistenza pediatrica di base, è la diagnosi tardiva di problemi di apprendimento, di ritardi cognitivi o di malattie rare e croniche che hanno un esordio in età infantile. Infatti, non essendoci una continuità nel rapporto con il medico, è difficile notare i primi segnali delle anomalie o valutare se un sintomo deve destare preoccupazione o è qualcosa che si risolverà spontaneamente con il tempo:

Fra i bambini che vediamo qui a volte notiamo dei ritardi cognitivi, ma abbiamo pochi elementi per giudicare e, anche se suggeriamo alle mamme di farli vedere da uno specialista, poi non sappiamo se effettivamente questi bambini vengono seguiti e se si approfondiscono queste questioni. Il fatto è che alcuni problemi, se diagnosticati precocemente, possono essere gestiti molto meglio e ci sono possibilità di recupero maggiori (pediatra di libera scelta e volontaria, Associazione Camminare insieme).

Il peso dei determinanti sociali della salute si fa sentire anche per quanto riguarda il costo dei farmaci di fascia C, un problema particolar-

mente grave in età pediatrica. Molti medicinali necessari, come la tachipirina o i fermenti lattici, sono a pagamento e hanno costi non trascurabili per le famiglie. Questa è una delle ragioni per cui molte mamme iscritte al Ssn, che hanno quindi un pediatra di base, si rivolgono agli ambulatori del privato sociale:

Il pediatra ce l'abbiamo, ma per me il problema sono i farmaci, le medicine. Io non ho lavoro e mio marito lavora, ma non guadagna bene, quindi per me è un aiuto sapere che qui mi danno le medicine. Il bambino ha avuto la tosse e ha dovuto prendere lo sciroppo, che in farmacia costa 15 euro. Sembrano pochi, ma per noi sono tanti. Questa volta ho portato la bambina, che è piccolina e ha un problema di dermatite, ha bisogno di usare una crema tutti i giorni, ma costa molto, quindi vengo qui (Halima, 33 anni, Marocco).

Anche in questo caso non si tratta di un problema che riguarda i minori stranieri in quanto tali, ma di una conseguenza delle disuguaglianze economiche e della povertà, due condizioni che, come abbiamo visto nel secondo capitolo, colpiscono in maggior misura le famiglie migranti.

Non vanno sottovalutati, infine, i problemi di salute mentale. Le associazioni che operano nel campo dell'etnopsicologia e della psicologia transculturale, come il Centro Frantz Fanon, Mamre e il Centro Marco Cavallo, hanno sviluppato progetti a sostegno delle famiglie e dei minori stranieri, con particolare attenzione a situazioni critiche quali le donne vittime di tratta, i minori non accompagnati e i minori ricongiunti.

Il ricongiungimento con i propri cari, infatti, è un traguardo faticosamente raggiunto ed è un momento molto atteso e desiderato, su cui si riversano innumerevoli aspettative. Tuttavia non è facile ricomporre il gruppo familiare: la riunificazione può acuire problemi preesistenti o latenti ed è molto difficile riequilibrare i ruoli famigliari, specialmente dopo lunghi periodi di lontananza. Per i figli, inoltre, il ricongiungimento può comportare un confronto traumatico con una nuova realtà che spesso si rivela molto più ostile di quanto sperato e una seconda separazione dalle figure di accudimento con cui, dopo la partenza del genitore, si erano costruiti legami affettivi. Queste circostanze possono avere conseguenze di rilievo sul benessere psichico del bambino o del ragazzo e aumentare la conflittualità all'interno del gruppo familiare.

Le sfide sul piano relazionale sono numerose anche per le famiglie in viaggio⁵⁹, che affrontano insieme le prime tappe della migrazione: la radicale trasformazione del contesto sociale, il passaggio da una rete famigliare allargata a una famiglia nucleare e i frequenti fenomeni di inversione dei ruoli, che si verificano quando i figli acquisiscono una maggior competenza dei

⁵⁹ S. Taliani e F. Vacchiano, *Altri corpi*, cit.

genitori nel luogo di arrivo, minano l'equilibrio del nucleo e possono portare a forme di disagio psicosociale nei bambini e ragazzi.

Le condizioni materiali, favorevoli o avverse, incidono sul benessere complessivo dei minori in modi diretti e indiretti. La qualità della vita influenza significativamente lo sviluppo e i problemi che si presentano nelle fasi più precoci della vita possono essere correlati a forme di sofferenza fisica e psicologica nell'età adulta. Oltre all'accesso all'assistenza medica, la tutela del diritto alla salute richiede un intervento attivo per favorire l'inclusione e ridurre le asimmetrie sociali che gravano sul benessere di donne e bambini. Come scrivono Margaret Whitehead e Göran Dahlgren: «Le disuguaglianze sociali nella salute sono differenze sistematiche nello status di salute di gruppi con condizioni socio-economiche diverse. Queste disuguaglianze, oltre che ingiuste, sono socialmente prodotte e, dunque, modificabili»⁶⁰.

⁶⁰ M. Whitehead e G. Dahlgren, *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Leveling up Part 1*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

Capitolo quarto

Salute e lavoro. Vulnerabilità dei lavoratori stranieri e percorsi di accesso alla salute

1. *I lavoratori migranti come categoria vulnerabile: quali implicazioni per la salute*

Il lavoro rappresenta uno dei cardini centrali del progetto migratorio. Nel contesto italiano, in particolare, la partecipazione degli stranieri al mercato del lavoro – espressa dal tasso di occupazione – è fra i più alti in Europa, sia perché si tratta prevalentemente di un’immigrazione di lavoro, con una minore incidenza di rifugiati e richiedenti asilo, sia perché in questo paese si registra un forte tasso di attività anche per chi è inizialmente giunto attraverso il ricongiungimento familiare¹. Per questo motivo è importante prendere in considerazione la salute degli immigrati anche in quanto lavoratori.

Fra i determinanti sociali della salute, le relazioni lavorative (fra datore di lavoro e lavoratore), le condizioni di impiego (cioè di reclutamento, inquadramento contrattuale, inserimento nell’azienda, integrazione sul posto di lavoro, ecc.) e le condizioni di lavoro (le mansioni eseguite, l’organizzazione del lavoro, l’ambiente lavorativo, le tecnologie utilizzate, ecc.) svolgono un ruolo fondamentale². Coloro che sono in condizione di disoccupazione, di sottoccupazione, o che svolgono lavoro stressante o non sicuro sono infatti maggiormente soggetti a cattive condizioni di salute. Al contrario, le persone che hanno un maggiore controllo della propria situazione lavorativa, in termini di stabilità contrattuale e lavorativa, e un minore stress sul lavoro risultano più sani e hanno una maggiore aspettativa di vita rispetto ai primi.

Per quanto riguarda la situazione lavorativa degli stranieri in Italia, i dati disponibili indicano una distribuzione e un inserimento nel mercato del lavoro caratterizzati da forti elementi di svantaggio rispetto ai lavoratori au-

¹ A. Cangiano, *Immigration Policy and Migrant Labour Market Outcomes in the European Union: New Evidence from the EU Labour Force Survey*, Torino, Fieri Working Paper, 2012.

² I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2014, p. 10.

toctoni. Gli immigrati sono infatti maggiormente concentrati in specifici settori e in ambiti di attività a bassa produttività e a ridotto valore tecnologico. Quasi la metà degli occupati immigrati (49,7%), contro meno di un quinto degli italiani (17,5%) è impiegata in tre macro-settori: le costruzioni, i servizi turistici (alberghi, ristoranti e pubblici esercizi) e i servizi alle persone³. La distribuzione dei lavoratori in base al sesso evidenzia un'ulteriore segregazione occupazionale. Tra gli uomini, si osserva una forte concentrazione dell'occupazione nell'industria manifatturiera, nelle costruzioni e negli alberghi e ristoranti, mentre per le donne nei servizi sociali e alle persone.

All'interno di questi settori gli stranieri, pur presentando più spesso degli italiani competenze superiori alla posizione ricoperta, si collocano soprattutto in ruoli di media o bassa specializzazione e in mansioni ad elevata intensità di lavoro e in cui è richiesta nella maggior parte dei casi forza fisica e resistenza, caratterizzate da orari molto lunghi o svantaggiosi, fatica e rischi per la salute. Secondo i dati elaborati dalla Fondazione Leone Moressa⁴, oltre un immigrato su tre (37,7%) è occupato in professioni non qualificate. Modelli elaborati dal Ministero dell'interno indicano come la probabilità di svolgere un lavoro non qualificato sia tre volte superiore per uno straniero rispetto a un italiano con le stesse caratteristiche socio-anagrafiche⁵. I lavoratori stranieri sono poi assunti soprattutto da piccole e micro aziende. Queste sono ancora largamente basate su sistemi produttivi tradizionali, fanno maggior uso di lavoro nero o grigio (parzialmente regolare), hanno standard di sicurezza sul lavoro più bassi e dispongono di risorse limitate da destinare alla relativa prevenzione e informazione ai lavoratori, offrono minori opportunità di formazione e di avanzamento professionale ai propri impiegati, sono meno sindacalizzate delle medie e grandi imprese e meno sottoposte a controlli e ispezioni.

Va inoltre ricordato che i migranti costituiscono la componente della forza lavoro che ha registrato i più forti contraccolpi della crisi. I dati recenti sulle dinamiche del mercato del lavoro in Italia indicano una diminuzione del tasso di occupazione tra il 2008 e il 2013, che ha colpito soprattutto i migranti maschi (-14%) e, in misura minore, le donne straniere (-3,4%)⁶, per via della diversa distribuzione di uomini e donne nel mercato del lavoro e di un impatto differenziato della crisi sui rispettivi settori in cui essi sono impiegati⁷.

³ Cnel, *Il ruolo degli immigrati nel mercato del lavoro italiano*, Roma, Onc e Cnel, 2012, p. 31.

⁴ <http://www.fondazioneleonemoressa.org>.

⁵ L. Zanfrini, *La partecipazione al mercato del lavoro*, in *L'immigrazione straniera in Lombardia. La decima indagine regionale*, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, a cura di G.C. Blangiardo, Milano, Regione Lombardia e Fondazione Ismu, 2011, pp. 83-125.

⁶ Istat, *Rapporto annuale 2014. La situazione del paese*, 2014, p. 85.

⁷ F. Pastore, E. Salis e C. Villosio, *L'Italia e l'immigrazione «low cost»: fine di un ciclo?*, in «Mondi Migranti», 19, 2013, n. 1, pp. 151-172.

L'impatto della crisi sui lavoratori migranti ha non solo contratto i tassi di occupazione degli stranieri, ma ha anche accentuato le condizioni di svantaggio per questi ultimi, aumentando la concentrazione di forza lavoro straniera nelle posizioni a bassa qualifica (dal 29% del 2008 al 34% del 2012), con una parallela diminuzione della quota di lavoratori migranti in posti di lavoro qualificati (dall'8,2% del 2008 al 5,9% del 2012) e una crescita del divario fra il reddito medio dei lavoratori stranieri e quello degli italiani. Negli ultimi anni l'aumento delle disparità di reddito è riconosciuto come uno dei principali effetti della crisi, nonché la causa dell'aumento dei cosiddetti *working poor*⁸.

Questo capitolo prende in considerazione la salute degli immigrati in quanto lavoratori e analizza il binomio salute-lavoro nella sua relazione a doppia direzione. Il lavoro e le condizioni occupazionali degli stranieri vengono infatti dapprima esaminati come determinanti della salute. Come si ricorderà, il diritto alla salute comprende il diritto alle precondizioni sottostanti la salute o alle cosiddette determinanti della salute⁹. Questo capitolo si soffermerà su uno dei determinanti più rilevanti per la popolazione migrante, ovvero le condizioni di lavoro e la salute sul lavoro. In seconda istanza verrà analizzato come il lavoro possa al tempo stesso costituire un ostacolo nell'accesso alla salute e ad appropriati percorsi di cura, prendendo in considerazione in particolare il lavoro di cura, che rappresenta il primo settore di impiego delle donne straniere in Italia e evidenziando un'area di potenziale conflitto fra diritto alla salute e diritto al lavoro.

Per affrontare questi temi, si ricorre all'illustrazione di singoli casi di immigrati, i quali pur non potendo esser ritenuti rappresentativi dei fenomeni presi in considerazione, tuttavia aiutano a mettere in luce alcuni nodi chiave nell'analisi della salute occupazionale in termini più generalizzabili e forniscono una narrazione e una prospettiva soggettiva dei percorsi di accesso alla salute e degli ostacoli sperimentati. I casi e i racconti degli immigrati intervistati sono stati infine intrecciati con la letteratura sulla salute occupazionale e con la prospettiva di testimoni privilegiati che operano sul versante dell'offerta di servizi alla salute (associazioni, sindacati, assistenti sociali, personale medico, mediatori culturali) e che hanno contribuito a costruire un quadro più articolato del fenomeno.

⁸ E. Galossi, *L'impatto della crisi sulle condizioni di vita e di lavoro degli immigrati: un'indagine dell'Associazione Bruno Trentin*, Roma, Associazione Bruno Trentin, Ires, 2013.

⁹ Cfr. il capitolo primo di questo volume. Per maggiori dettagli si veda anche I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit.

2. Incidenti sul lavoro e lavoratori irregolari: fra tutela e rischi di marginalità estrema

Secondo il Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali¹⁰, l'infortunio sul lavoro è definito come un evento traumatico, avvenuto per una causa violenta in occasione del lavoro, che comporta l'impossibilità di svolgere l'attività lavorativa per più di tre giorni.

Nel corso del 2012, l'Inail (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) ha registrato 3.486 infortuni occorsi a lavoratori stranieri in provincia di Torino, con un calo del 7,7% circa rispetto all'anno precedente e un'incidenza del 14% sul totale degli infortuni lavorativi avvenuti in quest'area¹¹. Dal 2008, in corrispondenza della crisi, il numero assoluto di incidenti sul lavoro di stranieri risulta diminuito, come effetto di una contrazione dell'occupazione straniera nel nostro territorio, mentre il loro peso sul totale degli infortuni è invece aumentato.

Un'analisi basata sui dati longitudinali Whip (*Work Histories Italian Panel*)¹² ha messo in evidenza come il rischio infortunistico presso i lavoratori immigrati sia del 45% superiore rispetto ai lavoratori nazionali. L'analisi degli eventi gravi evidenzia un rischio ancora più elevato per i lavoratori stranieri, superiore del 56% rispetto a quelli italiani¹³. Se poi teniamo in considerazione che questi risultati sono relativi al periodo 2000-2005 e che escludono i lavoratori irregolari, potremmo ipotizzare un ulteriore aggravamento di questi indicatori negli anni più recenti, nei quali la crisi ha inciso negativamente sulla condizione occupazionale degli stranieri in Italia. Va tuttavia considerato che gli immigrati, anche quelli occupati regolarmente, tendono più spesso dei nativi a non denunciare gli infortuni di minor rilievo, con un conseguente innalzamento dell'incidenza degli incidenti gravi sul totale degli infortuni registrati. Sulle possibili cause di sottotifica degli incidenti professionali si tornerà oltre.

I lavoratori stranieri vittime di infortunio sono soprattutto individui di sesso maschile e di età compresa tra i 30 e i 40 anni, impiegati nel settore delle costruzioni, dei trasporti e dei servizi all'impresa, provenienti princi-

¹⁰ D.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124, *Gazzetta ufficiale* n. 257 del 13 ottobre 1965, art. 2.

¹¹ M. Maltana, M.L. Tomaciello e A. Congia, *Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro*, in *Osservatorio Interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino: rapporto 2012*, Prefettura di Torino, 2013, p. 263.

¹² La banca dati Whip raccoglie le storie lavorative individuali di circa 15 milioni di lavoratori del settore privato che hanno svolto parte o tutta la carriera lavorativa in Italia. Il dataset è sviluppato partendo dagli archivi gestionali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps) e la serie storica copre il periodo 1985-2005.

¹³ A. Bena e M. Giraudo, *Occupational Injury Risk in Immigrant Workers in Italy: Differences in Work Characteristics and Age*, in «Epidemiologia e Prevenzione», 38, 2014, nn. 3-4, p. 213.

palmente da Marocco, Albania e Romania¹⁴. Si riscontra anche, negli ultimi anni, una costante crescita dell'età media delle vittime di infortunio, ma soprattutto un aumento dell'incidenza degli infortunati stranieri di sesso femminile e nel settore dei servizi alla persona, che includono attività sanitarie e lavoro di assistenza domiciliare. Fra il personale domestico (colf e badanti) 77 infortuni su 100 riguardano proprio lavoratori immigrati, in prevalenza donne¹⁵.

Diversi fattori concorrono a determinare il tasso più elevato di infortuni presso gli stranieri. Come già messo in evidenza, gli immigrati tendono a trovare impiego in attività a bassa specializzazione e ad elevata pericolosità, spesso in condizioni e orari sfavorevoli. Più spesso degli italiani accettano di assumere incarichi a rischio e di fare straordinari¹⁶, anche in relazione all'esigenza di aumentare i loro margini di reddito. Lavorano soprattutto in micro e piccole aziende dotate di minori risorse e sensibilità sulla sicurezza sul lavoro¹⁷. Il diffuso sistema dei subappalti in alcuni settori, come in edilizia¹⁸, così come una più alta incidenza dell'impiego temporaneo o l'elevato turn over presso gli stranieri, rendono inoltre più difficile un corretto accesso alle informazioni relative alla sicurezza sul lavoro. Il fatto di iniziare più spesso un nuovo impiego è infatti associato a un maggior rischio infortunistico¹⁹.

Oltre a un'età media più bassa (caratteristica degli infortunati nel loro complesso), gli stranieri hanno anche un'anzianità lavorativa inferiore rispetto ai colleghi italiani, che si traduce in una ridotta esperienza dei contesti lavorativi specifici in Italia, spesso molto diversi da quelli in cui erano impiegati nel paese di origine. È stato inoltre evidenziato come nei paesi di origine siano spesso in vigore diverse norme di sicurezza, con standard più bassi, e come vi sia una differente percezione del rischio da parte dei lavoratori immigrati, soprattutto nei primi anni dall'arrivo in Italia. La barriera linguistica, infine, soprattutto fra gli immigrati più recenti e fra coloro che

¹⁴ M. Maltana, M.L. Tomaciello e A. Congia, *Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro*, cit., p. 284.

¹⁵ Inail, Dipartimento di Medicina del lavoro, *Immigrazione, salute e lavoro*, 2012, p. 1, disponibile al sito http://www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_portstg_100854.pdf.

¹⁶ E. Castagnone, *Il lavoro immigrato: la prospettiva delle imprese*, in *Non solo braccia. Un'indagine sull'impiego di lavoro immigrato nelle imprese del torinese*, Torino, Fieri-Cciao, Camera di Commercio di Torino, 2012.

¹⁷ G. Mosconi e M.M. Riva, *Immigrati e salute in edilizia: risultati di una indagine sanitaria su un campione di lavoratori edili della provincia di Bergamo*, in «Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia», 33, 2011, n. 2, p. 36.

¹⁸ R. Bichi e R. Bracalenti (a cura di), *Il lavoro che ferisce. Esperienze di riabilitazione degli immigrati in Lombardia*, Quaderni Ismu, 2, Milano, Fondazione Ismu, 2012, p. 8.

¹⁹ A. Bena e M. Girauda, *Occupational Injury Risk in Immigrant Workers in Italy*, cit., p. 216.

hanno un livello di istruzione medio-basso, costituisce uno dei più importanti limiti nell'accesso all'informazione sulla prevenzione degli incidenti sul lavoro, riconfermando – anche rispetto a questa categoria – l'importanza dell'informazione nel garantire, *inter alia*, il diritto alla salute.

Diversi studi dimostrano, inoltre, come gli incidenti sul lavoro dei migranti siano ancora largamente sottoregistrati e rimangano dunque ampiamente sottostimati. Ciò è dovuto a vari motivi. Innanzitutto spesso i migranti non sono informati dei propri diritti, dell'esistenza dell'Inail²⁰ e della possibilità di essere tutelati, anche se impiegati in condizione irregolare. In virtù del principio di automaticità delle prestazioni, il lavoratore ha infatti diritto a essere tutelato dall'Inail, anche se il suo datore di lavoro non lo ha assicurato o se non è in regola con il pagamento dei contributi Inail²¹. Vi è poi la paura di perdere il lavoro e di essere denunciati ed espulsi dall'Italia, per coloro che non sono in possesso di documenti di soggiorno validi. È stato anche riportato come i migranti possano essere particolarmente restii a denunciare incidenti avvenuti presso imprese di parenti, amici o connazionali.

Inoltre, come già accennato, i lavoratori stranieri tendono a denunciare soprattutto gli incidenti più gravi, rinunciando a segnalare quelli più lievi e meno invalidanti, dei quali si perde traccia nei registri dell'Inail – e registrano una maggior incidenza di casi respinti. La maggior frequenza di denunce di infortunio non approvate dall'Inail tra i lavoratori stranieri è un dato strutturale. Nel 2012 la percentuale di casi relativi a lavoratori stranieri accolti dall'Inail in provincia di Torino rappresentano circa il 65% di quelli denunciati, a fronte di un tasso generale di circa il 70%. I lavoratori stranieri spesso incontrano maggiori difficoltà nel gestire gli adempimenti connessi all'istruttoria delle pratiche di infortunio per motivi linguistici, di conoscenza della relativa burocrazia e di reperibilità, che vengono più spesso rifiutate per assenza dei requisiti previsti dalla legge²² (si veda a proposito il box 3 sull'iter di denuncia e riconoscimento degli incidenti di lavoro).

²⁰ L'Inail (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) funziona come un sistema «globale» (che tutela cioè i lavoratori italiani e stranieri, regolari e irregolari) e «integrato» (il cui ambito di azione va dagli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, alle prestazioni sanitarie ed economiche, alle cure, alla riabilitazione e al reinserimento nella vita sociale e lavorativa) di tutela in caso di incidente sul lavoro, o di malattia professionale. Si veda <http://www.Inail.it/internet/default/INAILCosafa/Attivitsanitaria/index.html>.

²¹ L'Inail è un sistema sanitario e assicurativo di presa in carico dei lavoratori infortunati basato su principi di universalità (secondo cui vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito), uguaglianza (secondo cui tutti hanno diritto alle medesime prestazioni a parità di bisogno) e globalità (secondo cui non viene presa in considerazione la malattia, ma in generale la persona implicando un collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione).

²² M. Maltana, M.L. Tomaciello e A. Congia, *Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro*, cit., p. 290.

Questi elementi contribuiscono a rendere una parte rilevante degli immigrati in Italia una categoria vulnerabile sotto il profilo occupazionale – e di conseguenza sociale ed economico – rendendo difficile per questa categoria la realizzazione del diritto alla salute. I lavoratori immigrati sono infatti particolarmente esposti all'insorgenza di problematiche di salute, sia perché più facilmente impiegati in lavori particolarmente «a rischio», sia perché le condizioni lavorative garantiscono un livello di protezione inferiore (contratti in nero, limitata prevenzione sul posto di lavoro, ecc.).

Dalle interviste svolte emerge, in particolare, come nella tutela dei lavoratori stranieri che hanno subito infortuni sul lavoro, la categoria più vulnerabile sia quella dei lavoratori irregolari, che sono dunque impiegati senza un regolare contratto di lavoro e che spesso sono al tempo stesso sprovvisti di documenti di soggiorno. In questi casi il pronto soccorso si delinea come lo snodo più rilevante nel processo di emersione e di denuncia dei traumi da lavoro. Secondo una recente *survey* svolta in Lombardia, circa la metà degli stranieri che hanno subito incidenti sul lavoro (47,4%) sono stati messi in contatto con l'Inail da un medico del pronto soccorso, contro circa il 20% dei casi (23,8%) dai datori di lavoro e il 10% (11,8%) dal medico di base²³. I lavoratori irregolari vittime di incidenti gravi, che richiedono cure urgenti presso i presidi ospedalieri, generalmente seguono poi due tipi di percorsi, che portano a due distinti esiti di tutela del trauma e di accesso ai servizi sanitari.

Nel primo caso il 118 viene chiamato sul luogo di lavoro; il lavoratore infortunato viene portato direttamente al pronto soccorso. Le forze dell'ordine, Carabinieri o Polizia, in questi casi sono tenute a fare un sopralluogo sul luogo dell'incidente. In questo contesto la dichiarazione di infortunio viene compilata sul posto di lavoro e segnalata allo Spresal (Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro)²⁴. Appena possibile, poi, il paziente compila la denuncia di infortunio all'Inail che gli riconoscerà l'evento come infortunio sul lavoro e lo tutelerà in tutto il suo percorso successivo, al pari di un lavoratore regolare. Il datore di lavoro sarà invece denunciato dall'Inail e dovrà pagare una penale.

Nel secondo caso, i lavoratori irregolari che hanno subito un incidente sul lavoro accedono autonomamente al pronto soccorso, cioè senza l'accompagnamento del datore di lavoro. In queste occasioni, come riportano diversi intervistati, si incontrano molte resistenze da parte degli stranieri

²³ R. Bichi e R. Bracalenti, *Il lavoro che ferisce*, cit., p. 65.

²⁴ Lo Spresal è un servizio dell'Asl che si occupa di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori attraverso interventi di prevenzione, di vigilanza e di controllo nei luoghi di lavoro. L'attività è rivolta a tutti i luoghi di lavoro sia pubblici che privati e ai cantieri edili e consiste nello svolgimento di interventi per accertare che ci sia la rispondenza alle norme e alle disposizioni vigenti in materia di igiene e sicurezza sul lavoro. Lo Spresal svolge inoltre indagini di polizia giudiziaria per infortuni sul lavoro e malattie professionali.

nel denunciare l'origine del trauma, spesso dichiarato come avvenuto in ambiente domestico. Questo dato è confermato dall'alto tasso di anamnesi incongruenti con la natura dell'evento registrato, emerso da un'analisi delle schede di accesso al pronto soccorso dei cittadini non italiani che hanno dichiarato l'evento traumatico come «altro accidentale»²⁵. Spesso sono i datori di lavoro a esercitare pressione, e in alcuni casi a ricattare i propri lavoratori affinché non denuncino l'incidente:

Noi qui al Cto (Centro traumatologico ortopedico) abbiamo avuto parecchi infortuni non denunciati dai lavoratori. Abbiamo avuto vari incidenti eclatanti, in cui tutti i compagni di lavoro hanno negato, non hanno visto, non c'erano, per paura. Abbiamo avuto un paziente romeno che è tornato in Romania, che ha detto che si era fatto male a casa. Arriva in pronto soccorso pieno di calce. Io l'avevo anche incoraggiato a denunciare l'infortunio, lui però lo ha sempre negato, salvo dirmi negli ultimi giorni prima di ripartire per la Romania che lo avevano minacciato di fare del male ai famigliari che erano in Romania (assistente sociale Cto e Unità Spinale).

I datori di lavoro promettono loro dei soldi fuori busta, perché se vengono denunciati, devono pagare delle penali. Peccato poi che questi soldi non vengono dati, quindi alla fine quelli che hanno subito un incidente non prendono soldi né da una parte, né dall'altra. È difficile a volte convincere le persone a fare delle denunce. Molti stanno zitti, non denunciano (assistente sociale Cto e Unità Spinale).

Nonostante in molti casi il personale sanitario spesso si renda conto, per la natura dei sintomi e delle cause dei traumi, che gli incidenti potrebbero verosimilmente essere avvenuti sul luogo di lavoro, senza la volontà del lavoratore di denunciare quest'ultimo come sinistro sul lavoro, non vi sono altri strumenti per comprovarne la natura, né per garantire le tutele di cui ogni lavoratore, a prescindere dalla nazionalità, dalla regolarità contrattuale e dal possesso di regolari documenti di soggiorno, ha diritto:

La denuncia può farla solo il paziente. Nessuno può sostituirsi al paziente. Ci si può sostituire al paziente solo quando interviene la pubblica sicurezza sull'evento del trauma. Lì c'è il paziente che ha l'incidente, il 118 arriva e arriva la pubblica sicurezza, c'è una segnalazione alla Procura della Repubblica e poi allo SPreSAL (Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro). Allora in quel caso si può superare il problema di denuncia del paziente, perché è obbligato, in quel caso non può rifiutarsi. Ma quando il paziente arriva, anche se io mi rendo conto che quello è un trauma da lavoro, lui è l'unico che ha il diritto di denunciare quell'evento, nessuno di noi può farlo per lui (responsabile dell'Urp del Cto).

Fra gli infortunati che hanno subito un incidente lavorando in nero e non sono in possesso di un regolare permesso di soggiorno, coloro che non

²⁵ Ispesl, *Indagine pilota conoscitiva sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro relativa ad una realtà regionale: Veneto*, Roma, Ispesl, 2006, p. 135.

denunciano l'incidente rappresentano dunque la fascia più vulnerabile. Mentre, infatti, gli irregolari che arrivano a notificare l'infortunio, rientrano in un protocollo di tutela legale e di assistenza sanitaria, coloro che non segnalano l'incidente all'Inail incontrano problemi sostanziali di accesso alle cure sanitarie necessarie nell'iter post-infortunistico. Come racconta la responsabile dell'Urp del Cto, mentre per questi ultimi l'assistenza in urgenza viene garantita, in assenza di denuncia all'Inail, le menomazioni che possono rimanere, che possono essere conseguenza di quell'evento, non hanno nessun tipo di riconoscimento Inail e quindi non godono di copertura sanitaria. Ciò significa che gli interventi, le visite e le terapie che seguono al primo soccorso, non sono più garantite dall'Inail e diventano a carico del lavoratore.

In questi casi fra le soluzioni messe in campo dagli operatori socio-sanitari che prendono in cura l'assistito, vi è quella di registrare gli stranieri presso i Centri Isi (Informazione salute immigrati), ottenendo per loro il codice Stp (Straniero temporaneamente presente). Tuttavia il tesserino Stp²⁶ non garantisce la copertura totale delle prestazioni necessarie per il *follow up* medico e fisioterapico. Inoltre il paradosso, secondo la responsabile dell'Urp (Ufficio per le relazioni con il pubblico) del Cto, è che con il tesserino Isi viene attribuito lo status di indigenza. Questo, tuttavia, non permette l'esenzione dal ticket, che prevede una spesa integrativa a carico del paziente²⁷. Si tratta di un problema che coinvolge i migranti irregolari in condizione di povertà e marginalità lavorativa in generale, ma che può avere ripercussioni particolarmente gravi per coloro che, irregolari e infortunati sul lavoro senza aver sporto denuncia, quindi senza garanzie di tutela, rischiano di cadere in una spirale di marginalità economica, lavorativa e sociale con difficili vie di uscita.

²⁶ Come già visto, il Centro Isi fornisce un tesserino con codice regionale alfanumerico (codice Stp) necessario per accedere alle prestazioni sanitarie. Il tesserino Stp ha validità semestrale rinnovabile. Lo straniero che ne è in possesso è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, alla pari del cittadino italiano, per quanto concerne: prestazioni sanitarie di primo livello, urgenze (guardia medica), stato di gravidanza (prestazioni previste dal d.m. 10 settembre 1998), prestazioni e farmaci per patologie croniche e rare e gravi stati invalidanti (si veda S. Dacquino e A. Bergallo, *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, Torino, LDF e Regione Piemonte, 2012).

²⁷ Le prestazioni sanitarie sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa (ticket), a parità di condizioni con i cittadini italiani. Lo straniero Stp è esonerato dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa (ticket) per le seguenti prestazioni: 1) prestazioni di primo livello, ad accesso diretto senza prenotazione e impegnativa; 2) gravidanza e maternità; 3) interventi di prevenzione collettiva; 4) patologia; 5) età/condizione anagrafica, età inferiore ai 6 anni o superiore ai 65. Qualora lo straniero Stp non avesse risorse economiche sufficienti per il pagamento del ticket, è possibile applicare, a seguito di una sua dichiarazione, il codice di esenzione X01, che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata (*ibidem*).

Quelli che arrivano accompagnati e poi lasciati da soli e non denunciano l'infortunio sul lavoro, noi li assistiamo. Se vengono ricoverati, dopo i vari tentativi – che vanno quasi sempre a vuoto – di spingerli a denunciare l'incidente sul lavoro, noi mandiamo una richiesta di registrazione all'Isi. L'Isi ci manda l'iscrizione regolare. Noi abbiamo continui solleciti da parte di cittadini stranieri in questa situazione. Perché c'è un primo intervento fatto in urgenza, poi magari ci sono altri interventi di ricostruzione. [...] I medici Isi sono medici generali. Chi ha subito incidenti gravi ha bisogno di visite specialistiche, di riabilitazione, di interventi ricostruttivi, che l'indigente non è nelle condizioni di pagare. I ticket della fisioterapia adesso sono aumentati. Così finisce che rinunciano alla prestazione. Dopo le visite immediatamente successive al soccorso (rimozione punti o altro), finiscono per rinunciare a proseguire le visite e i trattamenti. Il risultato è che abbiamo persone che abbandonano i servizi sanitari e che non si fanno curare completamente (responsabile dell'Urp del Cto).

Come già accennato, oltre alla tutela della salute per motivi economici e giuridici, vi è anche il problema della reintegrazione nel mercato del lavoro in seguito al trauma subito. L'ostacolo in questo caso è duplice e riguarda, in primo luogo, le conseguenze dell'incidente sul lavoro in termini di ricollocamento professionale successivo al trauma, e in particolare di abilità a svolgere una determinata attività, soprattutto quando l'infortunio è di natura grave e invalidante.

Bisogna vedere se la menomazione di chi ha avuto un trauma invalidante permette di ricollocarsi sul lavoro: molte lesioni sono sulle mani. Le mani sono uno strumento importante per il lavoro. Questo è già un limite molto grave (responsabile dell'Urp del Cto).

Inoltre i lavoratori irregolari che hanno subito incidenti non hanno nell'immediato la possibilità di accedere a un impiego regolare, in mancanza di un titolo di soggiorno valido. Questa situazione ha portato a ripiegare per alcuni dei casi più gravi sull'ottenimento di un visto per cure mediche²⁸. Se questo titolo garantisce una regolarizzazione del soggiorno in Italia, tuttavia non risolve affatto il problema della copertura dei costi sanitari che gli infortunati devono affrontare per il percorso riabilitativo:

Il paziente che ottiene il visto per cure mediche deve saldare tutte le spese sanitarie che affronta, il conteggio delle prestazioni è equiparato a quello del cittadino

²⁸ Il permesso di ingresso e soggiorno per cure mediche è un documento che si ottiene attraverso la seguente documentazione: dichiarazione della struttura sanitaria prescelta indicante il tipo di cura e la sua durata; attestazione di avvenuto deposito cauzionale di una somma pari al 30% del costo presumibile della cura; documentazione comprovante la possibilità di sostenere le spese di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria, nonché di rimpatrio, per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore. Non è consentita l'iscrizione al Ssr. Il permesso di soggiorno ha una durata pari alla durata presunta del trattamento terapeutico ed è rinnovabile finché persistono le necessità terapeutiche documentate.

italiano, ma nel momento in cui c'è un intoppo [non riescono a pagare le spese delle prestazioni] lasciano scadere il permesso di soggiorno legato al visto per cure mediche, per tornare alla clandestinità (responsabile dell'Urp del Cto).

Per alcuni invalidi permanenti che non hanno famigliari in Italia, sono stati messi in atto piani di rientro al paese di origine. In questi casi l'Inail continua a erogare l'assegno di invalidità e a garantire la fornitura del materiale medico necessario anche presso domicili all'estero, incluso nel paese di origine, pur mantenendo la residenza in Italia. Tuttavia i progetti di rientro non sono sempre accolti favorevolmente dagli infortunati e non sempre vanno a buon termine. Le condizioni ambientali e sanitarie dei paesi di origine possono essere particolarmente sfavorevoli. Sono inoltre da tenere in considerazione i problemi di tipo culturale e sociale associati alla condizione di disabilità, che possono rappresentare un ostacolo nella reintegrazione sociale dell'infortunato presso il paese di origine:

C'è un egiziano per cui avevamo costruito un progetto di rientro con le assistenti sociali dell'Inail. L'Inail mandava al suo domicilio in Egitto tutto il materiale sterile per cateterizzarsi e addirittura aveva costruito un progetto per l'invio e la manutenzione di una carrozzina sostitutiva. Poi il paziente non ha più voluto portare a termine il progetto di rientro, perché vivere in un paese caldo mette il paraplegico a rischio di infezioni urinarie. Il paziente viene rieducato e reso autosufficiente rispetto alla sua disabilità, ma per quanto riguarda la funzione urologica, non si arriva mai a un'autonomia totale, perché c'è un continuo bisogno di controlli (responsabile dell'Urp del Cto).

3. *L'invalidità permanente e l'articolazione del percorso riabilitativo*

In provincia di Torino, l'incidenza degli infortuni gravi sul totale degli infortuni – che provocano invalidità permanente superiore al 6% – e di quelli mortali, è doppia tra i lavoratori stranieri rispetto a quelli registrati fra italiani, con una percentuale dello 0,42% fra i primi, contro lo 0,22% fra i secondi, e un tasso di esiti mortali rispettivamente dello 0,09% e dello 0,05%²⁹. Si tratta di un fenomeno che, pur essendo limitato rispetto al totale degli infortuni indennizzati, implica importanti costi sociali e umani provocati dal fenomeno infortunistico.

Mentre gli studi realizzati finora si sono concentrati sulle caratteristiche e le condizioni nelle quali hanno luogo i traumi gravi sul lavoro, seguendo principalmente un approccio statistico-epidemiologico, la fase post-traumatica di questo tipo di incidenti è invece ancora poco studiata nella sua articolazione e nelle sue implicazioni. In particolare gli stranieri che sono stati

²⁹ M. Maltana, M.L. Tomaciello e A. Congia, *Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro*, cit., p. 291.

vittime di incidenti invalidanti, si trovano ad affrontare problemi di molteplice natura, fra loro interconnessi e in parte peculiari alla loro condizione di immigrati. A questi corrispondono dei veri e propri percorsi che riguardano la sfera sanitaria, quella medico-legale, la dimensione economica e lavorativa e, infine, quella sociale e psicologica. L'armonizzazione dei percorsi in queste diverse sfere contribuisce a un esito riabilitativo di successo, o meno.

Il caso di Nasser, un uomo di 42 anni, originario dell'Egitto, giunto in Italia nel 1995, esemplifica molto bene l'articolazione fra queste varie dimensioni, offrendo una prospettiva soggettiva del suo vissuto. Nel 2004 Nasser subisce un incidente grave sul lavoro, nella fabbrica in cui lavorava come operaio con un contratto e con un regolare permesso di soggiorno:

Una mattina mi hanno chiamato presto, verso le cinque e mezza. Avevo il telefonino sempre acceso perché se succedevano problemi sulla linea di produzione, mi chiamavano. Sono andato perché c'era una macchina bloccata, l'ho aperta e mentre la stavo sbloccando la macchina è partita. Era difettosa. In un secondo mi aveva tagliato la mano sinistra. Ho messo l'altra mano davanti alla fotocellula per fermarla, ma questa macchina lavora con le cinghie e per bloccarsi ci mette un po'. È arrivato l'elicottero in azienda e non sapevano come fare, se tagliare sul posto o no, allora l'elicottero è tornato indietro e ha portato il medico, che ha fatto l'intervento sul posto. Hanno tagliato sul posto e poi siamo andati all'ospedale, dove l'infermiera mi ha detto che avevo perso la mano (Nasser, 45 anni, Egitto).

Il decorso medico di Nasser procede senza particolari ostacoli. Dopo una quarantina di giorni dal primo intervento di soccorso, attraverso l'Inail entrerà in contatto con un centro di Bologna specializzato in protesi meccaniche, farà fisioterapia e ristabilirà un uso soddisfacente dell'arto amputato. L'assistenza fornita dall'Asl e la riabilitazione saranno svolte con successo, con sensibilità e attenzione al suo caso, come Nasser stesso racconta:

Con il servizio sanitario italiano mi sono trovato benissimo. Mi hanno trattato benissimo. Mi sono stati vicini. Quando mi sono rivolto all'Asl per la terapia, hanno dato a me la precedenza, sono passato davanti a tante persone, quando hanno saputo del mio caso (Nasser, 45 anni, Egitto).

Il vissuto di Nasser è in linea con le esperienze raccolte da un'indagine condotta recentemente dalla Fondazione Ismu³⁰, che ha ripercorso le tappe delle storie di cura di stranieri infortunati sul lavoro e ne ha indagato la percezione degli esiti medici e legali. La ricerca indica come la maggioranza degli infortunati abbia espresso un buon grado di soddisfazione per i servizi offerti dall'Asl e dagli ospedali. Il sistema sanitario italiano nel suo com-

³⁰ R. Bichi e R. Bracalenti, *Il lavoro che ferisce*, cit.

plesso si mostra, nella percezione degli intervistati, così come nell'esperienza di Nasser, aperto e ricettivo, capace di tutelare la salute dei lavoratori stranieri, con attenzione alla specificità dei singoli casi, ma al tempo stesso in condizioni di uguaglianza rispetto al resto della popolazione.

Parallelamente, l'iter medico-legale di Nasser fa il suo corso. La procedura parte con la denuncia dell'incidente. Nel caso di Nasser l'azienda si dimostra collaborativa. La responsabilità del mal funzionamento della macchina che aveva causato l'incidente, viene fatto risalire alla ditta fornitrice del macchinario. Nasser avvia così le pratiche di valutazione del grado di invalidità subita. Si tratta però di un processo in cui il punteggio di invalidità verrà rinegoziato «a tappe»:

All'inizio mi hanno dato 40/100 punti di invalidità. Poi però ho parlato con delle persone che mi hanno consigliato di prendere un avvocato. Così una collega mi ha aiutato a cercarne uno, che ha preso la situazione in mano ed è andato avanti con gli avvocati dell'azienda. Hanno riaperto la mia pratica e ho fatto un altro controllo da un medico legale per recuperare tre punti. Poi la cosa è andata ancora avanti, per anni. [...] Dopo un po' di tempo, sono andato all'Inail per chiedere un certificato di invalidità. Solo che quella volta, la signora che seguiva il mio caso ha stampato per sbaglio il certificato di un'altra persona. Quando sono arrivato a casa mi sono reso conto che quel documento non era il mio. Era una richiesta con gli stessi motivi, per un caso identico al mio. Ho visto però che nel suo documento aveva un'invalidità al 50%, mentre io l'avevo al 43%. Quando sono tornato all'Inail per prendere la copia del mio certificato, questa signora ha confrontato i due casi e mi ha aiutato a fare una richiesta per un'altra visita. Hanno mandato tutta la mia documentazione dal dottore, che mi ha detto che avevo diritto a prendere 50 punti. È andata proprio così, come te l'ho raccontato: per caso. Allora hanno calcolato la differenza dal 43 al 50%, anche per il tempo che era passato, per gli anni precedenti (Nasser, 45 anni, Egitto).

La dimensione burocratica e amministrativa è quella che nel caso di Nasser, ma anche di tanti altri individui in situazioni analoghe, presenta maggiori problemi, come la mancanza di orientamento e di informazioni, la laboriosità delle procedure, la difficoltà di stabilire un dialogo con i vari uffici e attori coinvolti nell'iter medico-legale.

Quella lavorativa è una sfera altrettanto importante nella fase di riabilitazione dei pazienti, che però presenta notevoli difficoltà e ostacoli. Gli orari di lavoro sono spesso troppo lunghi per chi è in carrozzina, con i relativi rischi di piaghe da decubito, o troppo scomodi per chi deve recarsi presto al lavoro e necessita di diverse ore di preparazione. In molti posti di lavoro, poi, ci sono ancora numerose barriere architettoniche, che rendono spesso inaccessibili i servizi, come la mensa o i bagni. Tuttavia, come racconta l'assistente sociale dell'Unità Spinale del Cto di Torino, «tornare al lavoro è fondamentale per recuperare un'identità e un ruolo nella società e nella famiglia. La rendita Inail o l'accompagnamento all'invalidità corrispondono spesso allo stipendio prima dell'incidente, spesso già basso perché in ambiti

professionali non qualificati. Alcuni, tuttavia, preferiscono rinunciare a questa rendita, per tornare a lavorare». Questa è stata, infatti, la scelta di Nasser, che sceglierà di riprendere il lavoro dopo appena tre mesi dall'incidente:

Mi dicevano che potevo stare anche un anno senza lavorare, che avrebbe fatto lo stesso, non c'era problema. Ma la testa scoppiava di pensieri, avevo bisogno di tornare a lavorare. Potevo stare a casa anche un anno, e guadagnare lo stesso senza lavorare, perché il mio era un caso grave. Però io a casa mi sentivo pesante, con la testa piena di pensieri. Pensavo: «Se invece vado al lavoro, almeno mi libero un po' dai pensieri». Allora mi hanno fatto firmare un foglio, che lo facevo sotto la mia responsabilità. Dopo tre mesi esatti, ero tornato al lavoro di nuovo. [...] Ora lavoro ai quadri elettrici, che sono tutti digitali, mentre se devo svolgere un compito che non riesco, lo spiego a qualcuno e lui lo fa. Dopo l'incidente ho anche continuato ad andare all'estero (Nasser, 45 anni, Egitto).

La condizione psico-sociale degli invalidi permanenti è, infine, altrettanto importante nella fase di riabilitazione e di ricostruzione di un nuovo equilibrio in seguito all'incidente. Uno dei problemi ricorrenti è la solitudine e l'isolamento, condizione che riguarda soprattutto gli stranieri che non hanno parenti in Italia. Oltre un infortunato straniero su cinque (21,5%) non ha nessun familiare in Italia³¹. In questi casi l'urgenza di ricongiungere i familiari in Italia è dettata sia dall'esigenza del paziente di ricevere assistenza domiciliare fin dal momento del congedo ospedaliero, sia dai rischi psicologici associati al trauma fisico. In virtù della funzione centrale che la famiglia può svolgere nel processo riabilitativo, il ricongiungimento dei familiari viene incoraggiato e sostenuto dalle strutture mediche stesse, in collaborazione con altre istituzioni, come racconta un'assistente sociale dell'Unità Spinale del Cto di Torino e come è avvenuto nel caso di Nasser:

In genere ci mobilitiamo per fare venire in Italia i parenti dal paese di origine. Si fanno relazioni dettagliate sul fatto che c'è bisogno di una presenza, anche solo dal punto di vista psicologico. Entriamo in contatto con consolati e ambasciate per farli venire (Assistente sociale Cto e Unità Spinale).

Quando è avvenuto l'incidente ero solo qua, la mia famiglia era giù. Sono stato quasi un mese in ospedale, poi mi dicevano di non tornare a casa, di stare in ospedale finché non arrivava qualcuno della famiglia. Mi hanno molto aiutato. [...] Quando è successo l'incidente ero sposato da un anno. Io avevo anche già fatto la domanda di ricongiungimento familiare con mia moglie un anno prima, ma mancava ancora del tempo perché lei potesse arrivare. Così loro, quando sono uscito dall'ospedale, hanno accelerato la nostra richiesta di ricongiungimento e l'hanno fatta arrivare subito. L'assistente sociale ha mandato anche una lettera del Consolato italiano in Egitto per far passare prima mia moglie, così le hanno dato il passaporto entro una settimana. Poi ha fatto il biglietto e dopo cinque giorni che sono uscito dall'ospedale, mia moglie è arrivata dall'Egitto (Nasser, 45 anni, Egitto).

³¹ *Ibidem*, p. 58.

Dopo il ricongiungimento della moglie nascerà il primo figlio, che assumerà un ruolo fondamentale nell'accettazione e nella ricostruzione simbolica del suo incidente:

Nel maggio 7 maggio 2004 avevo avuto l'incidente. Lo stesso giorno e lo stesso mese del 2005, esattamente un anno dopo, è nato il primo figlio. Così è una bella cosa, fare il compleanno di mio figlio nel giorno dell'infortunio. Ho preso questo infortunio come un destino: mi ha preso l'avambraccio, avrebbe potuto prendere me tutto, invece dopo un anno esatto mi ha dato un uomo completo. Cosa volevo di più, è arrivato il destino. È stato proprio un destino, sono andato avanti meglio di prima (Nasser, 45 anni, Egitto).

Il caso di Nasser può essere considerato una storia di successo del nostro sistema sanitario e dell'integrazione di quest'ultimo con l'assistenza sociale più in generale. Nel caso in specie, Nasser non solo ha ricevuto delle cure adeguate, che gli hanno permesso di tornare al lavoro quanto prima e, più in generale, di riappropriarsi della sua vita, ma che gli hanno anche consentito di riavvicinarsi in breve tempo alla moglie, passo fondamentale nel suo processo di recupero.

4. *Le malattie professionali: un fenomeno che fatica ad emergere*

Per malattia professionale si intende «una patologia la cui causa agisce lentamente e progressivamente sull'organismo»³². Nella malattia professionale – a differenza dall'incidente, in cui l'evento scatenante è improvviso e violento – le cause sono lente e diluite nel tempo. Inoltre, nella malattia professionale la causa deve essere «diretta ed efficiente», cioè in grado di produrre l'infermità in modo esclusivo o prevalente. Per le malattie professionali, quindi, non basta l'occasione di lavoro, come per gli infortuni, cioè un rapporto anche mediato o indiretto con il rischio lavorativo, ma deve esistere un rapporto causale, o concausale, diretto tra il rischio professionale e la malattia (si veda il box 4 sull'iter di denuncia delle malattie professionali).

Mentre i lavoratori immigrati infortunati sul lavoro sono aumentati all'incirca con gli stessi ritmi della crescita della manodopera straniera, e si sono assestati a seguito della congiuntura economica, quello delle malattie professionali è un fenomeno nettamente più lento, soprattutto per effetto del periodo di latenza talvolta pluriennale di queste patologie. Mentre all'inizio degli anni Duemila le malattie professionali che avevano colpito lavoratori stranieri in provincia di Torino erano sostanzialmente casi isolati, nell'ultimo quinquennio si sono attestate intorno ai 100 casi annui ed hanno cominciato

³² Inail, *Malattie professionali. Indirizzi operativi per l'emersione e la prevenzione*, Inail, Azienda Ulss 12 Veneziana, 2013, p. 17.

ad aumentare, anche se a livelli nettamente inferiori rispetto a quelle infortunistiche, arrivando solo nel 2012 a superare per la prima volta il 10% del totale di quelle denunciate in provincia di Torino³³.

Come nel caso degli incidenti sul lavoro, anche il numero delle malattie professionali denunciate presso l'Inail sembra essere largamente sottodimensionato³⁴. In questo caso vi è un problema di mancata notifica causato, a differenza degli incidenti sul lavoro, dai lunghi periodi di latenza di alcune patologie, che tendono cioè a manifestarsi anche dopo numerosi anni³⁵. A causa della distanza temporale, a volte notevole, tra l'esposizione al rischio e la manifestazione della patologia, le pratiche di denuncia delle malattie professionali sono nettamente più complesse di quelle di infortunio. Spesso il loro completamento avviene solo dopo diversi anni e la maggior parte di questi casi si conclude senza che sia stato possibile riconoscere le malattie come di effettiva origine professionale. Anche per le malattie professionali, l'incidenza dei casi respinti è infatti maggiore tra i lavoratori stranieri che tra gli italiani, ma con un divario nettamente più ampio rispetto a quanto rilevato a proposito degli infortuni (82% rispetto al 64%)³⁶. La responsabilità del basso riconoscimento delle malattie professionali è da attribuire in particolare alla difficoltà di dimostrarne il nesso causale con l'attività lavorativa svolta e alla scarsa conoscenza da parte dei medici di medicina generale delle possibili correlazioni tra i rischi presenti nell'ambito lavorativo e la molteplicità delle patologie che ne possono derivare. Secondo l'Anmil (Associazione nazionale dei mutilati e invalidi del lavoro) vi sono particolari difficoltà ad affrontare il riconoscimento del legame causale fra malattia ed esposizioni lavorative nelle patologie ad esposizione multifattoriale, causando un certo margine di incertezza e di ambiguità nel determinare le cause lavorative nell'insorgere della malattia professionale. L'insorgere della malattia contratta per motivi di lavoro solo in alcuni casi può essere attribuita con certezza a una singola o a un insieme di specifiche cause lavorative, mentre può invece dipendere da numerosi fattori individuali, ambientali o di stili di vita concorrenti al concretizzarsi del danno.

La ricerca ha preso in considerazione due settori, molto diversi fra loro per tipo di mansioni svolte, contesto lavorativo e livello di formalità del settore, che registrano una forte presenza di manodopera straniera e che sono caratterizzati da alta intensità di lavoro e di sforzo fisico: quello dei tra-

³³ M. Maltana, M.L. Tomaciello e A. Congia, *Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro*, cit., p. 262.

³⁴ Senato della Repubblica, Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette «morti bianche», *Relazione intermedia sull'attività svolta*, Relatore sen. Oreste Tofani, Approvata dalla Commissione nella seduta del 7 ottobre 2009, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis n. 1, p. XXX.

³⁵ M. Maltana, M.L. Tomaciello e A. Congia, *Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro*, cit., p. 263.

³⁶ Inail, Direzione Regionale Piemonte, 2012.

sporti e quello dell'assistenza agli anziani. In entrambi i settori, la malattia muscolo-scheletrica – il mal di schiena – emerge come patologia altamente ricorrente, seppur talvolta difficile da comprovare, denunciare e vedere riconosciuta come malattia professionale. Si tratta di una delle patologie occupazionali complessivamente più ricorrenti, seppur con livelli di gravità variabili, fra gli stranieri, fra i quali rappresenta quasi il 54% del totale delle malattie professionali³⁷ e che secondo i dati Istat³⁸ riguarda in modo molto più accentuato i cittadini stranieri (42,1%) rispetto agli italiani (28,5%). Questo tipo di esito patologico è indubbiamente legato alle condizioni logoranti e di insicurezza che spesso caratterizzano il lavoro degli stranieri, va però anche considerato dal punto di vista strettamente epidemiologico che, essendo la migrazione di lavoro un fenomeno relativamente recente, tra i lavoratori stranieri prevalgono soprattutto patologie con tempi di latenza più brevi rispetto ad altre patologie, come i tumori professionali.

Dalla testimonianza di Carlos, lavoratore peruviano giunto in Italia dal 2002 e impiegato dal 2005 nel settore del trasporto e della logistica presso l'aeroporto di Torino, emerge come la maggior parte degli addetti della cooperativa per cui lavora, all'80% composta da stranieri e da peruviani in particolare, soffra di dolori alla schiena prodotti dallo sforzo fisico costante e sia soggetta a ripetuti episodi infortunistici:

Siamo operatori piazzale, facciamo carico-scarico delle aeromobili manualmente. E poi facciamo la movimentazione per scarico, con nastrini, trattorini o carretti. Ci occupiamo anche del settore merci, lavoriamo con i carrelli elevatori. Gli incidenti che accadono più spesso sono dovuti allo sforzo che si fa. Riguardano soprattutto la schiena. Quasi il 60-70% dei lavoratori soffrono di mal di schiena. Inizia con un principio di dolore, che poi improvvisamente blocca la schiena e non ti puoi più muovere (Carlos, 38 anni, Perù).

Una rappresentante della Cgil nel settore trasporti racconta come il sindacato incoraggi i lavoratori che soffrono di tecnopatie³⁹ a raccogliere la documentazione relativa al problema di salute occupazionale riscontrato, denunciando e documentando i singoli episodi infortunistici, arrivando così a costituire un dossier, una cartella che raccolga le evidenze dei singoli incidenti occorsi sul posto di lavoro. Sul piano operativo, l'istruttoria Inail dei casi di malattia professionale finalizzata alla verifica della sussistenza di nesso di causa-effetto tra attività lavorativa e patologia denunciata, verte infatti sull'accertamento medico-legale e sull'acquisizione di tutti gli elementi probanti relativi all'esposizione al rischio professionale. Questo accertamento

³⁷ M. Maltana, M.L. Tomaciello e A. Congia, *Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro*, cit., p. 291.

³⁸ Istat, *Salute e sicurezza sul lavoro*, Statistiche Report, Anno 2013, 2014, p. 262.

³⁹ Per tecnopatia si intende una malattia professionale dovuta all'azione nociva, lenta e protratta nel tempo di un fattore di rischio in ambito lavorativo.

si fonda su un'anamnesi lavorativa che è mirata ad approfondire ogni possibile fattore di rischio professionale della patologia denunciata attraverso l'individuazione di informazioni su precedenti episodi infortunistici o tecnopatici. Un'intervistata della Cgil mette in evidenza come la malattia professionale possa essere più facilmente identificata e dunque riconosciuta proprio in quanto esito di vari infortuni.

Quello che il nostro Inca consiglia sempre ai lavoratori è di aprire la denuncia di vari infortuni in uno dei patronati. Tenendo una cartella ordinata, se una persona apre 10-11 infortuni per la stessa cosa, è più facile che poi gli venga riconosciuta la malattia professionale. In questo modo il problema di salute connesso al lavoro è in qualche modo monitorato. In maniera diversa è molto difficile da dimostrare (rappresentante Filt Cgil Torino).

Il problema evidenziato, comune sia ai lavoratori italiani che a quelli stranieri, è che gli eventi infortunistici denunciati spesso non vengono accolti come tali e rischiano di essere riconosciuti come malattia ordinaria. In questa maniera la causa della patologia non viene ricondotta al lavoro svolto:

Quando ho avuto l'infortunio, sono stato visitato all'interno dell'aeroporto. Da lì hanno trasmesso tutto al computer all'Inail. Loro mi hanno dato solo un appuntamento per presentarmi per il controllo. Mi ricordo che avevo male alla schiena, mi sono bloccato mentre ero in stiva, ma non mi hanno riconosciuto l'evento come infortunio, ma solo come malattia. L'Inail non ha stimato questo problema come sufficientemente grave per essere un infortunio⁴⁰. Noi non siamo bene in grado di sapere cosa dobbiamo fare in questi casi. Dobbiamo arrivare a perdere un braccio perché l'infortunio venga riconosciuto? Non riusciamo a capire perché i nostri incidenti sul lavoro non vengano riconosciuti (Carlos, 38 anni, Perù).

Molto spesso l'Inail tenta di fare passare la malattia professionale come malattia *tout court*. Questo diventa un problema, perché se un infortunio slitta su una malattia comune pagata dall'Inps non è più infortunio e quindi non più legato alla malattia professionale. E questo è il grave rischio, perché molto spesso anche al pronto soccorso i medici fanno attenzione. Di solito quando i lavoratori si fanno male sono in aeroporto e in aeroporto abbiamo il pronto soccorso, quindi il primo che vede il lavoratore è il pronto soccorso dell'aeroporto che poi magari lo fa andare all'ospedale di Ciriè. Però, per esempio, i lavoratori non sanno che devono fare attenzione a cosa scrive il medico, perché se il medico scrive che è malattia e che la persona veniva da casa già con il mal di schiena e non scrive che si è fatto uno strappo al lavoro, non è più infortunio e barra la casella della malattia e non dell'infortunio. E ne abbiamo ripresi in mano tanti di certificati scritti in quel modo. Lì è intervenuto l'Inca, segnalando l'errore (rappresentante Filt Cgil Torino).

⁴⁰ I giorni di inabilità temporanea assoluta al lavoro devono essere superiori a 3, affinché si possa depositare la denuncia presso l'Inail.

Mentre il settore dei trasporti ha un alto livello di inquadramento contrattuale e di regolamentazione delle mansioni svolte, soprattutto in contesti – come quello aeroportuale – in cui gli standard di sicurezza e i controlli sono molto elevati, le condizioni di impiego e di lavoro nell'assistenza socio-sanitaria sono molto diverse. Questo settore è divenuto nell'ultimo decennio la principale area di occupazione delle donne immigrate in Italia: più di una donna straniera su due (51,3%) nel 2011 risultava impiegata come collaboratrice domestica o assistente familiare⁴¹. Nello stesso anno su un totale di 881.702 lavoratori domestici, oltre l'80% erano stranieri (Fondazione Leone Moressa su dati Inps). Si tratta di un settore in cui, più che in altri, il concomitante interesse del datore di lavoro – le famiglie – e dell'assistente familiare rendono più frequente il ricorso al lavoro nero: secondo recenti stime prodotte dall'Ufficio nazionale di statistica⁴², circa la metà dell'assistenza alle famiglie negli ultimi dieci anni è stata eseguita in modo irregolare.

Dal punto di vista della salute occupazionale, le assistenti socio-sanitarie operano in contesti familiari che spesso non sono attrezzati per la gestione degli allettati. Gli sforzi prolungati, e non gestiti attraverso strumenti formativi adeguati, possono essere dannosi per la salute dei lavoratori. Il mal di schiena è la patologia più diffusa anche fra le assistenti familiari, fra le quali, secondo uno studio del Censis⁴³, ne soffre il 61,3%. Le interviste svolte nell'ambito della ricerca LDF con le Associazioni Asai⁴⁴ e Alma Mater⁴⁵ che operano a supporto delle lavoratrici nel settore della cura, hanno portato l'attenzione su questo problema:

Quello del mal di schiena è un grosso problema, lo sforzo di sollevare il malato dal letto alla carrozzina, gli spostamenti, ecc. Questo vale anche per gli Oss (operatori socio-sanitari): nelle case di riposo hanno l'ernia del disco, lo schiacciamento delle vertebre, il mal di schiena cronico. Tanto che alcune dicono: «Sì, lavoro, ma non per un anziano che sia da sollevare, perché non ce la faccio» (responsabile Asai Sportello lavoro).

Molte volte queste persone si trovano con ernie del disco o situazioni che le portano a ricorrere ad un intervento chirurgico, oppure anche a perdere il lavoro, per il fatto di non poter continuare a lavorare (Gruppo Lavoro, Alma Mater).

Mentre nel 45% dei casi l'insorgenza dei sintomi è improvvisa e viene fatta risalire ad un episodio traumatico, nei rimanenti casi l'esordio è silen-

⁴¹ Cnel, *Il ruolo degli immigrati nel mercato del lavoro italiano*, cit.

⁴² Istat, *La misura dell'occupazione irregolare nelle stime di contabilità nazionale*, 2011, www.istat.it/it/archivio/39522.

⁴³ Censis, *Percorsi di prevenzione per la messa in sicurezza dei lavoratori domestici*, 2009, p. 64.

⁴⁴ <http://www.asai.it/sportellolavoro>.

⁴⁵ <http://www.almaterratorino.org/it/home>.

zioso e latente⁴⁶ e può quindi assumere le caratteristiche della malattia professionale, cioè di un «evento dannoso alla persona che si manifesta in maniera lenta, graduale e progressiva, involontaria, e in occasione del lavoro». Anche in questo settore mal di schiena e dolore correlato al prolungato sforzo fisico rimangono, tuttavia, molto difficili da documentare come malattie professionali. Trattandosi di rapporti di lavoro discontinui, dal punto di vista medico-legale è infatti più complicato per le assistenti socio-sanitarie ricostruire un periodo di esposizione al rischio sufficientemente lungo, tale da poter essere associato al disturbo evidenziato.

Anni fa avevamo pensato di fare un'indagine con Alma terra, facendo portare alle lavoratrici le loro lastre, per avere dei riscontri... Perché non c'è niente di scientifico, al di là del sentirti dire: «Ho mal di schiena». Devi avere dei dati se vuoi fare un'indagine seria sul rischio professionale [...] L'obiezione che ci facevano i medici legali è: «Qual è la loro condizione della colonna prima di lavorare come badanti?». Il fatto è che non ne sappiamo niente (responsabile Asai Sportello Lavoro).

5. *Lo stress correlato al lavoro: «burn out» e lavoro domestico*

Numerosi studi sul lavoro domestico⁴⁷ hanno messo in luce negli ultimi anni una serie di vulnerabilità specifiche associate a questo lavoro⁴⁸ e alle condizioni di impiego e di vita che esso implica, soprattutto nella modalità co-residenziale. Coloro che lavorano e vivono presso la persona assistita spesso si occupano di una persona anziana o non autonoma, con vari gradi di disabilità fisiche o mentali, o con problemi cognitivi⁴⁹. Si tratta di un lavoro fisicamente pesante ed emotivamente impegnativo. Questa modalità di assistenza familiare comporta inoltre una forte promiscuità tra lavoro e vita personale, mancanza di privacy, condizioni di alloggio non adeguate, e

⁴⁶ M. Giovannone e S. Spattini, *Lavoro in ambiente domestico, telelavoro e lavoro a progetto: linee guida e buone prassi per la prevenzione dai rischi, anche in chiave comparata, alla luce della riforma del mercato del lavoro in Italia*, Progetto di ricerca finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Adapt, 2009, p. 307, http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/Documents/08_RAPPORTO_IT.pdf.

⁴⁷ Si veda M. Tognetti Bordogna, *La realtà delle badanti, criticità e prospettive nell'assistenza agli anziani*, in «Rassegna di servizio sociale», 1, 2006, pp. 43-56; G. Lazzarini, M. Santagati e L. Bollani, *Tra cura degli altri e cura di sé. Percorsi di inclusione lavorativa delle assistenti familiari*, Milano, Franco Angeli, 2007; G. Lazzarini e M. Santagati, *Anziani, famiglie e assistenti. Sviluppi del welfare locale tra invecchiamento e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008.

⁴⁸ A. Triandafyllidou (a cura di), *Irregular Migrants Domestic Workers in Europe. Who cares?*, Aldershot, Ashgate, 2013.

⁴⁹ S. Pasquinelli e G. Rusmini, *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Milano, Istituto per la ricerca sociale, 2008.

talvolta espone le donne al rischio di molestie o abusi sessuali⁵⁰. Inoltre la modalità in cui questa professione viene svolta trasforma facilmente il contesto di lavoro in un surrogato di famiglia per le lavoratrici di cura⁵¹, comportando rapporti asimmetrici, «quasi-familiari»⁵², dove la relazione professionale e i relativi diritti e obblighi reciproci spesso non sono formalizzati, né definiti in modo chiaro. I lavoratori domestici in co-residenza effettuano orari di lavoro prolungati e spesso devono rendersi disponibili anche fuori dagli orari stabiliti dagli accordi con i datori di lavoro⁵³. In alcuni casi, questi ultimi chiedono al lavoratore migrante di rinunciare al giorno di riposo venendo retribuito per le ore supplementari. Questa richiesta, che spesso viene assecondata dai lavoratori, può però anche generare stress psicologico e fisico⁵⁴. Studi di medicina del lavoro dimostrano che orari di lavoro prolungati e in fasce notturne e turni che prevedono una distribuzione irregolare delle ore di lavoro, hanno effetti negativi sulle condizioni psicologiche dei lavoratori⁵⁵.

Spesso i lavoratori domestici nella modalità co-residenziale sono implicitamente considerati come non aventi diritto a una vita familiare⁵⁶, nonostante oltre l'80% fra questi siano donne, molte delle quali in età fertile. Tuttavia, mentre il loro lavoro permette ai datori di lavoro di conciliare la cura dei parenti con l'attività professionale, queste lavoratrici spesso incontrano difficoltà nel conciliare a loro volta l'impiego svolto con l'avvio o il mantenimento della propria famiglia⁵⁷. A livello globale più di un terzo dei lavoratori domestici è escluso dalle norme di protezione sociale della maternità, come il congedo di maternità e l'integrazione del reddito durante il congedo. Inoltre la gravidanza può spesso comportare la perdita del posto di lavoro per le lavoratrici domestiche⁵⁸.

⁵⁰ Agenzia europea dei diritti fondamentali, *Migrants in an Irregular Situation Employed in Domestic Work: Fundamental Rights Challenges for the European Union and its Member States*, Luxemburg, Publications Office of the European Union, 2011.

⁵¹ A. Triandafyllidou (a cura di), *Irregular Migrants Domestic Workers in Europe*, cit.

⁵² M. Romero, *Maid in the USA*, New York, Routledge, 1992.

⁵³ Organizzazione internazionale del lavoro (OIL), *Decent Work for Domestic Workers*, International Labour Conference, 100th Session, Report IV(1), Geneva, International Labour Office, 2011; E.G. Rodriguez, *The «Hidden Side» of the New Economy. On Transnational Migration, Domestic Work and Unprecedented Intimacy*, in «Frontiers», vol. 28, 2007, n. 3, pp. 60-83.

⁵⁴ Agenzia europea dei diritti fondamentali, *Migrants in an Irregular Situation Employed in Domestic Work*, cit., p. 28.

⁵⁵ P. Tucker e S. Folkard, *Work Scheduling*, in *The Handbook of Operator Fatigue*, a cura di G. Matthews, P.A. Desmond e P.A. Hancock, Burlington, Ashgate, 2012.

⁵⁶ A. Triandafyllidou (a cura di), *Irregular Migrants Domestic Workers in Europe*, cit.

⁵⁷ OIL, *Domestic Workers across the World: Global and Regional Statistics and the Extent of Legal Protection*, Geneva, International Labour Office, 2013.

⁵⁸ OIL, *Domestic Workers across the World: Global and Regional Statistics and the Extent of Legal Protection*, Geneva, International Labour Office, 2010.

Nella maggioranza dei casi le lavoratrici che lavorano nell'assistenza familiare di persone anziane o disabili sono le immigrate neo arrivate. Queste spesso non hanno documenti regolari di soggiorno o hanno uno status giuridico precario, hanno network deboli e un accesso limitato alle informazioni sui propri diritti, sulle strutture e sui servizi di integrazione⁵⁹. Inoltre, molte di loro sono giunte in Italia per provvedere al mantenimento agli studi dei figli rimasti nel paese di origine. La necessità di trovare rapidamente impiego in Italia, al fine di mandare soldi alla famiglia lasciata alle spalle, è un ulteriore elemento di pressione psicologica sulle donne, mentre la loro condizione di precarietà giuridica, economica e sociale e il loro debole potere contrattuale le rende più propense ad essere impiegate in questo segmento del lavoro assistenziale e ad accettarne le condizioni sfavorevoli. Il fatto di avere legami deboli, esperienza professionale limitata nel settore e scarse competenze linguistiche, impedisce alle lavoratrici domestiche straniere di acquisire adeguate conoscenze sui servizi di assistenza domiciliare agli anziani, sulle norme e sui diritti sociali e del lavoro relative a questa professione e le rende particolarmente vulnerabili ad abusi.

Anche in seguito a processi di regolarizzazione e mobilità ascendente dei lavoratori domestici migranti in Italia, all'ottenimento di un lavoro con un contratto regolare non corrisponde necessariamente un miglioramento significativo delle condizioni di lavoro. I contenuti e le modalità di lavoro sono negoziate all'interno del nucleo familiare e il rapporto fra il datore di lavoro e l'assistente familiare tende a rimanere asimmetrico. La situazione permanente di insicurezza derivante da lavori precari, o dalla condizione giuridica irregolare, infatti, può generare stress e paura di essere licenziate o espulse.

Tutti questi elementi incidono sulla salute fisica e mentale di coloro che svolgono questa professione. Tuttavia, nonostante il numero crescente e il ruolo fondamentale svolto dai lavoratori stranieri in questo settore dalle caratteristiche peculiari, esiste ancora una scarsa letteratura che guardi alle modalità in cui la salute di questi operatori sia legata al lavoro e alle loro condizioni di vita e ai percorsi di accesso alle cure sanitarie.

In particolare il *burn out*⁶⁰ è emerso negli ultimi anni come la malat-

⁵⁹ Si veda E. Castagnone, E. Salis e V. Premazzi, *Promoting Integration for Migrant Domestic Workers in Italy*, International Migration Papers n. 115, International Migration Programme, Geneva, International Labour Office, 2013; M. Ambrosini, *Dentro il welfare invisibile: Aiutanti domiciliari immigrate e assistenza agli anziani*, in «Studi emigrazione», n. 159, 2005, pp. 561-595.

⁶⁰ Il termine *burn out* fu coniato per la prima volta negli Usa da Herbert Freudenberger che nel 1974 definì la sindrome come «quadro sintomatologico individuato in operatori di servizi particolarmente esposti agli stress conseguenti al rapporto diretto e continuativo con una utenza disagiata». Successivamente, Maslach nel 1976 descrisse il *burn out* come una malattia professionale specifica degli operatori dell'aiuto, che colpisce soprattutto quelli più mo-

tia occupazionale per eccellenza dei lavoratori domestici. Negli ultimi anni molti ricercatori hanno attribuito alla sindrome diversi significati che possono essere però sintetizzati in un'unica definizione del *burn out* come insieme di sintomi che testimoniano l'evenienza di una patologia del comportamento, tipica di tutte le professioni ad elevato investimento relazionale.

Il *burn out* ha elementi in comune con numerose malattie di natura depressiva legate allo stress lavoro correlato, tuttavia si configura come un fenomeno con caratteristiche specifiche. La più importante è che si verifica tra le professioni legate alla cura (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, assistenti familiari), lavori caratterizzati da una dimensione di aiuto, da un intenso contatto, e che si basano soprattutto sulle competenze relazionali⁶¹. Ulteriori cause di *burn out* sono legate agli orari e all'organizzazione del lavoro, alle relazioni interpersonali con gli utenti assistiti e con i loro parenti. La maggior parte degli studi si sono tuttavia concentrati sulla categoria professionale degli infermieri, studiando gli effetti dannosi del *burn out* sugli individui e sulle istituzioni nel settore sanitario, tralasciando quasi del tutto la categoria delle assistenti famigliari. In quest'ultimo settore il *burn out* è un fenomeno ancora poco conosciuto, che ancora non rientra negli schemi della responsabilità giuridica del datore di lavoro per il risarcimento del danno occorso al lavoratore sul luogo di lavoro, anche se sta assumendo progressiva rilevanza in ambito sociologico e in ambito medico⁶². Se ad alcune condizioni lavorative si possono associare specifiche cause di disagio psichico, in generale il confine tra patologia professionale e disturbo comune, per tali disturbi, è poco netto e di difficile diagnosi. Le denunce di tali malattie pervenute all'Inail nel 2011 si aggirano sui 600 casi, con percentuali di indennizzo inferiori al 10%. Queste sono state relative soprattutto a «disturbi dell'adattamento cronico» e a «disturbi post traumatici da stress lavoro correlato», più comunemente noti come *mobbing*⁶³. La percentuale di indennizzo di questa categoria di malattie professionali è bassa, perché si tratta di pratiche difficili da verificare nell'accertamento della malattia professionale.

Al fine di evidenziare alcuni dei nodi di accesso alla salute in questo settore e in relazione a questa specifica patologia professionale, verrà qui riportato il caso di Irina, una donna romena arrivata in Italia nel 2002 per una breve sostituzione come badante, e poi rimasta in Italia fino ad oggi. L'espe-

tivati e con aspettative maggiori riguardo al lavoro. Si veda Ispesl, *Stress & Burnout: come riconoscere i sintomi e prevenire il rischio. Guida per operatori sanitari*, Roma, Dipartimento di Medicina del Lavoro, Centro Ricerche di Monte Porzio Catone, 2008, p. 11.

⁶¹ S. Ferrua e M. Giovannone (a cura di), *Salute e sicurezza dei lavoratori: il caso dei servizi sanitari di assistenza alla persona*, Modena, Dossier Adapt n. 12, 2009, p. 6.

⁶² M. Giovannone e S. Spattini, *Lavoro in ambiente domestico, telelavoro e lavoro a progetto*, cit., p. 275.

⁶³ Inail, *Rapporto annuale 2011*, parte IV, 2012, p. 27.

rienza di Irina è unica e come tale non è rappresentativa dei lavoratori domestici che soffrono di problemi psicologici nella loro globalità, le cui storie rimangono perlopiù sommerse e difficilmente hanno come esito un percorso di accesso alla cura. Tuttavia il suo caso può mettere in luce alcuni spunti rilevanti sulla genesi, il processo di riconoscimento e di trattamento del disagio psicologico legato alla condizione di lavoratrice nel settore dell'assistenza familiare. Irina comincia così il suo racconto, mettendo in evidenza due aspetti della sua esperienza al momento dell'arrivo in Italia: la solitudine nel paese di immigrazione e l'isolamento sociale vissuto a causa del lavoro, da un lato, e il rapporto servile che si stabilisce nei confronti della persona assistita e che impone una relazione di potere asimmetrica:

Quando sono arrivata in Italia, mi sono trovata in un ambiente totalmente sconosciuto, con regole completamente diverse, senza nessun legame. Si viene a lavorare [come assistente familiare] per una persona, che non ti vede come una persona, ma come uno strumento per fare i comodi suoi. Questo accade spesso. È un lavoro in cui tu comunque sei in una situazione servile. [L'anziano] ti considera quasi come un oggetto quando sei in casa. Ricordo che una volta stavo lavorando per questa vecchietta. Lei urlava ordini e mi insultava. Mi umiliava in tutti i modi. È stato pesante. Anche se non hai molte cose da fare in casa, diventa pesante se sei senza contatti, con tutti i legami sociali tagliati. Sei chiuso con un vecchio in casa, e in più sei totalmente a sua disposizione (Irina, 36 anni, Romania).

Come sostiene Alina, un'altra assistente domiciliare intervistata in questa ricerca, lo stress da lavoro non presenta sintomi evidenti e il problema del suo riconoscimento riguarda sia le lavoratrici stesse, sia le istituzioni medico-legali e sanitarie.

Ci sono malattie che sono osservabili e altre no. Lo stress non è rilevabile. [...] Voglio parlare delle cose nascoste, che non sono visibili. Quando uno cade, è osservabile, l'incidente ed i suoi effetti, il dolore alla schiena. Ma credo che l'attenzione debba essere concentrata oltre che su questo aspetto, su ciò che non è visibile. È necessario parlare dello stress correlato al lavoro (Alina, 45 anni, Romania).

La presa in carico del *burn out* è anzitutto vincolata al riconoscimento del disagio psicologico in quanto tale, ma anche alla sua accettazione, al superamento dei pregiudizi sociali e culturali ad esso legati, alla consapevolezza della necessità di chiedere aiuto e di farsi curare, all'accettabilità del trattamento di sostegno psicologico, in termini morali, culturali e sociali. Come già accennato dalla ricerca svolta da LDF nel 2011⁶⁴, per molte culture la malattia mentale non esiste in quanto tale, o è definita solo in presenza di condizioni molto gravi, mentre il disagio psicologico tende a rien-

⁶⁴ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit.

trare più facilmente nell'ordine della normalità, che in quello della patologia, e ad essere medicalizzato meno spesso di quanto non avvenga nel contesto italiano. Per questa ragione i problemi di salute mentale sono facilmente stigmatizzati tra le popolazioni migranti. Ciò rende ancora più difficile identificarle e affrontarle, anche quando sono di lieve intensità. Soffrire di una patologia psichiatrica è considerato da molte assistenti familiari un fatto scabroso e socialmente inaccettabile.

Non avevo né la forza, né la cultura di andare ai servizi [di salute mentale]. Penso che sia una questione culturale. Perché noi romeni andiamo dal medico quando stiamo davvero male. Non c'è la cultura della prevenzione. Non mi andava di andare e dire che sono pazza, o che so... (Irina, 36 anni, Romania).

Di conseguenza, l'accesso alle cure sanitarie in questo settore necessita di specifici strumenti culturali. Come riportato da una mediatrice dell'Associazione Mamre, centro di etno-psichiatria e psicoterapia, spesso i migranti non hanno una cultura di base che permetta di riconoscere le proprie emozioni, di dare loro un nome, e di costruire un percorso di analisi.

Una volta che una persona riesce ad arrivare a Mamre, ad entrare in contatto con la realtà del lavoro psicologico, e che si rende conto che tutto questo lavoro si basa sulla parola, è una sorpresa, non è facile. Dipende da dove viene ciascuno, ma comunque lo straniero è abbastanza diffidente. Non sanno riconoscere le emozioni, non sanno lavorare con quella parte lì. Non è che non lo vogliono, è che non ne sono capaci. Non sanno nominarla. Quindi è difficile all'inizio. Ma poi piano piano, strada facendo, si accorgono che è straordinario avere uno spazio dove poter sbloccarsi, poter parlare. Non sapevano che fosse possibile che questo tipo di lavoro permetta di mettere in ordine tutto ciò che riguarda il loro io. Dopodiché ci sono anche tante persone con cui non si riesce a fare niente, perché rimangono in superficie e così non riesci a raggiungerle, perché è anche molto doloroso, è un lavoro. Ci sono persone che si rifiutano. Hanno difficoltà grossissime (mediatrice Mamre, Romania).

Inoltre, per coloro che sono arrivati recentemente in Italia, che si trovano in una situazione irregolare e che hanno reti deboli nel contesto di arrivo, vi è un accesso limitato alle informazioni, la paura di essere denunciati e di perdere il lavoro. Nonostante esistano servizi accessibili anche ai migranti senza permesso di soggiorno, gli irregolari nella maggior parte dei casi non hanno gli strumenti per chiedere aiuto e indicazioni su dove trovare i servizi adeguati e spesso non sono a conoscenza dei servizi disponibili. Di conseguenza, non riescono a mettersi nelle condizioni di affrontare il problema di salute, e così spesso finiscono per ricorrere ad altri sistemi, come l'autoprescrizione, o per rivolgersi in farmacia, come è successo nel caso di Irina:

Dopo 8 mesi dalla signora per cui lavoravo ho avuto il primo attacco di panico. Perlomeno me ne rendo conto adesso, dopo aver fatto un percorso di cura. Stavo malissimo. Ero anche clandestina. C'era una mia amica, sono andata in farmacia, ho detto: «Sto male, malissimo» e mi hanno dato un antidepressivo leggero. Praticamente mi ha passato un antidepressivo. Avevo paura, per un po' prendevo metà di quella pastiglia, per paura di combinare casini (Irina, 36 anni, Romania).

Irina viene a conoscenza della sua depressione e del trauma psicologico causato dal lavoro e dalle condizioni di vita del periodo in cui lavorava come assistente familiare, solo qualche anno più tardi. Qualche anno dopo aver lasciato il lavoro domestico, l'accesso a un percorso di trattamento psicologico avverrà attraverso canali non medici. Irina inizierà una terapia psicologica individuale nella cooperativa in cui era impiegata, dove entrerà in contatto con una psicologa, che la prenderà successivamente in cura nel suo studio privato:

Ho affrontato il mio problema anni dopo. Il mio disagio psicologico è venuto fuori mentre stavo lavorando in una cooperativa sociale, tre anni fa. Con il nostro lavoro, c'erano molte tensioni in équipe, e allora davamo di testa tutti quanti. Così hanno portato una psicologa che facesse una supervisione del nostro gruppo di lavoro. Lì ho iniziato così a fare anche un percorso individuale, in questo modo me lo sono potuto permettere, perché gli psicologi costano. Alla cooperativa era un percorso funzionale al lavoro che svolgevamo, ma poi è diventato anche un percorso individuale, che è durato quasi due anni. Poi la psicologa è andata via dalla cooperativa, si è fatta il suo studio privato e io sono andata lì, perché ormai non potevo più cambiare terapeuta, altrimenti avrei dovuto iniziare tutto da capo (Irina, 36 anni, Romania).

In caso di malattie gravi, che richiedono l'accesso a un aiuto psichiatrico e la prescrizione di psicofarmaci, o in caso di aggravamento del disagio mentale, il sostegno psicologico non è sufficiente. L'esperienza di Irina con il Csm (Centro di salute mentale) del Sistema sanitario nazionale si è rivelata problematica, fin dal momento del suo primo accesso, come lei stessa racconta. Tuttavia rivolgersi a uno specialista privato in alternativa al servizio pubblico è spesso considerato economicamente non accessibile:

Quello era proprio un momento brutto per me. Ero rimasta senza soldi, senza lavoro. Da un giorno all'altro mi sono trovata senza far niente. Dalla vita caotica che avevo, mi sono trovata senza lavoro. Sono andata a chiedere un appuntamento al Csm. La persona che mi ha accolta al centro mi ha fatto alcune domande. Ho capito solo dopo che quello era un infermiere del Csm [e non un medico]. Mi ha detto: «Telefona giovedì, quando c'è il medico, noi riportiamo la scheda in riunione, poi quando c'è il medico ti farà un altro colloquio e vediamo se devi prendere qualcosa o no» (Irina, 36 anni, Romania).

La valutazione che Irina fa del servizio ricevuto dal Sistema sanitario nazionale non è positivo. Quando riesce finalmente a ottenere un appuntamento con un medico del Csm, non solo la seduta sarà inefficace, perché in ritardo rispetto alla fase acuta della depressione, ma anche per il modo in cui verrà condotta, come si spiegherà dopo. Irina rileva inoltre un uso inadeguato della mediazione culturale, che si verifica nel secondo contatto telefonico con il Csm. L'intervento della mediazione culturale viene fornito nel suo caso sulla base di una valutazione arbitraria – la nazionalità romena della paziente – e non su una effettiva necessità o utilità, né tantomeno sulla base di una richiesta esplicita dell'utente.

È già difficile contattare un medico per problemi di salute mentale. Ho telefonato al Csm e quando hanno capito che sono romena, mi hanno passato una romena che parlava l'italiano peggio di me. Le ho spiegato che avevo già parlato con un infermiere, che aveva scritto tutto quello che gli avevo detto su un foglio e che mi aveva detto di richiamare per un appuntamento quel giorno. Lei mi dice che non avevo nessun appuntamento col medico. Mi risponde che l'infermiere era andato in vacanza e non c'era nessun foglio. Mi sono incazzata. A quel punto gli ho detto: «Voi siete più pazzi di me. Ciao!». Poi mi sono ripresa e sono tornata dalla mia psicologa per finire il mio percorso. È così, secondo me il Csm è un servizio inutile. È per quelli che sono veramente con grandi difficoltà. Io credo che solo l'1% di quelli che sono veramente malati riescono a essere curati dal Csm (Irina, 36 anni, Romania).

Una volta arrivata la data del colloquio clinico stabilito dal Csm, Irina si presenterà comunque, sperimentando lì un sistema pubblico con prestazioni di bassa qualità⁶⁵. Irina ritiene i servizi offerti dal Csm non accettabili né dal punto di vista culturale (in relazione all'uso inappropriato della mediazione culturale nel suo caso), né in termini professionali (cioè di qualità del servizio offerto, al momento dell'accesso presso il Csm e in relazione allo svolgimento della seduta con lo specialista).

Poi quando è arrivato il momento, sono andata all'appuntamento, perché non potevo dire «Adesso non vado più». Alla fine sono riuscita a ottenere l'appuntamento. Sono andata, però ero già fuori dal bisogno. Era una situazione imbarazzante. Mi veniva anche difficile dire tutto. Devi dire i fatti tuoi a una persona che non conosci. Una cosa è la mia psicologa che mi conosceva da un bel po', con la quale c'era un legame che si era creato con la psicoterapia. Invece qua mi sono trovata con una persona che mi vede per la prima volta, con il mio fogliettino in mano, e io che gli dicevo: «Questo, questo, quest'altro». Lui che ha preso il fogliettino e ha cominciato a leggere ad alta voce. Io mi sono sentita fuori luogo. Era im-

⁶⁵ Già studi precedenti hanno rilevato la difficoltà incontrata dai Csm nel fornire un servizio adeguato in termini quantitativi e qualitativi. Si veda a proposito I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit.

barazzante sentir leggere le cose che avevo scritto io. Anche il tono era [monotono]. È stato un momento molto imbarazzante (Irina, 36 anni, Romania).

Quello di Irina può essere ritenuto un caso positivo, dove avviene un processo di presa di coscienza del problema psicologico e dove l'incontro fra la domanda di salute e l'offerta di cura ha luogo e conduce a un percorso di successo, anche se con i dovuti limiti. Il sistema sanitario pubblico si rivela infatti inefficiente e inadeguato, agisce cioè tardi e male e non riesce a fidelizzarla come paziente. L'emersione del disagio psicologico e l'avvio al percorso di cura avviene inoltre, nel caso di Irina, tramite il sistema privato, dopo vari anni di interruzione del lavoro domestico, e in un contesto lavorativo molto diverso.

6. *Curarsi o lavorare? Quando il diritto alla salute confligge con il diritto al lavoro*

I problemi di salute generati nel contesto lavorativo non sono solo difficili da identificare, denunciare e riconoscere come tali, come discusso sopra, ma possono anche costituire una minaccia all'impiego in corso o rappresentare un ostacolo nell'accesso a futuri lavori. Le condizioni di salute di un lavoratore hanno un impatto sulla possibilità di essere assunti, e si può dire che abbiano un ruolo decisivo in particolare nel caso del lavoro domestico.

Al momento del reclutamento, per le famiglie che cercano un'assistente domiciliare, la lavoratrice ideale deve essere in possesso di determinate caratteristiche umane e professionali. Tra le qualità richieste, il lavoratore deve anche essere in buona salute e efficiente, psicologicamente sano e indenne da ogni tipo di cedimento⁶⁶. Già è stato detto degli sforzi fisici richiesti ai lavoratori in questo settore, spesso in assenza di supporti adeguati (solleventori) e in ambienti non attrezzati (i domicili degli assistiti). Se le capacità fisiche delle lavoratrici vengono meno, queste ultime perdono autonomia nello svolgere le mansioni più faticose e la loro efficienza ne risente. Alla lavoratrice viene richiesto di prendersi cura dei propri parenti, ma si preferisce che questa non ne sia bisognosa a sua volta, introducendo limiti o complicazioni nella gestione dell'assistito. Se la lavoratrice è malata o ha problemi di salute, può doversi assentare dal lavoro, per ricevere lei stessa cure, o può richiedere condizioni particolari nella convivenza con l'assistito, complicando così, dal punto di vista della famiglia che la assume, la relazione di lavoro o introducendo limiti alle proprie prestazioni. Dalle interviste emerge

⁶⁶ A. Sarli, *Il disagio della cura. I vissuti professionali delle assistenti familiari occupate in Italia*, Tesi di Dottorato non pubblicata, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, 2011, p. 37.

come molte donne tendano a omettere i propri limiti fisici nello svolgere alcune attività di cura o a tacere su alcune patologie che introducono alcuni limiti nella gestione della convivenza.

Perché [al momento del colloquio] una delle domande è sulla nostra salute. Cosa mangi, cosa non mangi. Loro vogliono che noi siamo perfetti. Se tu ti nascondi fin dall'inizio «Io posso alzare anche mille chili...», poi non sai come farai... Oggi come oggi per prendere un lavoro a volte sei obbligato a nascondere la tua situazione. La vita ti forza, se devi dare da mangiare alla tua famiglia (Nicoleta, 45 anni, Moldavia).

C'è la paura a dichiarare le proprie condizioni di salute, perché [le lavoratrici] sanno che se dichiarano qualche difficoltà fisica, non avranno possibilità di prendere il lavoro, quindi al momento del colloquio, omettono. Ma magari hanno dei problemi gravi. Inoltre c'è l'esigenza di lavorare per mantenere il permesso di soggiorno... quindi è una situazione molto delicata (mediatrice, Mamre, Romania).

Io ho sempre dovuto dire questo problema [alla schiena], così lo sanno. Ho sempre dovuto fare dei salti mortali. Non mi vogliono, perché non posso allattare il loro parente. Siccome ho problemi alle ossa, anche il più piccolo sforzo mi fa star malissimo. Così mi sono rifiutata. Questo è un altro problema grandissimo, questo nostro modo di vivere in cui dobbiamo nasconderci, perché così piaci alla famiglia. Devi essere sempre sorridente (Nicoleta, 45 anni, Moldavia).

L'esigenza di trovare lavoro e di non restare disoccupate porta in molti casi a mettere in secondo piano la propria salute, con l'obiettivo primario di ottenere o mantenere un impiego. La consapevolezza è quella che la domanda di lavoro in questo settore è molto forte e che le famiglie possono avvalersi di un bacino molto ampio di lavoratrici e scartare facilmente le candidate che non rispondono alle loro aspettative:

Le lavoratrici di cura sono spesso donne disperate che accettano qualsiasi lavoro. Giustamente quando loro arrivano, danno disponibilità completa, non mettono neanche un paletto [a ciò che possono e ciò che non possono fare], non tengono conto dei loro limiti e quindi accettano qualsiasi lavoro. Ci sono persone che vanno avanti per tanto tempo, cercano di resistere in certe condizioni... a volte sono anche persone malate (mediatrice, Mamre, Romania).

Infine, il lavoro di cura co-residenziale è molto precario per sua natura: il turnover è elevato, anche a causa delle condizioni degli anziani assistiti, il cui stato di salute può peggiorare improvvisamente. La nuova domanda di lavoratori domestici immigrati trova risposta soprattutto negli immigrati arrivati più di recente, più disponibili ad accettare condizioni di lavoro difficili, in mancanza di opportunità migliori. La natura a breve termine e l'alta intensità di questi lavori tende a provocare un forte tasso di turnover.

Se dici di no [che non accetti di sollevare pesi] a causa del mal di schiena, prendono un'altra. Quando cercano un'assistente familiare fra 30-40-50 persone, arrivano a sceglierne una. Comunque ne troveranno una disposta a fare ciò che loro chiedono. E tu che hai il frigo vuoto a casa, dici di sì. Sai già che non ce la fai, ma che fai? Dici di sì. E sai che resisti magari un mese, due (Alina, 45 anni, Romania).

In modo simile, ma con un meccanismo inverso, per il migrante che trova lavoro, il fatto di essere impiegato diventa un ostacolo nell'accesso a cure mediche appropriate. Le ricerche in questo settore hanno messo in evidenza come l'iniziale «capitale di salute» dei migranti impiegati nel settore domestico si esaurisce o comunque subisce una forte erosione nel tempo. Gli immigrati che sono sani al loro arrivo in Italia, nei seguenti anni di lavoro nel settore domestico spesso vengono esposti a traumi fisici, stress e ansia, condizioni rese ancora più onerose dalla mancanza di sonno, dall'incapacità di controllare i ritmi di lavoro e di vita, dall'isolamento e dalla mancanza di privacy.

Il contratto nazionale garantisce ai lavoratori domestici il riconoscimento di malattia e infortuni sul posto di lavoro⁶⁷ e di permessi retribuiti per visite mediche durante le ore lavorative. Tuttavia quando insorgono problemi di salute, la possibilità di prendere giorni di ferie dal lavoro o di ottenere autorizzazioni a scopo medico non è sempre garantita. Secondo uno studio dell'Istat, oltre il 16% degli stranieri indica di avere difficoltà ad effettuare visite o esami medici per incompatibilità con gli orari di lavoro. La possibilità di conciliare visite o esami medici con gli impegni personali o familiari pone difficoltà all'8,6% degli stranieri⁶⁸. L'impegno con la famiglia presso cui si lavora rende difficile rivolgersi ai servizi sanitari. Gli ostacoli a tale accesso sono determinati anche dalla mancanza di flessibilità dei datori di lavoro negli orari in cui si chiede la presenza del lavoratore assunto.

Tante [lavoratrici], per mantenere il lavoro, sopportano, fino a quando arrivano ad un punto che non ce la fanno più. E dopo, quando devono farsi curare, creano tutto uno scompiglio, perché il parente della persona assistita deve poi trovare un'altra persona che la sostituisca. Molte volte, per non creare disagi, tacciono e vanno avanti con questo problema. Non esiste in questo lavoro dire: «Io ho il diritto di farmi curare» senza perdere il lavoro, oppure: «Tanto sono coperta dalla

⁶⁷ In caso di infortunio o malattia professionale, i lavoratori domestici devono avere il posto di lavoro garantito per 10 giorni lavorativi – per coloro che hanno maturato un'anzianità di servizio fino a 6 mesi – per 45 giorni – per lunghezze di servizio tra 6 mesi e 2 anni, per 180 giorni – per la durata del servizio di più di 2 anni (art. 28). Ai lavoratori deve essere concesso lo stipendio pieno per i primi 3 giorni. Inoltre, ai sensi dell'art. 28.3 del Ccnl, i lavoratori domestici hanno diritto alle misure di cui al d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124. Tali misure possono variare da trattamenti in cliniche, a prestazioni e indennità, e al risarcimento di protesi.

⁶⁸ Istat, *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011-2012*, Istat, Ministero della salute, 2014, p. 1.

mutua». Non esiste. Questo è un problema tremendo! Speriamo che venga evidenziato! (mediatrice, Mamre, Romania).

Così la maggior parte delle donne continua a lavorare per non rinunciare allo stipendio. Questo problema si pone sia per coloro che non hanno un contratto di lavoro, sia per coloro che sono regolarmente assunte, visto che, come già detto, non tutti coloro che sono impiegati con un regolare contratto hanno un pieno accesso ai loro diritti.

Nei casi in cui l'assenza dal lavoro è prolungata, c'è poi il rischio che la famiglia trovi un sostituto, che può subentrare al primo e determinarne la perdita del lavoro. Tale rischio, associato alla sospensione della retribuzione in caso di assenza prolungata, porta i lavoratori domestici a lavorare anche quando sono malati⁶⁹. A causa di un inadeguato accesso ai servizi sanitari, i lavoratori domestici immigrati non si curano rapidamente o in modo appropriato. Questo può portare a invalidità permanenti o a malattie croniche⁷⁰ o impedisce che i lavoratori ricevano cure appropriate, come è successo in un caso riportato da Alma Mater:

In questo lavoro non puoi permetterti di ammalarti. Noi abbiamo un'amica, per esempio, che ha iniziato con un raffreddore il suo male, che poi ha scoperto che è molto di più di un raffreddore, è un cancro... Per paura del lavoro non si prendeva il suo dovuto tempo di riposarsi, stare a casa, curarsi... Così si è trascurata, si è trascinata il raffreddore e continuava a tossire, con febbre e continuava ad andare a lavoro. Dopodiché è arrivato un certo punto in cui è stata licenziata. Questo contratto non tutela i lavoratori domestici. Lei ha lavorato e adesso che è malata, è disoccupata, non ha i soldi per pagarsi l'affitto, non ha nessun aiuto da nessuna parte (Gruppo Lavoro, Alma Mater).

Se le condizioni di lavoro degli stranieri possono dunque essere causa (agendo letteralmente come determinanti della salute) di incidenti sul lavoro o di malattie professionali, il lavoro emerge al tempo stesso come un potenziale ostacolo nell'accesso alla salute e una barriera a percorsi appropriati di cura. Si evidenzia, in questo senso, un doppio conflitto tra il diritto alla salute e il diritto al lavoro: da un lato, i problemi di salute, siano essi o meno generati nell'ambito lavorativo, possono costituire un limite rilevante nell'accesso al lavoro, in particolare nel momento della ricerca di occupazione. Dall'altro lato, una volta ottenuto un impiego, il lavoro stesso può diventare un ostacolo nell'accesso a percorsi appropriati di cura, sia per la difficoltà di ottenere congedo retribuito per ragioni di salute, sia per la paura di perdere il posto di lavoro, dichiarando i propri problemi di salute e i conseguenti limiti nello svolgere in maniera efficiente i compiti richiesti.

⁶⁹ Agenzia europea dei diritti fondamentali (Fra), *Migrants in an Irregular Situation Employed in Domestic Work: Fundamental Rights Challenges for the European Union and its Member States*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2011.

⁷⁰ *Ibidem*.

BOX 2. *Salute dei lavoratori migranti: la normativa internazionale*, a cura di Anthony Olmo

Il presente box presenta i più importanti strumenti internazionali in materia di diritti umani rilevanti per la categoria dei lavoratori migranti.

Il principale strumento in tal senso è certamente la Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (Convenzione sui lavoratori migranti)⁷¹. Questa è stata adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1990 ed è entrata in vigore solo 13 anni dopo, e precisamente il 1° luglio del 2003, al raggiungimento della ventesima ratifica. L'Italia, così come buona parte dei paesi europei, non ha ratificato il suddetto strumento.

L'obiettivo principe della Convenzione non è tanto sancire dei diritti specifici per la categoria dei lavoratori migranti, quanto assicurare pari diritti e pari condizioni lavorative per lavoratori migranti e non. Tra i diritti che vengono ribaditi vi sono, *inter alia*, il diritto alla vita, il diritto a non essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti, il diritto a non essere tenuto in condizione di schiavitù o di servitù, il diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione, il diritto alla libertà di espressione, il diritto al rispetto della vita privata e familiare, il diritto alla proprietà privata, il diritto alla libertà e alla sicurezza, il diritto a un processo equo⁷². Sono altresì ribaditi un'ampia gamma di diritti più prettamente economici, sociali e culturali quali il diritto alla salute, il diritto all'istruzione, il diritto al rispetto dell'identità culturale⁷³.

Per quanto riguarda le questioni legate alle condizioni lavorative, la Convenzione specifica che i lavoratori migranti hanno diritto, *inter alia*, a beneficiare di un trattamento non meno favorevole di quello di cui beneficiano i lavoratori cittadini dello stato in materia di remunerazione e di altre condizioni di lavoro (come le ore straordinarie, orari di lavoro, riposo settimanale, congedo pagato, sicurezza, salute, cessazione di impiego, e tutte le altre condizioni di lavoro che, secondo la legislazione e la pratica nazionale sono intese con questo termine) e altre condizioni di impiego (come l'età minima di impiego, le restrizioni al lavoro a domicilio e tutte le altre questioni che, secondo la legislazione e gli usi nazionali, sono considerati come termini di impiego)⁷⁴. Ai lavoratori migranti è riconosciuto altresì il diritto alla libertà sindacale⁷⁵ e il diritto a parità di trattamento con gli altri lavoratori cittadini dello stato in materia di sicurezza sociale⁷⁶.

Infine, la Convenzione sancisce ulteriori diritti in favore di quei lavoratori mi-

⁷¹ Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (Convenzione sui lavoratori migranti)*, UN Doc A/RES/45/158, 18 dicembre 1990. Pur essendo lo strumento principale in materia, la Convenzione in analisi non è l'unico strumento internazionale esistente in materia. Si veda, *inter alia*, Oil, C097 – *Migration for Employment Convention (Revised)*, 1949 (No. 97), *Convention Concerning Migration for Employment*, Geneva, 1° luglio 1949.

⁷² Convenzione sui lavoratori migranti, artt. 8-24.

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ *Ibidem*, art. 25.

⁷⁵ *Ibidem*, art. 26.

⁷⁶ *Ibidem*, art. 27.

granti che sono in regola con le norme sull'ingresso nello stato e sul soggiorno⁷⁷. Tra questi vi sono, per esempio, il diritto ad assentarsi temporaneamente senza che l'autorizzazione di soggiorno o di lavoro vengano lesi, il diritto alla libera circolazione nel territorio dello stato e a scegliere liberamente la residenza, il diritto a partecipare agli affari pubblici dei loro stati di origine, il diritto – esteso anche ai membri della famiglia – di accedere a servizi educativi, di orientamento professionale, sociali e sanitari, culturali⁷⁸.

Un ulteriore strumento internazionale a cui è opportuno far riferimento è il Commento generale n. 1 sui lavoratori domestici migranti, redatto dal Comitato delle Nazioni Unite per i diritti dei lavoratori migranti e i membri delle loro famiglie⁷⁹. Il Comitato, prendendo atto dell'alto numero di lavoratori migranti impiegati nel settore del lavoro domestico e della scarsità di riferimenti specifici in materia nei principali strumenti internazionali, decise di dedicare il primo Commento generale alla Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie proprio al tema del lavoro domestico.

Questi riconosce, innanzitutto, come la categoria dei lavoratori domestici migranti viva condizioni di particolari rischi che la espone a diverse forme di abuso e sfruttamento. Le cause principali di tale vulnerabilità sono da rintracciarsi nell'isolamento e nella dipendenza che caratterizza questo lavoro. La suddetta vulnerabilità, oltretutto, non è limitata al posto di lavoro, ma solitamente emerge all'origine del percorso migratorio, già nel paese di origine⁸⁰. Il Comitato sottolinea come esistano diverse lacune nella rete di protezione per questa categoria di lavoratori. Tra queste lacune ve ne sono alcune di natura giuridica (es. a causa di problemi relativi allo status giuridico, in base alle norme che regolano l'immigrazione)⁸¹, altre più di natura fattuale e pratica – alcune delle quali sono state sottolineate anche nel corso del capitolo quarto – quali l'isolamento o la debolezza contrattuale che caratterizzano il rapporto di lavoro domestico⁸².

Il Comitato, alla luce di ciò, elabora una dettagliata lista di raccomandazioni per gli stati membri alla Convenzione al fine di assisterli nel garantire il godimento dei loro diritti per i lavoratori domestici migranti. Queste raccomandazioni spaziano da iniziative di informazione e *awareness raising* nella fase precedente alla partenza, alla cooperazione tra stati, al ruolo di agenzie di collocamento, alle condizioni di lavoro, dalla previdenza sociale e servizi sanitari, al diritto di contrattazione collettiva, dall'accesso alla giustizia, ai bisogni specifici per garantire i diritti dei minori e la parità di genere.

Un ulteriore strumento internazionale risulta particolarmente rilevante per la categoria dei lavoratori domestici, migranti e non: la Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro sui lavoratori domestici n. 189 (Convenzione Oil)⁸³, che

⁷⁷ *Ibidem*, artt. 36-56.

⁷⁸ *Ibidem*, artt. 36-56.

⁷⁹ Comitato delle Nazioni Unite per i diritti dei lavoratori migranti e i membri delle loro famiglie, *General Comment No. 1 on Migrant Domestic Workers*, UN Doc. CMW/C/GC/1, 23 febbraio 2011.

⁸⁰ *Ibidem*, par. 8.

⁸¹ *Ibidem*, parr. 18 ss.

⁸² *Ibidem*, parr. 25 ss.

⁸³ Oil, C189 – *Domestic Workers Convention*, 2011 (No. 189), *Convention Concerning De-*

fornisce il quadro normativo internazionale più completo e dettagliato in materia di lavoro domestico. La Convenzione è stata firmata nel 2011 ed è entrata in vigore il 5 settembre 2013. L'Italia l'ha ratificata il 22 gennaio 2013. Sebbene la Convenzione sia stata redatta dall'Oil – agenzia che, come noto, si concentra sugli standard lavorativi internazionali – questa risulta esser stata fortemente ispirata anche da un approccio basato sui diritti umani⁸⁴.

La Convenzione afferma che gli stati hanno l'obbligo di adottare misure atte ad assicurare che i lavoratori domestici, come tutti gli altri lavoratori, possano godere di condizioni di impiego giuste, nonché di condizioni lavorative adeguate⁸⁵. In particolare, deve essere loro garantito il salario minimo⁸⁶ e il salario deve essere pagato loro in contanti⁸⁷. Gli stati devono, altresì, stabilire un'età minima per i lavoratori domestici⁸⁸, garantire che questi godano di una protezione adeguata contro ogni forma di abuso, molestia e violenza⁸⁹, garantire loro un ambiente di lavoro sano e salubre⁹⁰ e, infine, assicurare pari tutela nell'ambito della sicurezza sociale soprattutto per ciò che riguarda la tutela della maternità⁹¹.

La Convenzione è affiancata da un ulteriore strumento, la Raccomandazione n. 201 del giugno 2011⁹². La suddetta Raccomandazione non è vincolante giuridicamente, ma risulta comunque rilevante in quanto fornisce un supporto interpretativo per le disposizioni della Convenzione. Infatti, questa approfondisce ulteriormente alcuni aspetti delicati affrontati dalla Convenzione Oil quali gli orari di lavoro, il salario, i test medici, le condizioni abitative, il vitto, e il licenziamento di lavoratori conviventi.

BOX 3. *L'iter di denuncia e riconoscimento degli incidenti di lavoro: una breve panoramica*, a cura di Eleonora Castagnone

Per ottenere il riconoscimento e la tutela dell'incidente sul lavoro da parte dell'Inail è necessario che l'infortunio venga denunciato, seguendo un iter standard. La procedura prevede che il lavoratore avvisi immediatamente il proprio datore di lavoro – anche in caso di infortunio lieve – e che si rivolga al medico dell'azienda,

cent Work for Domestic Workers (Convenzione Oil), Geneva, International Labour Office, 16 giugno 2011.

⁸⁴ A. Albin e V. Mantouvalou, *The ILO Convention on Domestic Workers: From the Shadows to the Light*, in «Industrial Law Journal», vol. 41, 2012, n. 1, pp. 67-78.

⁸⁵ Convenzione Oil, art. 6.

⁸⁶ *Ibidem*, art. 11.

⁸⁷ *Ibidem*, art. 12.

⁸⁸ *Ibidem*, art. 4.

⁸⁹ *Ibidem*, art. 5.

⁹⁰ *Ibidem*, art. 13.

⁹¹ *Ibidem*, art. 14.

⁹² Oil, R201 – *Domestic Workers Recommendation, 2011 (No. 201), Recommendation Concerning Decent Work for Domestic Workers* (Raccomandazione Oil), Geneva, International Labour Office, 16 giugno 2011.

o al pronto soccorso dell'ospedale più vicino o presso il medico curante. Il medico che esegue la visita rilascia un primo certificato, nel quale sono indicati la diagnosi e il numero dei giorni di inabilità temporanea assoluta al lavoro (che devono essere superiori a tre, affinché l'incidente debba essere denunciato presso l'Inail). Dopo aver ricevuto una copia del certificato, il datore ha due giorni di tempo per presentare all'Inail la denuncia di infortunio (il termine in caso di decesso del lavoratore o di pericolo di morte è di 24 ore). Se il datore di lavoro non denuncia l'infortunio presso l'ente assicurativo, può farlo direttamente il lavoratore, inviando all'Istituto il certificato medico. La legge prevede che le imprese che assumono lavoratori si dotino di un'assicurazione obbligatoria Inail per indennizzare i lavoratori che subiscano uno di questi eventi. Nel caso in cui il datore di lavoro non abbia pagato questa assicurazione, la tutela al lavoratore viene ugualmente garantita e il datore di lavoro dovrà pagare una sanzione amministrativa.

Nel caso degli infortuni più gravi, destinati ad interferire in modo significativo sulle condizioni di vita lavorativa ed extra lavorativa degli infortunati, oltre alle prestazioni economiche, la normativa vigente prevede anche la possibilità di attivare percorsi di reinserimento familiare, sociale o lavorativo dei lavoratori. Le modalità di reinserimento sono valutate collegialmente dalle diverse professionalità operanti presso l'Inail (socio educative, amministrative e medico-legali) che, nell'ambito di una metodologia operativa detta «équipe multidisciplinare», prendono in carico il lavoratore invalido, individuando le soluzioni personalizzate ritenute più opportune caso per caso. La finalità di tale progetto, elaborato con il coinvolgimento del lavoratore e dei suoi familiari, è quella di definire gli obiettivi a medio e lungo termine e di individuare gli interventi da svolgere, che possono anche integrarsi con eventuali progetti terapeutici e riabilitativi elaborati da altri enti.

BOX 4. *L'iter di denuncia delle malattie professionali:
una breve panoramica*, a cura di Eleonora Castagnone

La segnalazione della malattia professionale viene effettuata dal lavoratore al datore di lavoro entro il termine di 15 giorni dalla manifestazione di essa, pena la decadenza del diritto ad indennizzo per il tempo antecedente la denuncia. La volontà del lavoratore di accedere alle prestazioni Inail deve essere manifesta e dichiarata. Tale volontà è finalizzata alla salvaguardia del posto di lavoro dell'assicurato, in quanto l'eventuale accertamento di malattia professionale e l'impossibilità da parte del datore di lavoro di garantire situazioni lavorative che non determinino ulteriore pregiudizio per la salute del lavoratore, può determinare il licenziamento dello stesso per «giusta causa». Il datore di lavoro deve trasmettere all'Inail la denuncia, corredata dal certificato medico, entro i cinque giorni successivi decorrenti dalla data di ricezione del certificato medico⁹³. In caso d'inerzia del datore di lavoro, il lavoratore stesso può presentare la richiesta di prestazioni all'Inail inviando direttamente il certificato medico di malattia professionale.

⁹³ D.p.r. 1124/1965, art. 53.

Una volta ottenuto il riconoscimento della malattia professionale, l'Inail indennizza il mancato guadagno del lavoratore infortunato erogando un'indennità giornaliera, calcolata sulla base dello stipendio effettivo, fino alla sua guarigione e ne risarcisce economicamente l'invaldità permanente, compreso il danno biologico, o la morte. Per invalidità comprese tra il 6 e il 15% è prevista l'erogazione di un capitale in un'unica soluzione a titolo di risarcimento del solo danno biologico; per invalidità comprese tra il 16% ed il 100% è prevista una rendita vitalizia a favore del lavoratore invalido⁹⁴.

BOX 5. Focus sul lavoro domestico: una comparazione fra il quadro normativo italiano e gli standard normativi internazionali, a cura di Anthony Olmo

In questo capitolo emerge con chiarezza l'influenza delle condizioni lavorative dei lavoratori domestici sulla realizzazione del loro diritto alla salute. Come più volte accennato, il grado di salute di cui possono godere, nonché le possibilità di accesso ai servizi sanitari, sono fortemente influenzate dalla peculiarità della professione e delle condizioni che la caratterizzano. Per questo motivo appare opportuno un approfondimento sulle condizioni lavorative garantite loro dalla normativa attuale, con particolare attenzione a quelle che più di altre possono avere un impatto sulla salute e sulle possibilità di accesso ai servizi.

A tal fine, questa sezione sarà dedicata a comparare il quadro normativo rilevante per i lavoratori domestici in Italia con gli standard normativi internazionali – e in particolare con i due principali strumenti dell'Organizzazione internazionale del lavoro, la Convenzione n. 189⁹⁵ e la Raccomandazione n. 201 (Raccomandazione Oil)⁹⁶, entrambe adottate nel giugno del 2011 – con particolare attenzione alle disposizioni relative alle condizioni lavorative. In tal modo si potrà valutare la corrispondenza tra quanto previsto a livello nazionale e i principali standard internazionali, anche al fine di porre in rilievo eventuali mancanze in tal senso.

Per quanto riguarda il quadro normativo nazionale, lo strumento più rilevante risulta essere il Contratto collettivo nazionale di lavoro (Ccnl)⁹⁷. Il Ccnl identifica le disposizioni essenziali – sia dal punto di vista giuridico, che economico – che devono necessariamente regolare le relazioni contrattuali tra lavoratori domestici e datori di lavoro. Il Ccnl, insieme ad altre disposizioni di legge⁹⁸, fornisce il quadro

⁹⁴ Inail, Direzione regionale Piemonte, 2012.

⁹⁵ Vedi *supra*, box 2.

⁹⁶ Vedi *supra*, box 2.

⁹⁷ Federazione italiana datori di lavoro domestico, Associazione nazionale famiglie datori di lavoro domestico, Federazione italiana lavoratori commercio, turismo e servizi, Federazione italiana sindacati addetti ai servizi commerciali e affini e del turismo, Unione italiana lavoratori turismo commercio e servizi, Federazione sindacale dei lavoratori a servizio dell'uomo, *Contratto collettivo nazionale di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico*, 16 luglio 2013.

⁹⁸ Si vedano in particolare le norme del Codice civile che regolano la specificità dei lavo-

normativo essenziale rilevante per la categoria in analisi. Il Ccnl attualmente in vigore è stato firmato nel luglio del 2013 dai rappresentanti delle principali associazioni di datori di lavoro e di lavoratori e ha sostituito il contratto precedentemente stipulato nel 2007. Il Ccnl del 2013 rimarrà in vigore fino alla fine del 2016. Si rivela, infine, che il Ccnl del 2013 è stato finalizzato pochi mesi prima dell'entrata in vigore della Convenzione dell'Oil e risulta essere stato notevolmente influenzato da quest'ultima.

Le disposizioni concernenti l'ambiente domestico

Il Ccnl afferma che tutti i lavoratori domestici hanno il diritto a delle condizioni lavorative sicure e sane⁹⁹. In particolare, queste devono rispettare le disposizioni di legge in materia di ambienti domestici¹⁰⁰. Il Ccnl specifica inoltre che i datori di lavoro hanno l'obbligo di garantire la presenza sull'impianto elettrico di un adeguato interruttore differenziale (i cosiddetti salvavita), e di informare il lavoratore di possibili rischi, derivanti anche dall'uso di attrezzature o dall'esposizione ad agenti chimici, fisici o biologici¹⁰¹.

L'impressione è che le suddette disposizioni abbiano una portata piuttosto limitata, valutazione che vale anche per le disposizioni della Convenzione Oil. L'art. 13 della Convenzione si limita ad affermare che «ogni lavoratore domestico ha diritto ad un ambiente di lavoro sicuro e salubre» e che «ogni membro deve adottare, in conformità alla legislazione e alla prassi nazionale, tenendo debito conto delle caratteristiche particolari del lavoro domestico, delle misure effettive per garantire la sicurezza e la salute sul lavoro dei lavoratori domestici»¹⁰². La portata di questa norma, già piuttosto vaga in sé, è oltretutto in parte ridotta dai paragrafi successivi che affermano che «le misure di cui al paragrafo precedente possono essere applicate progressivamente in consultazione con le organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori più rappresentative e, ove esistano, con le organizzazioni rappresentative dei lavoratori domestici e con quelle dei datori di lavoro domestico»¹⁰³.

ratori domestici rispetto alla categoria generale dei lavoratori subordinati: Codice civile, Libro V, Titolo IV, artt. 2240-2246. Inoltre, vi trovano applicazione ulteriori norme specifiche, quali le norme sull'ambiente lavorativo.

⁹⁹ Ccnl, art. 27.1.

¹⁰⁰ Si veda legge 3 dicembre 1999, n. 493, *Gazzetta ufficiale* n. 303 del 28 dicembre 1999.

¹⁰¹ Si veda Ccnl, artt. 27.1 e 27.2.

¹⁰² Si veda Raccomandazione Oil, art. 19: «I membri dovrebbero, in consultazione con le organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori più rappresentative e, ove esistano, con le organizzazioni rappresentative dei lavoratori domestici e con quelle dei datori di lavoro domestico, prendere delle misure volte a: a) proteggere i lavoratori domestici eliminando o riducendo al minimo, nella misura in cui ciò sia ragionevole e concretamente realizzabile, i rischi e i pericoli legati al lavoro, al fine di prevenire gli incidenti, le malattie e i decessi e di promuovere la sicurezza e la salute sul lavoro presso il domicilio che costituisce il luogo di lavoro».

¹⁰³ Convenzione Oil, art. 13.2.

Il numero delle ore di lavoro e di riposo

L'art. 15 del Ccnl identifica il numero di ore di lavoro. I lavoratori conviventi possono lavorare fino a un massimo di 10 ore non consecutive al giorno, per un totale di 54 ore alla settimana. Per quanto riguarda lavoratori non conviventi, le ore lavorative non possono superare le 8 non consecutive per un totale di 40 ore per settimana.

In virtù dell'art. 15.4 del Ccnl, i lavoratori conviventi hanno diritto a 11 ore consecutive di riposo al giorno nonché almeno 2 ore di pausa durante l'orario lavorativo. Inoltre, i lavoratori ai quali è richiesto di lavorare in casa per almeno 6 ore hanno diritto a un pasto o a una compensazione equivalente, in base a quanto disposto dall'art. 15.8 del Ccnl.

Per quanto riguarda il riposo giornaliero, il Ccnl specifica che i lavoratori conviventi hanno il diritto ad almeno 11 ore consecutive di riposo, nonché almeno 2 ore di pausa durante le ore di lavoro qualora le ore lavorative non siano interamente ricomprese nelle fasce orarie 6.00-14.00 e 14.00-22.00. Infine, in base all'art. 15.6, il lavoro svolto tra le 22 e le 6 è considerato lavoro notturno che deve essere compensato con un aumento salariale del 20% ogni ora.

Ai lavoratori domestici può essere richiesto di fare gli straordinari, sia durante il giorno sia durante la notte. In base all'art. 16 del Ccnl, gli straordinari devono essere compensati con un aumento salariale orario (tra il 25% e il 60% in base all'ora del giorno in cui è svolto) e non può interferire con il riposo giornaliero.

Per quanto riguarda il riposo settimanale, l'art. 14 del Ccnl afferma che, per lavoratori conviventi, il riposo settimanale è di almeno 36 ore, 24 delle quali devono essere godute insieme la domenica. Le 12 ore rimanenti possono essere godute durante il resto della settimana. Per lavoratori non conviventi, il riposo settimanale è di 24 ore che devono essere godute la domenica.

In base a quanto disposto dal Ccnl, il riposo domenicale – per entrambe le categorie di lavoratori domestici – è obbligatorio. Il lavoro svolto durante il riposo domenicale deve essere compensato con un incremento salariale orario del 60% e un numero equivalente di ore di riposo da essere goduto il giorno successivo. Qualora il lavoratore sia di una religione che celebra un giorno diverso dalla domenica, le parti possono accordarsi su un altro giorno, nel rispetto dell'art. 11.2 della Raccomandazione del 2011 che richiede che «il giorno fisso di riposo settimanale dovrebbe essere determinato in accordo fra le parti, in conformità con la legislazione nazionale o i contratti collettivi, considerando le esigenze di lavoro e le necessità culturali, religiose e sociali dei lavoratori domestici».

Le disposizioni in materia di orario lavorativo, riposo e straordinari paiono in linea con quanto disposto dalla Convenzione Oil. L'art. 10 della Convenzione richiede, innanzitutto, che «ogni membro [debba] adottare misure volte ad assicurare l'uguaglianza di trattamento tra i lavoratori domestici e l'insieme dei lavoratori per quanto riguarda l'orario normale di lavoro, il compenso delle ore di lavoro straordinario, i periodi di riposo quotidiano e settimanale e i congedi annuali pagati, in conformità alla legislazione nazionale o alle convenzioni collettive, tenuto conto delle particolari caratteristiche del lavoro domestico». Inoltre, l'art. 10 della raccomandazione del 2011 specifica che «[i] membri dovrebbero adottare delle misure per garantire che, durante la giornata lavorativa, i lavoratori domestici abbiano diritto a dei periodi di riposo adeguati che permettano loro di assumere i loro pasti e prendere le loro pause».

Risultano rispettati anche i criteri disposti in materia di riposo settimanale. L'art. 10 della Convenzione Oil richiede, infatti, che vengano osservate almeno 24 ore consecutive di riposo settimanale, standard che risulta chiaramente rispettato dal Ccnl.

L'unico profilo sul quale la Convenzione pare prevedere una protezione maggiore riguarda la reperibilità. L'art. 10.3 specifica, infatti, che «[i] periodi durante i quali i lavoratori domestici non possono disporre liberamente del loro tempo e rimangono reperibili per eventuali bisogni della famiglia devono essere considerati come tempo di lavoro nella misura determinata dalla legislazione nazionale, dalle convenzioni collettive o da ogni altro mezzo compatibile con la prassi nazionale»¹⁰⁴. Nel Ccnl non è rintracciabile una disposizione simile.

Congedi retribuiti

In base a quanto disposto dal Ccnl, i lavoratori domestici hanno il diritto ai congedi pagati per visite mediche durante gli orari di lavoro¹⁰⁵. Inoltre, i lavoratori domestici a cui è dato un salario mensile hanno diritto a 26 giorni di ferie pagate all'anno¹⁰⁶, oltre ai giorni di festa nazionali identificati all'art. 17 del Ccnl. Il diritto al godimento delle ferie è irrinunciabile¹⁰⁷. La Convenzione Oil non prevede alcuna disposizione specifica in tal senso.

Vitto e alloggio

Per quanto riguarda i pasti e l'alloggio, i datori di lavoro devono assicurare un'alimentazione adeguata e un alloggio adeguato che garantisca la dignità e la privacy¹⁰⁸. In tal senso la Raccomandazione dell'Oil fornisce disposizioni più dettagliate e in particolare richiede che ai lavoratori sia fornita «una stanza separata, privata, adeguatamente ammobiliata e ventilata, dotata di serratura e di una chiave che dovrebbe essere consegnata al lavoratore domestico», fornito «accesso a strutture sanitarie adeguate, comuni o private», «illuminazione adeguata e, se necessario, impianti di riscaldamento e di aria condizionata, in funzione delle condizioni prevalenti all'interno della famiglia», nonché «pasti di buona qualità e in quantità sufficiente, adattati, se del caso, e in quanto ciò sia ragionevole, alle esigenze culturali e religiose del lavoratore domestico interessato»¹⁰⁹. È evidente come il quadro delineato dall'Oil definisca più nel dettaglio i requisiti di un alloggio e di pasti adeguati.

¹⁰⁴ In merito a ciò, l'art. 9 della Raccomandazione Oil specifica che «nella misura prevista dalla legislazione nazionale o dagli accordi collettivi, i membri dovrebbero regolamentare: a) il numero massimo di ore di reperibilità settimanali, mensili o annuali, che possono essere richieste dal lavoratore domestico e il modo in cui dovrebbero essere calcolate; b) il riposo compensativo al quale il lavoratore domestico ha diritto, nel caso in cui il periodo normale di riposo sia interrotto da un periodo di reperibilità; c) il tasso al quale le ore di reperibilità dovrebbero essere retribuite».

¹⁰⁵ Ccnl, art. 20.

¹⁰⁶ *Ibidem*, art. 18.

¹⁰⁷ *Ibidem*, art. 18.4.

¹⁰⁸ *Ibidem*, art. 35.

¹⁰⁹ Raccomandazione Oil, art. 17.

Malattia ordinaria, infortuni e malattie professionali

In caso di malattia, tutti i lavoratori domestici hanno il diritto di mantenere il lavoro per 10 giorni – se hanno un'anzianità di servizio di oltre 6 mesi – per 45 giorni – per anzianità di servizio tra 6 mesi e 2 anni – e per 180 giorni – per anzianità di oltre 2 anni¹¹⁰. In caso di malattia oncologica, i periodi sono del 50% più lunghi¹¹¹.

In caso di infortunio o malattia professionale, i lavoratori domestici hanno diritto ad avere il lavoro garantito per 10 giorni lavorativi – per anzianità di servizio fino a 6 mesi – per 45 giorni – per anzianità tra 6 mesi e 2 anni – e per 180 giorni – per anzianità fino a 2 anni¹¹². Ai lavoratori deve essere garantito il pieno salario per i primi 3 giorni.

Inoltre, in base all'art. 28.3 del Ccnl, hanno diritto alle misure disposte dal d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124¹¹³. Queste misure comprendono indennità per inabilità temporanea, rendite per inabilità permanenti, assegni per assistenza personale continuativa, rendita per superstiti e assegno una volta tanto in caso di morte, cure mediche e chirurgiche, e fornitura di apparecchi di protesi.

L'art. 29 del Ccnl afferma che a tutti i lavoratori domestici debbano essere garantite le garanzie, previste dalla legge, in termini di previdenza e assistenza sociale. In particolare, ai lavoratori domestici devono essere garantite le misure del d.p.r. 31 dicembre 1971, n. 1403¹¹⁴, quali assicurazioni di invalidità, anzianità, malattia, infortunio, maternità.

La Convenzione Oil non prevede alcuna norma specifica in materia.

Maternità

In base all'art. 24, le lavoratrici domestiche hanno tutte le tutele normalmente garantite dalla legge alle donne in gravidanza e alle madri. In particolare, alle donne non può essere chiesto di lavorare gli ultimi 2 mesi di gravidanza (e fino alla data effettiva del parto) e 3 mesi dopo il parto. Dal giorno in cui comincia la gravidanza, le lavoratrici non possono essere licenziate, salvo giusta causa.

Il livello di protezione garantito alle donne in gravidanza e alle madri è stato un tema controverso tra le associazioni dei datori di lavoro e quelle dei lavoratori. Da un lato, le prime sottolineavano come le norme del Ccnl assicurino gli standard richiesti dalla Convenzione Oil¹¹⁵. L'art. 14.1 della Convenzione afferma, infatti, che: «ogni membro deve adottare misure appropriate, in conformità alla legislazione nazionale e tenendo debito conto delle caratteristiche particolari del lavoro domestico,

¹¹⁰ Ccnl, art. 26.

¹¹¹ *Ibidem*, art. 26.7.

¹¹² *Ibidem*, art. 28.

¹¹³ Vedi nota 10.

¹¹⁴ *Gazzetta ufficiale* n. 94 del 10 aprile 1972.

¹¹⁵ Convenzione Oil, art. 14.1: «Ogni membro deve adottare misure appropriate, in conformità alla legislazione nazionale e tenendo debito conto delle caratteristiche particolari del lavoro domestico, per assicurare che i lavoratori domestici godano di condizioni non meno favorevoli di quelle applicabili all'insieme dei lavoratori in materia di sicurezza sociale, ivi compreso per quanto riguarda la maternità».

per assicurare che i lavoratori domestici godano di condizioni non meno favorevoli di quelle applicabili all'insieme dei lavoratori in materia di sicurezza sociale, ivi compreso per quanto riguarda la maternità». Dall'altro, le rappresentanze dei lavoratori rilevano come tale protezione sia in realtà insufficiente rispetto ad altri settori lavorativi. Per esempio, non è specificato il divieto di licenziamento nel corso dell'anno successivo al parto, tutela generalmente prevista dalla normativa in materia di maternità¹¹⁶.

Conclusioni

In generale, il livello di protezione garantito dal Ccnl pare rispettare gli standard internazionali e andare sostanzialmente più nel dettaglio.

Dall'analisi compiuta, ciò risulta non essere il caso solo nel caso delle norme sull'alloggio. Come spiegato poc'anzi, le disposizioni dell'Oil delineano in maggior dettaglio sulle caratteristiche che l'alloggio deve rispettare. Considerata l'importanza di tale tema, anche alla luce di quanto emerso nel corso della ricerca, sarebbe opportuno che il Ccnl specificasse più in particolare queste caratteristiche.

Infine, si sottolinea come il Ccnl e gli strumenti dell'Oil forniscano un quadro piuttosto insufficiente rispetto ai criteri di un ambiente lavorativo sicuro e sano. Entrambi tendono semplicemente a riaffermare il diritto a condizioni lavorative sicure e sane, tuttavia senza specificare con maggior precisione quali siano i criteri minimi da rispettare.

¹¹⁶ D.lgs. 26 marzo 2001, n. 151, *Gazzetta ufficiale* n. 96 del 26 aprile 2001, suppl. ord. n. 93, art. 54.

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Capitolo quinto

Le malattie infettive, tra sindrome dell'untore e percorsi di riconoscimento

1. *La presenza delle malattie infettive. Stranieri e autoctoni a confronto*

L'area delle malattie infettive è una di quelle dove il diritto alla salute per i cittadini stranieri è più gravemente messo a rischio¹. La popolazione migrante è infatti maggiormente vulnerabile rispetto a quella autoctona: è più esposta alle infezioni (in particolare all'infezione da Hiv e alla tubercolosi) che possono derivare da episodi di violenza e abusi e dalle condizioni di vulnerabilità che vengono affrontate nel percorso migratorio. I più colpiti dalle malattie infettive risultano i migranti a più alto rischio di esclusione sociale, per i quali le condizioni di salute sono aggravate dalla mobilità elevata, dallo status legale irregolare, dalle difficoltà economiche, dalle condizioni di sfruttamento, dalla mancanza di lavoro o dall'impiego in lavori ad alto rischio come la prostituzione. A questi fattori si uniscono spesso le precarie condizioni abitative, ma anche la disinformazione, legata al basso livello di scolarizzazione, e lo scarso accesso ai servizi sanitari, di prevenzione e di riduzione del danno². A tutti questi fattori si aggiungono poi i meccanismi di stigmatizzazione della malattia che aumentano, come vedremo più approfonditamente, la vulnerabilità dei pazienti.

Anche se nell'immaginario collettivo le malattie infettive sono spesso associate esclusivamente agli immigrati, la loro diffusione in Italia rimane un problema che riguarda tutta la popolazione e il loro contrasto una priorità nella programmazione delle politiche sanitarie. La Regione Piemonte, nel piano socio-sanitario 2012-2015, individua nelle malattie infettive uno dei maggiori problemi di salute della popolazione, sottolineando come sia ancora da perfezionare il sistema di controllo e come sia

¹ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2014, p. 70.

² A.A. Agudelo-Suárez, D. Gil-González e C. Vives-Cases, *A Metasynthesis of Qualitative Studies Regarding Opinions and Perceptions about Barriers and Determinants of Health Services' Accessibility in Economic Migrants*, in «BMC Health Service Research», 17, vol. 12, 2012, n. 1, p. 461.

indispensabile che i principali presidi della rete ospedaliera regionale eseguano attento monitoraggio al fine di stabilire la reale entità del fenomeno. Per il controllo e il corretto trattamento di tali infezioni è inoltre opportuno che gli stessi si dotino di un servizio di malattie infettive, proprio o in convenzione, e che prevedano la presenza di uno specialista in malattie infettive³.

Dal punto di vista epidemiologico la situazione appare sotto controllo, in quanto negli anni non vi è stato un sostanziale aumento delle notifiche di infezione, sia per quanto riguarda la tubercolosi che l'Hiv, ed è anche migliorata l'efficacia delle terapie, tanto da far diminuire sensibilmente il tasso di mortalità. Vi è stato però un cambiamento nelle caratteristiche socio-demografiche dei pazienti: è aumentato il numero di migranti e il numero di persone che identificano l'infezione solo in fase avanzata.

Il territorio piemontese presenta dati sostanzialmente in linea con quelli nazionali. Nel 2012, in Italia, sono state segnalate 3.853 nuove diagnosi di infezione da Hiv, 6,5 casi ogni 100.000 abitanti, un tasso sostanzialmente invariato rispetto agli anni precedenti. I dati raccolti dal Coa (Centro operativo Aids dell'Istituto superiore di sanità) illustrano chiaramente come negli anni si sia modificato il profilo dei pazienti: il contagio è diminuito tra i tossicodipendenti (dal 47,9% del 1998 al 5% del 2013) e oggi la maggioranza delle infezioni è legata a rapporti sessuali non protetti (dal 25,3% del 1998 a circa l'80% del 2013); il tasso di incidenza dell'Aids è andato inoltre progressivamente diminuendo negli anni, arrivando a 1,7 casi per 100.000 abitanti nel 2012⁴.

Nel 2013 in Piemonte le nuove diagnosi di infezione sono state di 7,2 casi ogni 100.000 abitanti⁵. La provincia di Torino (7,6) insieme a Novara (10,4), hanno nell'ultimo triennio i valori più elevati di incidenza media all'interno della regione. La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da Hiv è passata dall'11% nel 1992 al 24% nel 2013. L'infezione ha riguardato prevalentemente gli uomini, anche se la componente femminile pesa in particolare tra gli stranieri, dove le donne sono il 62%, mentre tra gli italiani le donne sono solo l'11%. Sebbene il tasso di incidenza degli stranieri sia di molto superiore rispetto a quello degli autoctoni va sottolineato come sia leggermente decrescente negli anni e si distribuisca

³ Regione Piemonte, *Piano socio-sanitario regionale 2012-2015*, 2012, p. 86.

⁴ Istituto superiore di sanità, *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da Hiv e dei casi di Aids in Italia al 31/12/2013*, in «Supplemento del Notiziario dell'Istituto superiore di sanità», vol. 27, 2014, n. 9.

⁵ Dati relativi ai casi di Aids sono disponibili per il Piemonte dai primi anni Ottanta, mentre il Sistema di sorveglianza di infezione da Hiv riporta i dati delle nuove diagnosi di infezione a partire dal 1999. C. Pasqualini, C. Di Pietrantonj e V. De Micheli, *HIV e AIDS in Piemonte, Rapporto 2013*, Alessandria, Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (Seremi), ASL Alessandria, 2013.

in maniera molto difforme tra gruppi con provenienze differenti. L'incidenza per i migranti dell'area Sub-Sahariana (228,2 casi per 100.000) risulta dieci volte superiore a quella complessiva degli stranieri. La principale modalità di trasmissione sono stati, anche in Piemonte, i rapporti sessuali non protetti, il 90% nel 2013. Un ultimo aspetto da sottolineare è come sia stata molto elevata la quota di diagnosi avvenute in stato avanzato dell'infezione da Hiv, in particolare per quanti hanno acquisito l'infezione tramite rapporti eterosessuali non protetti. Nel 2013 le 17 donne che in Piemonte hanno scoperto di essere sieropositive durante i controlli di gravidanza erano tutte di origine straniera, a sottolineare come questo gruppo sia particolarmente vulnerabile. In conclusione dall'analisi dei dati epidemiologici emerge come vi siano oggi alcuni importanti fattori di rischio che si ritrovano in particolare tra la popolazione straniera: la provenienza da paesi ad alta endemia, la prevalenza di persone giovani e sessualmente attive, le insufficienti informazioni, la scarsa attenzione alla prevenzione e la presenza della prostituzione.

L'altra malattia infettiva sulla quale abbiamo posto la nostra attenzione è la tubercolosi. I dati epidemiologici sono disponibili anche per il livello cittadino⁶. A Torino il tasso di incidenza nel 2012 è stato di 17 casi per 100.000 abitanti, doppio rispetto al tasso regionale (8,4 casi ogni 100.000 abitanti). Questo valore non è allarmante in quanto è in linea con quello delle grandi metropoli europee (Milano: 18,6; Barcellona: 24,3; Parigi: 23,4). Vi è stata, come per l'infezione da Hiv, una diminuzione di casi segnalati rispetto al 2011, 13,8% in meno tra gli stranieri e 6,7% in meno tra gli italiani.

Ciò che colpisce è la prevalenza tra i casi segnalati di popolazione straniera, costituendo nel 2012 il 70% dei casi diagnosticati a Torino (103 casi). Il tasso d'incidenza di tubercolosi tra gli stranieri è di circa 14 volte superiore rispetto a quello registrato tra gli italiani; si tratta soprattutto di tubercolosi respiratoria, che riguarda i tre quarti dei casi totali. Gli stranieri con diagnosi di tubercolosi nel 2012 provenivano da 40 paesi differenti, con la prevalenza della Romania, con 69 casi, e del Marocco, con 43 casi; questo dato è comunque da ricondurre alla prevalenza numerica di queste due comunità. Le differenze tra stranieri e autoctoni emergono anche quando si osserva la distribuzione degli esiti positivi delle terapie: a Torino gli esiti positivi riguardano l'80% dei pazienti italiani e il 67% dei pazienti stranieri, mentre nel resto del Piemonte sono l'82% tra gli italiani e il 66% tra gli stranieri.

I fattori di rischio prevalenti per la tubercolosi riguardano la provenienza da paesi ad alta endemia tubercolare, per la presenza di malattia at-

⁶ C. Pasqualini, M. Bugiani e V. De Micheli, *La tubercolosi in Piemonte, Rapporto 2013*, Alessandria, Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (Seremi), ASL Alessandria, 2013.

tiva o di infezione latente, che viene riattivata dalle condizioni ambientali che indeboliscono il sistema immunitario; in alcuni casi la comparsa della tubercolosi è legata alla presenza dell'infezione da Hiv. I fattori di rischio che più pesano sono, come per l'Hiv, le precarie condizioni di vita, la malnutrizione, la convivenza in spazi affollati e mal ventilati e le scarse condizioni igieniche, condizioni alle quali i cittadini stranieri sono più facilmente esposti. Come sottolinea un medico responsabile di un centro cittadino di riferimento per la cura delle malattie infettive:

Queste malattie sono le malattie della povertà, degli ultimi. E i più deboli, nel mondo d'oggi, sono spesso gli immigrati. Dove c'è grande fragilità sociale il bisogno di salute inoltre non è percepito come una priorità, e questo aggrava la situazione. I miei pazienti, quando arrivano da me, mi dicono: il mio vero bisogno è la casa, il lavoro, i documenti!

2. *La sindrome dell'untore. La stigmatizzazione dello straniero infetto e la percezione tra i pazienti*

Una delle problematiche maggiori emerse nell'affrontare il tema della malattia con gli operatori e con i pazienti stranieri riguarda lo stigma. Le malattie infettive possiedono un fortissimo valore simbolico e sono dense di significati morali; l'opinione pubblica le associa a comportamenti devianti e socialmente riprovevoli, come la promiscuità sessuale, le relazioni omosessuali, la prostituzione o a condizioni di estremo disagio, come la tossicodipendenza. Quando è lo straniero a essere infetto lo stigma sociale è ancora più forte.

Nel discorso pubblico recente si sono affermate diverse voci che hanno alimentato la pericolosa immagine dell'immigrato come untore, assimilando lo straniero a un corpo estraneo e malato che penetra nella nostra società sana infettandola e distruggendola dall'interno. Non si tratta di un discorso nuovo, infatti le malattie come la tubercolosi sono sempre state caricate di significati altri, che travalicavano la loro gravità. Il legame tra malattia, povertà e prostituzione, ha fatto assumere alla tubercolosi, in concomitanza con la prima rivoluzione industriale inglese, quel significato negativo che era spettato precedentemente alla lebbra e che in seguito spetterà, anche se con altre caratteristiche, alle malattie mentali e all'Hiv. Discorsi stigmatizzanti legati ad allarmi sanitari ricompaiono in corrispondenza di eventi politici e sociali, durante le campagne elettorali e come risposta alla crescente insicurezza economica. Nel maggio del 2014 il segretario della Lega Nord Matteo Salvini, in linea con la retorica anti-immigrazione del suo partito, ha accusato gli stranieri irregolari di costituire una minaccia per la salute pubblica, affermando:

Chiedete ai medici chi porta la scabbia e la tubercolosi. Non vengono dalla Svizzera, ma dall'Africa. In Africa c'è un sistema sanitario più arretrato. Ma queste malattie arrivano qui, basta consultare un medico da Milano a Taranto. E c'è anche l'Ebola, che è nel centro dell'Africa e speriamo non arrivi. Negli aeroporti c'è allarme⁷.

A settembre del 2014 il segretario generale del sindacato di polizia Con-sap ha lanciato una *class action* contro il Ministero dell'interno per aver esposto i colleghi impegnati nell'operazione Mare Nostrum in interventi di salvataggio senza precauzioni per la salute, dopo che 40 di loro erano risultati positivi allo screening sulla presenza del batterio della tubercolosi. Il segretario del Movimento Cinque Stelle Beppe Grillo ha subito ripreso questa denuncia affermando che: «Vogliamo reimportare la tubercolosi, reimportiamola! Ma facciamolo alla luce del sole, informando la popolazione che alla polizia non vengono forniti neppure gli strumenti minimi di profilassi»⁸.

Diverse voci autorevoli si sono sollevate a contrastare queste visioni distorte, che tuttavia hanno avuto un impatto molto forte su un'opinione pubblica facilmente suggestionabile. Il presidente della Simm, Mario Afronti, ha sottolineato come le condizioni di salute dei migranti che sbarcano in Italia siano generalmente buone, trattandosi di giovani sani alla partenza, e come i problemi sanitari derivino piuttosto dagli agenti fisici che li hanno messi alla prova durante il viaggio: disidratazione, colpi di sole, colpi di calore, assideramento, lesioni da decubito dovute alla posizione forzata sui barconi, aggravate da agenti chimici quale l'acqua salmastra o il gasolio⁹. Nell'analisi di una coorte di 25.000 immigrati sbarcati a Lampedusa nel corso del 2011, per esempio, è emerso come solo meno del 2% della popolazione osservata fosse affetta da patologie infettive¹⁰.

Nonostante queste evidenze, lo stigma continua a manifestarsi con forza e deve essere per questo considerato un'importante determinante di salute; bisogna investire molte energie e risorse per il suo sradicamento, se si vuole affermare il pieno diritto alla salute. Come infatti ricordano Olmo e Biglino: «La discriminazione e lo stigma costituiscono un fallimento nel rispettare la dignità umana, aumentano la vulnerabilità rispetto ai problemi di salute e limitano l'efficacia dei trattamenti sanitari»¹¹.

⁷ Matteo Salvini contro gli immigrati: «Darei a loro il Daspo: portano scabbia, tubercolosi ed ebola», 6 maggio 2014, http://www.huffingtonpost.it/2014/05/06/salvini-immigrati-malati-daspo_n_5274621.html.

⁸ Grillo-shock sui migranti «Portano la tubercolosi» il Viminale lo smentisce, 3 settembre 2014, <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2014/09/03/grillo-shock-sui-migranti-portano-la-tubercolosi-il-viminale-lo-smentisce20.html>.

⁹ Simm: «Immigrati, basta con la sindrome dell'untore», 10 giugno 2014, <http://www.ilcittadinonline.it/nonsolosiena/simm-immigrati-basta-con-la-sindrome-delluntore.html>.

¹⁰ T. Prestileo et al., *Salute e malattie infettive nella popolazione migrante: l'esperienza della «Coorte di Lampedusa 2011»*, in «Le Infezioni in Medicina», 2013, n. 1, pp. 21-28.

¹¹ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 163.

Lo stigma non può essere considerato come un fenomeno individuale, ma è piuttosto un processo sociale da inquadrare all'interno di meccanismi complessi, quali le disuguaglianze economiche, le relazioni di potere, di dominazione e di oppressione. Come ci ricorda l'antropologia medica «lo stigma viene attuato da attori sociali concreti ed identificabili che cercano di legittimare il loro status dominante all'interno di strutture di disuguaglianza esistenti»¹². Le persone stigmatizzate sono oggetto di un processo di depauperamento identitario nel quale vengono incasellate all'interno di una categoria sociale totalmente altra, diversa dalla «normalità». Lo stigma si manifesta a due livelli: vi è uno stigma percepito o temuto, che corrisponde ai sentimenti e alle percezioni soggettive della persona e uno stigma agito, che corrisponde alle azioni specifiche portate avanti nei confronti delle persone stigmatizzate¹³. Spesso la scelta dei malati di mantenere il segreto riguardo all'infezione rispecchia la volontà di prevenire comportamenti ostili nei loro confronti. Durante l'incontro all'interno di un centro islamico torinese con un gruppo di volontari è emerso come spesso i migranti conservino in Italia quel sentimento di vergogna sociale per la malattia che già era forte nei loro paesi di partenza:

Ci vuole coraggio, molto coraggio a fare coming out. Alcune cose sono viste come dei tabù. Le persone in Egitto evitano persino di andare dal medico per paura di essere giudicate. Il giudizio degli altri fa paura, perché la gente ragiona così: «Quello ha l'Hiv, così impara! Si è allontanato dalla strada di Dio e per questo è stato punito!». Con questa visione di colpa, di peccato, le persone non riusciranno mai ad affrontare serenamente la loro malattia (Nader, 50 anni, Egitto).

Lo stesso punto di vista è emerso con forza durante il confronto con alcune mediatrici culturali che lavorano nell'ambulatorio di malattie infettive di un importante ospedale cittadino:

Devo spiegare alle persone che l'Hiv è quello che fa arrivare la malattia, ma non è la malattia, e quindi può essere tenuto sotto controllo. Come per tutte le altre culture anche tra noi nigeriani c'è un'immagine orribile di questo virus, visto che

¹² R. Parker e P. Aggleton, *Hiv and Aids-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action*, in «Social Science & Medicine», 57, 2003, pp. 13-24. Come ricordano Castro e Farmer, lo stigma si radica con più forza nei contesti sociali dove le disuguaglianze sono più forti: «In società caratterizzate da profondo razzismo persone di colore con l'Aids sono più stigmatizzate rispetto a quanto non lo siano in società con minore razzismo, e lo stesso varrà per donne malate in società fortemente sessiste, dove la malattia si tradurrà in uno stigma più forte, rispetto a quanto non avvenga in società più egualitarie nelle relazioni di genere». A. Castro e P. Farmer, *Understanding and Addressing Aids-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti*, in «American Journal of Public Health», vol. 95, 2005, n. 1, pp. 53-59.

¹³ A.C. Vargas, *Avere paura, fare paura: stigma e discriminazione nell'esperienza dei giovani sieropositivi*, in C. Di Chio, A. Fedi e K. Greganti (a cura di), *Vivere la sieropositività: i giovani, la comunità, l'aids*, Napoli, Liguori, 2013, pp. 89-108.

le prime volte che si parlava di lui, si parlava di persone senza controlli sessuali, quindi prostitute. Dire che sono sieropositivo è riconoscere pubblicamente che sono promiscuo, che sono senza morale (mediatrice culturale nigeriana, Ospedale Amedeo di Savoia).

Lo stigma temuto genera la paura di rimanere completamente isolati ed è tale da trattenere alcune persone anche dall'affrontare gli screening, per non dover riconoscere a se stessi il loro status di «diversi». I luoghi preposti alle analisi e alla cura, come gli ambulatori delle malattie infettive, vengono da alcuni considerati spazi contaminanti. Il fatto stesso di entrare nell'ospedale viene interpretato dai conoscenti come prova della malattia:

Perché anche le persone che sono infette cercano di vendere una storia bella, senza riconoscere la realtà, per non crearsi il vuoto intorno. Tra i nigeriani si è sparsa la voce che tutte le persone che entrano qua sono malate di Aids. E questo me l'ha detto un giovanotto che era venuto per controllare la sua ragazza che era ricoverata qua. Lui voleva scoprire da me se la ragazza era sieropositiva. Da parte sua la ragazza non voleva che lui sapesse... Io ho risposto al giovane: «Bene, se credi che qua dentro sono tutti malati, credilo pure, da questo momento lo sei anche tu!» (mediatrice culturale nigeriana, Ospedale Amedeo di Savoia).

Se la paura può essere un ostacolo al riconoscimento del proprio stato di salute, anche una volta superato questo primo scoglio e diagnosticata la presenza del virus, diverse persone vivono per anni e anni mantenendo il totale segreto intorno alla loro condizione. Un esempio è quello di una ragazza marocchina con infezione da Hiv individuata nel 2010, in seguito a un aborto volontario. La ragazza lavora regolarmente al mercato e convive con il proprio partner. Non ha voluto condividere con nessuno la propria condizione, neppure con il compagno, e questo ha comportato serie difficoltà nel mantenere la terapia, basata su assunzione regolare di medicine antiretrovirali per due volte al giorno, al mattino e alla sera. Con gli operatori sanitari la ragazza ha sempre affermato di rispettare la terapia, anche se i valori del sangue spesso rivelavano come ciò non fosse vero. La ragazza aveva elaborato un vero e proprio rifiuto della sua condizione, proponendo all'esterno un'immagine di sé totalmente difforme dalla realtà. Gli operatori stanno svolgendo un lavoro molto complesso di assistenza psicologica per permettere il superamento di queste ansie, ma senza il supporto di una rete sociale esterna questo obiettivo è difficile da raggiungere.

La paura dello stigma è vissuta tanto nei confronti dei membri della società maggioritaria quanto nei confronti degli appartenenti al proprio gruppo sociale. Tutto ciò rende particolarmente complesso affrontare le diverse fasi della malattia, dall'individuazione, all'elaborazione della terapia, alla sua prosecuzione nel tempo, soprattutto perché viene a mancare quell'apporto comunitario che invece in molte altre situazioni si è rivelato come una risorsa fondamentale. In questo senso gli operatori sanitari, più

che in altre situazioni, diventano figure fondamentali, gli unici con i quali si condivide un segreto e ai quali si affidano le paure ma anche tutte le speranze di guarigione. La paura dello stigma sociale fa sì che, nel caso delle malattie infettive, anche i percorsi di rientro nei paesi d'origine siano molto più rari rispetto a quelli che abbiamo trovato tra migranti colpiti da altre malattie.

Il paziente non vede una motivazione per tornare a casa. La malattia non è una motivazione per tornare. Anche perché nessuna persona che parte sana vuole tornare malata. Uno parte per cercare benessere, e tornare a casa malato... anche perché c'era un progetto di partenza. Tornare malato dà solo più problemi, e poi con questa malattia, che le persone considerano legata a comportamenti immorali, è davvero impossibile! (mediatrice culturale egiziana, Ospedale Amedeo di Savoia).

3. *Malati si diventa. Il rapporto tra malattie infettive e condizioni di vita*

Se è vero che pochissimi migranti sono arrivati a Torino già infetti, è vero anche che proprio nelle condizioni di vita che si sono trovati a dover affrontare a Torino va cercata la causa delle infezioni e anche le difficoltà di guarigione. Nel caso della tubercolosi, le precarie condizioni abitative sono tra i fattori di rischio più importanti per l'esposizione a bacilli e per la progressione a malattia attivata. In uno studio longitudinale sulle condizioni di salute della popolazione torinese tra il 1973 e il 1999 è emerso come la probabilità di contrarre la tubercolosi e la scabbia sia stata doppia per coloro che risiedevano in quartieri poveri e all'interno di strutture precarie e degradate¹⁴.

Tra le storie di salute raccolte una delle più emblematiche riguarda la vicenda dei richiedenti asilo e dei rifugiati politici che vivono a Torino in edifici abbandonati. Il caso più noto è quello delle palazzine dell'area Moi, un complesso creato per ospitare gli atleti delle Olimpiadi invernali 2006. Dopo la fine delle Olimpiadi le palazzine sono state affidate al fondo Città di Torino, gestito da privati, ma la riconversione a destinazione d'uso residenziale non è stata mai effettuata. Lo stato delle palazzine è peggiorato rapidamente e dopo sette anni, nel marzo 2013, tre delle sette palazzine sono state occupate da rifugiati provenienti dall'emergenza nord Africa, rimasti senza vitto, alloggio o altro supporto allo scadere dei fondi previsti per la prima assistenza. Si trattava di circa 200 persone aiutate da un comitato di volontari del quartiere e da militanti dei centri sociali; durante l'estate del 2013 una quarta palazzina è stata occupata, per raggiungere una presenza

¹⁴ M. Demaria, *La gestione integrata dei dati demografici e sanitari: l'esempio dello studio longitudinale torinese*, in *Disuguaglianze sociali e di salute*, a cura di A. Pullini, Quaderni Ismu, Milano, Fondazione Ismu, 2011, pp. 101-128.

di circa 700 occupanti. Oltre ai primi occupanti sono arrivati, attraverso il passaparola e le reti sociali, rifugiati politici da altre aree del Piemonte e d'Italia. Per lungo tempo gli occupanti sono rimasti privi di domicilio e questo li ha esclusi dal godimento di molti diritti fondamentali che dovevano essere loro garantiti per legge. Nel frattempo si è allargata la rete di realtà in difesa dei diritti degli occupanti: oltre ai centri sociali Askatasuna e Gabrio, la Pastorale Migranti, gli Ingegneri senza Frontiere, la Microclinica Fatih, le Associazioni Frantz Fanon, Mamre, Gruppo Abele, il Sermig e l'Anpi. Grazie alla continua mobilitazione di queste realtà e di alcuni abitanti del quartiere nel gennaio del 2014 il Comune, con un provvedimento unico in Italia, ha previsto per tutti i rifugiati il riconoscimento della residenza nell'ex villaggio olimpico, con l'attribuzione di un indirizzo virtuale «via della casa comunale 3». Per iscriversi all'anagrafe, in mancanza di altro documento di identità, è stato considerato sufficiente il permesso di soggiorno per motivi di protezione internazionale o umanitaria. Il provvedimento ha dunque dato il via libera alla concessione dei documenti di identità e a una serie di benefici previsti dalla legge per lo status di rifugiato, la possibilità di trovare lavoro regolarmente, l'assistenza sanitaria, l'iscrizione ai servizi sociali¹⁵. Questa situazione di apparente stabilizzazione rischia però di essere nuovamente messa a rischio dal provvedimento di sequestro preventivo delle palazzine, emesso nel gennaio del 2015 dal Gip di Torino, provvedimento che prefigura un possibile sgombero¹⁶.

La vita nelle case occupate ha comportato e comporta una serie di importanti problemi dal punto di vista sanitario, problemi legati al sovraffollamento, alla mancanza di riscaldamento e di acqua corrente in molti appartamenti. Su questo punto si è aperto un conflitto tra gli occupanti e le istituzioni comunali in quanto i residenti in città in condizioni di necessità avrebbero diritto a usufruire dei servizi di docce pubbliche. I buoni doccia sono di pertinenza delle circoscrizioni che se ne dovrebbero assumere direttamente i costi ma la Circoscrizione 9, sul cui territorio si trovano le palazzine occupate, non è stata in grado di coprire economicamente questo servizio, senza che il comune abbia istituito un fondo speciale per fare fronte all'emergenza.

¹⁵ In tema di accesso ai servizi sociali la parità con il cittadino è prevista sia dal Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione, norme sulla condizione dello straniero (Testo unico sull'immigrazione, Tui), d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286, *Gazzetta ufficiale* n. 191 del 18 agosto 1998, suppl. ord. n. 139 (art. 41, per permesso di durata almeno un anno) che dal d.lgs. 19 novembre 2007, n. 251, *Gazzetta ufficiale* n. 3 del 4 gennaio 2008, art. 27. Poiché si sono verificati casi di rifiuto di assistenza, si è chiesto che tale rifiuto fosse messo per iscritto in modo da poter intentare una causa contro la discriminazione tramite Asgi, difensore civico o Unar.

¹⁶ *Torino, il giudice sequestra l'ex villaggio olimpico occupato dai profughi: «Va sgomberato»*, 14 gennaio 2015, http://torino.repubblica.it/cronaca/2015/01/14/news/torino_il_giudice_sequestra_l_ex_villaggio_olimpico_occupato_dai_profughi_va_sgomberato-104924110.

La mancanza di igiene e la precarietà delle condizioni di vita hanno portato alla comparsa di casi di malattie infettive, in particolare di tubercolosi, come ci è stato documentato da una mediatrice culturale somala che segue molti pazienti in un ambulatorio pubblico:

Qua da noi vengono molti ragazzi somali. Sono giovanissimi, hanno tra 20 e 23 anni, soprattutto uomini ma ci sono anche ragazze. Quasi tutti hanno l'asilo, alcuni hanno il sussidiario, altri l'umanitario. Molti di loro hanno la tubercolosi. Alcuni l'avevano presa in Somalia e poi è esplosa qua. A una ragazza di 21 anni la tubercolosi ha mangiato tutta la schiena, adesso deve usare un busto, perché lei ci camminava sopra senza rendersi conto; il dolore è aumentato fino a quando è crollata per terra e l'hanno portata in pronto soccorso e poi è stata mandata da noi. Adesso se a Torino un somalo ha la febbre alta, la prima cosa che si fa è il controllo della tubercolosi. I somali che vivono nelle case occupate si ammalano perché sono denutriti, non hanno da mangiare bene, un giorno mangiano e l'altro no, poi bevono acqua sporca. Questo succedeva già prima di partire, ma succede anche qua: per mangiare vanno in chiesa, ma magari lì ricevono solo prosciutto, e non mangiano, saltano il pasto... E poi, sempre nelle case occupate, è comparsa la scabbia. Lì dentro era tutto vuoto, trovano i materassi nella spazzatura e li portano in casa per avere un posto dove dormire. La dottoressa ha spiegato che bisognerebbe chiudere in busta sigillata di plastica e combattere con vapore per uccidere gli acari entrati nel materasso, ma come si fa in quelle condizioni? Lì nelle case è freddo, in inverno... cinque persone in una stanza piccolissima! (mediatrice culturale somala, Ospedale Amedeo di Savoia).

Come questa mediatrice ha messo in luce è molto complesso mettere in atto misure preventive per la diffusione delle infezioni quando è tutto l'insieme delle circostanze di vita a presentare caratteri di eccezionalità. I bisogni di quanti sono colpiti da malattie infettive non sono solamente sanitari, ma anche e soprattutto sociali. La scoperta della malattia ha una serie di ulteriori implicazioni che non fanno che aggravare una situazione già precaria in partenza. La terapia, nei casi più gravi, può comportare il ricovero ospedaliero per più di un mese, e vi sono pazienti che per questo hanno perso il lavoro. Gli operatori sanitari finiscono per svolgere un complesso lavoro di mediazione, non solo sanitaria ma anche sociale: si occupano di facilitare l'accoglienza nei dormitori e nelle mense pubbliche, forniscono informazioni e contatti con i servizi sociali disponibili sul territorio.

Vi sono anche casi di migranti che scoprono la malattia in fase così avanzata da non poter essere recuperati in alcun modo. Tra le tante storie ascoltate quella che ci ha più colpito riguarda un anziano marocchino senza fissa dimora, per il quale era complicato perfino avviare una terapia chemioterapica:

Dopo che è arrivato da noi, con infezione da Hiv, si è scoperto che aveva anche un tumore polmonare. La dottoressa dell'ospedale voleva iniziare la cura della chemioterapia con lui ma ci ha detto che era una follia somministrare la chemio a

una persona senza fissa dimora. Se poi fosse caduto per strada o avesse vomitato... Aveva bisogno di qualcuno che l'accudisse. Ma lui a Torino non aveva proprio nessuno. Abbiamo cercato in tanti posti, alla fine siamo riusciti a trovare uno spazio al Cottolengo, nella casa di accoglienza, in un posto proprio eccezionale; era una stanza dove il prete immagazzina i vestiti e le cose che arrivano, lì ha messo un lettino e questo signore è vissuto lì fino a quando non è mancato (mediatrice culturale egiziana, Ospedale Amedeo di Savoia).

Questa storia rappresenta un caso limite, ma sono molte le situazioni in cui a causa di problemi materiali le persone procrastinano il momento del primo controllo, incontrando spesso i medici quando l'infezione è in fase avanzata e quindi molto più complessa da curare. E, sempre per impedimenti di ordine materiale, spesso le terapie vengono interrotte o portate avanti con estrema difficoltà e discontinuità.

4. *Comunicare, comprendere e dare senso alla malattia*

Un aspetto centrale per la prevenzione e anche per la cura delle malattie infettive riguarda l'informazione. Ci siamo interrogati su quanto i migranti sappiano dell'esistenza di determinate malattie, quanto siano consapevoli dei rischi che corrono adottando determinati comportamenti e quanto siano informati sull'esistenza di specifici servizi sul territorio per il controllo e la cura. Dai colloqui che abbiamo avuto con gli operatori è emerso come, per quanto riguarda l'Hiv, vi sia ormai una diffusa consapevolezza all'interno di determinati gruppi sociali; le persone si recano a svolgere controlli periodici, soprattutto attraverso il passaparola. Tra le ragazze che si prostituiscono, soprattutto nigeriane, si è consolidata la pratica degli screening, così come avviene tra molti appartenenti alla comunità omosessuale, soprattutto italiana.

Come ci ha raccontato una mediatrice nigeriana le sue connazionali sono «ossessionate» dal loro stato di salute, hanno un grande timore del virus e per questo, una volta scoperta l'esistenza degli ambulatori, si fidelizzano per effettuare gli screening periodici. Nella scelta di frequentare gli ambulatori conta anche molto la consapevolezza che il servizio è gratuito:

Allora, le donne nigeriane, visto che questo è un ambulatorio particolare, quando una viene inviata da un medico o un'associazione, viene e quando scopre che c'è questo servizio, cosa fa? Torna a casa e chiama la sua amica e dice: «Sono andata a fare il test, e c'è questo e quello. Perché non vieni?». E quella va, anche perché hanno quella sensazione che vogliono controllare il proprio stato di benessere, continuamente. Perché sono fissate, lo fanno regolarmente. Se non devono pagare lo fanno. Se invece credono che è a pagamento rimandano e rimandano. Se credono che è costoso, vedono, ci pensano un po' (mediatrice culturale nigeriana, Ospedale Amedeo di Savoia).

C'è ancora un deficit di informazione che colpisce i migranti più marginali, i più difficili da raggiungere attraverso i canali istituzionali. Per queste persone l'arrivo agli ambulatori specialistici avviene solo dopo il passaggio dai pronto soccorso o da altre istituzioni di volontariato sanitario che forniscono assistenza di base, alle quali spesso arrivano in condizioni di emergenza. Molti di questi pazienti sono irregolari, dunque privi del medico di base ma anche della tessera Stp, poiché spesso non hanno alcuna consapevolezza dei loro diritti. Il primo passaggio che viene effettuato, quando arrivano questi pazienti, è il loro invio agli ambulatori Isi per l'iscrizione e l'emissione della tessera Stp; per i casi più complessi, che richiedono un immediato ricovero, è stata introdotta la possibilità di invio della domanda di iscrizione via fax, con l'obbligo di firma da parte dei pazienti dopo la dimissione.

Gli operatori medici torinesi sono da tempo consapevoli delle criticità sul piano informativo e per questo hanno elaborato metodologie di intervento che permettano di avvicinarsi il più possibile alle fasce deboli della popolazione. L'ospedale di malattie infettive ha aperto punti di consulenza decentrati presso gli ambulatori del Sermig e dell'Associazione Camminare insieme, luoghi molto frequentati da migranti poveri e privi di documenti. Gli operatori entrano in contatto con le persone in attesa della distribuzione di pacchi di viveri o di visite specialistiche, proiettano un video divulgativo sulle malattie infettive, forniscono informazioni e invitano a effettuare lo screening sul posto. Sempre seguendo una simile filosofia alcuni medici volontari, dall'estate del 2014, in seguito alle ripetute segnalazioni di casi di scabbia e tubercolosi, gestiscono uno sportello di informazione e consulenza all'interno delle palazzine del Moi, dove indirizzano gli occupanti ai vari servizi pubblici disponibili sul territorio. Anche il progetto di formazione sanitaria sulle malattie infettive, organizzato in alcune sale di preghiera islamiche torinesi, nasce dal bisogno di maggiore informazione, denunciato sia dagli operatori medici che dalle stesse comunità. All'analisi di questa esperienza dedichiamo più spazio nel settimo capitolo.

Per ottenere una buona efficacia negli interventi tuttavia è importante non solo promuovere campagne informative ma comprendere anche come tali campagne vengano recepite da parte dei destinatari, all'interno di quali sistemi di significato le persone collochino l'esperienza della malattia e quali spiegazioni diano sulle cause e sulle conseguenze.

Per le donne nigeriane il peso dei sistemi di credenze tradizionali rimane molto forte, come ha testimoniato una mediatrice:

Ogni tanto incontriamo una persona che dice che la malattia non è sua, perché è del voodoo. L'influenza del voodoo è molto forte, le persone hanno paura. La ragazza ci dice «io non c'entro, sono gli altri che mi hanno portato la malattia». Poi succede che non segue la terapia, lei si deresponsabilizza. Anche su questo lavoriamo. Un altro problema sono i comportamenti scorretti in gravidanza. Le

donne gravide, se infette, devono fare molta attenzione. Da noi in Nigeria la donna quando è incinta deve muoversi velocemente, fare delle corse ogni giorno, perché deve dimostrare che continua a essere una donna, cioè una moglie, una madre attiva. E questo è un rischio perché muovendosi troppo possono infettare il feto ed è complicato spiegare che devono fare molta attenzione (mediatrice culturale nigeriana, Ospedale Amedeo di Savoia).

La scoperta dell'infezione è vissuta come una tragedia, perché la sua presenza entra in conflitto spesso con l'ideale di maternità, molto importante per tante donne africane. La priorità per queste donne è dimostrare le proprie capacità riproduttive:

C'è un grande lavoro da fare con queste donne. Ancora di più del virus, quello che le spaventa è il fatto che il ruolo materno è messo a rischio. Se il papà non c'è non è un problema, può andare bene anche avere il bambino da sole, l'importante è che il figlio si faccia... perché pensano così, la mia amica ha un figlio, abbiamo quasi la stessa età, e allora devo fare anche io un figlio, se no pensano che c'è qualcosa in me che non va. Sai quanta gente c'è che dice che vuole rimanere incinta, ma solo perché deve rimanere incinta, per dire che è in grado di farlo? (mediatrice culturale nigeriana, Ospedale Amedeo di Savoia).

Il tema della malattia che si manifesta come punizione per comportamenti immorali è ricorrente e ha declinazioni differenti a seconda dei contesti culturali di provenienza. Spesso i sistemi di credenze religiose contribuiscono ad avvallare e sostenere meccanismi di colpevolizzazione e auto-colpevolizzazione. Le connessioni tra religione, moralità e sessualità sono molto complesse. Per esempio nella religione pentecostale, alla quale molti migranti africani si sono convertiti, l'infezione da Hiv e l'Aids sono la prova della presenza di Satana e sono considerate una sfida alla capacità di vivere da buoni cristiani. Spesso gli infetti sono accusati di progettare deliberatamente l'infezione di altre persone per trascinarle con sé nel peccato, e lo stesso utilizzo dei preservativi nelle relazioni sessuali è implicitamente considerato un'ammissione di immoralità e di promiscuità¹⁷. L'interpretazione religiosa della sessualità propone l'astinenza prematrimoniale come comportamento morale e condanna anche l'utilizzo dei preservativi all'interno di relazioni sessuali «moralì». Tra i giovani che sono sessualmente attivi tali interpretazioni religiose della malattia e tali giudizi morali sui comportamenti sessuali creano dunque ostacoli alla valutazione reale dei rischi sanitari. Simili visioni si ritrovano anche tra giovani migranti incontrati a Torino. La fede religiosa d'altra parte ha un ruolo fondamentale nei percorsi di accettazione e superamento della malattia. Le chiese sono per molti pazienti gli

¹⁷ D.J. Smith, *Youth, Sin and Sex in Nigeria: Christianity and Hiv/Aids-related Beliefs and Behaviour among Rural-urban Migrants*, in «Culture, Health, Sexuality», vol. 6, 2004, n. 5, pp. 425-437.

unici spazi dove possono trovare una risposta spirituale alle ansie legate alla malattia¹⁸. I racconti sono molto espliciti al riguardo:

Quando ero ammalata e mi hanno ricoverata in ospedale le uniche persone che venivano a trovarmi erano quelle della mia Chiesa, in particolare il pastore. Io frequento quella comunità dal 1999. Non mi portavano cibo perché me lo davano in ospedale, ma venivano a pregare con me; le medicine sono state importanti, ma anche la fede lo è stata. Una signora della Chiesa doveva andare a Gerusalemme e le ho chiesto di portarmi l'acqua del fiume Giordano perché sapevo che Gesù si era battezzato lì. La signora mi ha portato la bottiglia con l'acqua e io ho bevuto ogni giorno, da quando sono tornata a casa. Quest'acqua io l'ho usata anche per lavarmi, perché in quest'acqua è stato battezzato Gesù. I medici nel 2000 mi hanno detto che ero quasi morta, che entro la fine dell'anno non c'ero più. Eppure sono ancora viva, ho fatto un secondo figlio, ho ridotto anche le medicine. Anche grazie a quest'acqua miracolosa! (Beauty, 35 anni, Nigeria).

Questa paziente non ha mai rivelato al pastore e ai confratelli l'esatta origine della sua malattia, tuttavia si è creata un percorso di senso nel quale ha armonizzato medicina moderna e credo spirituale. Pur non essendo una priorità nella tutela del diritto alla salute e anche se talvolta le strategie spirituali possono entrare in conflitto con i percorsi di guarigione proposti dalla bio-medicina, il dialogo tra gli operatori medici e gli esponenti di queste realtà religiose è molto importante.

Vi sono anche alcuni intervistati che si sono mostrati fortemente critici sui comportamenti dei pastori religiosi, perché a loro dire promuovono un approccio esclusivo e integralista:

Ci sono preti che dicono: «Se tu vuoi guarire, sei guarita, ma se tu non vuoi, non guarirai». Quindi tutto dipende dalla volontà del malato. Ora, è vero che la situazione psicologica del malato conta, è vero, ma non fino al punto di guarire senza prendere medicine. Ho un'amica egiziana e ci sono dei nigeriani che sono venuti a casa sua, a pregare, a leggere il Vangelo. Lei aveva la tubercolosi, era in fin di vita, e le hanno detto: «Se tu vuoi, guarirai». E quando è morta questa mia amica la risposta che loro mi hanno dato è stata: «Sapevamo che doveva morire... perché lei non voleva vivere» (Amira, 50 anni, Egitto).

I percorsi terapeutici possono essere molto lunghi e richiedono un alto livello di consapevolezza e accettazione. Uno strumento che è stato elaborato e viene proposto ai pazienti, in caso di esito positivo dello screening, è la consulenza di uno psicologo. Tuttavia non sempre questa forma di as-

¹⁸ Sul ruolo che la religione e le chiese pentecostali hanno nel rispondere alla crisi di senso legata alla migrazione, tra i nigeriani di Torino si veda anche P. Cingolani, *Coming from Naija to Torino: esperienze nigeriane di immigrazione e di fede*, in *Più di un sud. Studi antropologici sull'immigrazione a Torino*, a cura di P. Sacchi e P. Viazzo, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 120-154.

sistenza viene accettata dai pazienti, in quanto percepiscono tale approccio come troppo etnocentrico. Per alcuni intervistati ai malati non serve la figura professionale dello psicologo, quanto piuttosto padri spirituali e comunità di amici:

Bisogna conoscere la persona, poi ci si confronta, si cerca di capire se la persona ha bisogno o no di psicologo. Non è una regola universale. Perché spesso, almeno i nigeriani e gli altri africani, non hanno bisogno dello psicologo, ma hanno bisogno di un loro padre culturale; la psicologa, anche con tutte le sue specializzazioni, non riesce ad aiutare. Secondo me in questi casi bisogna collegare la persona con qualche gruppo dove si trova bene. Nel senso che è meglio dire di andare in questa chiesa o associazione dove può trovarsi bene. E in effetti ho visto che loro vanno e stanno bene, si ritrovano (mediatrice culturale nigeriana, Ospedale Amedeo di Savoia).

Il tema dell'accettabilità culturale della malattia e delle cure è legato strettamente anche al nodo della mediazione culturale, alla preparazione professionale e agli strumenti messi in campo. In questo ambito sanitario più che in altri è emerso come la presenza di mediatori provenienti dallo stesso gruppo culturale dei pazienti possa creare forte disagio anziché facilitare il dialogo. Non sempre i pazienti hanno piacere di incontrare una figura «interna» alla loro comunità, perché temono di essere giudicati moralmente e soprattutto temono che il segreto della malattia venga tradito:

Io dall'inizio non ho voluto la mediatrice perché le cose importanti potevo dirle direttamente alla dottoressa, la dottoressa capiva l'inglese e io capivo l'italiano. Quell'altra donna nigeriana mi faceva sentire come a un esame. E poi qua il mondo è piccolo e chi mi assicurava che poi, fuori di lì, lei non parlava con altri? È meglio raccontare le mie cose a un italiano che a uno della mia comunità. Andrebbe bene anche un mediatore egiziano che anche quello parla italiano, ma un nigeriano proprio no (Beauty, 35 anni, Nigeria).

Pur considerando tutte queste criticità, è importante sottolineare come la totalità dei pazienti intervistati, superate le difficoltà di accesso e gli scogli culturali, abbia dimostrato un alto grado di soddisfazione per la qualità dei servizi ricevuti e per la relazione costruita con il personale medico. Una delle storie più significative è quella di Alima, una ragazza di 34 anni di origini marocchine, malata di tubercolosi dall'età di 17 anni. In Marocco la malattia non aveva dato manifestazioni particolarmente violente, ma poi, al peggiorare della situazione, nel 2010 è diventato per lei necessario raggiungere i genitori e i fratelli residenti da tempo a Torino. A causa di una crisi è stata portata dal padre nel pronto soccorso di un importante ospedale cittadino e da lì indirizzata a un ambulatorio specialistico. La tubercolosi diagnosticata era linfonodale, con manifestazioni intermittenti e imprevedibili e ha richiesto una terapia molto più lunga rispetto a quella prevista per la

tubercolosi polmonare. La malattia, in Italia, ha compromesso la capacità di Alima di organizzarsi autonomamente le giornate, impedendole per esempio di avere un'occupazione lavorativa stabile. Dopo essere entrata in contatto con il personale dell'ambulatorio è diventata progressivamente più autonoma, rinunciando per esempio alla mediazione del padre durante le visite. Nel decorso della malattia non ha mai avuto contatti con il suo medico di base, il principale punto di riferimento è diventato il personale dell'ambulatorio. Solo la famiglia è a conoscenza della malattia in quanto Alima non ne ha mai parlato con i connazionali, dimostrando una profonda vergogna sociale; ha costruito un solido rapporto di fiducia con gli operatori medici e anche con la mediatrice araba, e questo ha reso possibile lo svolgimento della terapia con efficacia.

5. *Un approccio integrato alla malattia di madri straniere*

Come si è visto le malattie infettive rappresentano un'area di particolare complessità poiché i soggetti che ne sono colpiti spesso soffrono di forme di discriminazione multipla, legate alle caratteristiche delle malattie, difficilmente identificabili e fortemente stigmatizzate, alle caratteristiche soggettive dei malati, spesso portatori di plurime fragilità, e alle caratteristiche dei contesti sociali e materiali di vita. Gli interventi per tutelare il diritto alla salute di questi malati dovrebbero adottare un approccio integrato, attento a tutti questi aspetti.

Uno dei casi nei quali la discriminazione multipla è più forte è quello delle mamme sieropositive che si trovano a dover affrontare due percorsi in parallelo, quello della malattia e quello della maternità, in condizioni di forte fragilità personale, familiare e sociale. Queste donne sono in parte italiane e provengono dal mondo della tossicodipendenza, ma in numero preponderante sono immigrate, spesso irregolari, che hanno contratto il virus per via sessuale. La trasmissione da mamma a bambino dell'Hiv avviene nel 15-20% dei casi, percentuale che aumenta fino al 30% se la mamma allatta. Grazie a interventi mirati, ovvero con la somministrazione di farmaci in gravidanza, con il taglio cesareo e con il blocco dell'allattamento materno, questo tasso di trasmissione si può ridurre al 2%. Per ottenere questi obiettivi è importante facilitare l'accesso alle strutture sanitarie e sostenere le corrette terapie antiretrovirali. Il diritto ad avere una serena maternità che non metta a rischio la salute del bambino è spesso compromesso dalle difficoltà socio-economiche nelle quali le donne si trovano.

Per rispondere a queste problematiche dal 2000 l'Azienda sanitaria ospedaliera Oirm-S. Anna, centro di riferimento regionale Hiv per l'ostetricia, la ginecologia e la pediatria, in collaborazione con l'ospedale per le malattie infettive Amedeo di Savoia e l'Associazione Gruppo Abele, ha avviato un pro-

getto di assistenza integrata denominato *Mamma+*. Questo progetto è basato sulla consapevolezza che «per assicurare e garantire alla diade mamma-bambino una corretta assistenza sanitaria è necessario adoperarsi per rimuovere gli ostacoli sociali e culturali che rischiano di compromettere il raggiungimento dell'obiettivo sanitario»¹⁹.

Il progetto è stato presentato all'Assessorato alla tutela della salute e sanità della Regione Piemonte, ed è stato sostenuto con i finanziamenti provenienti dal Fondo sanitario nazionale a favore dei soggetti affetti da Hiv/Aids. Questo progetto, come già evidenziato in precedenti studi²⁰, si è basato su contributi rinnovati annualmente ma tagliati del 50% nel 2012; queste riduzioni sono andate a incidere sul numero di ore lavoro degli assistenti sociali e sui contributi alle spese ordinarie per le madri, come il sostegno agli affitti o alle spese farmacologiche.

Ogni intervento è di durata compresa tra i 12 e i 18 mesi e si sviluppa dalla presa in carico della mamma in gravidanza fino al compimento dell'anno d'età del bambino. Una prima fase è durante la gravidanza e coinvolge il personale dell'ambulatorio ostetrico ginecologico, l'assistente sociale del S. Anna e l'educatrice del Gruppo Abele. Una seconda fase, dopo la nascita del bambino, coinvolge il personale e l'assistente sociale del Reparto malattie infettive dell'Oirm e l'educatrice del Gruppo Abele. Tutte queste figure accompagnano prima la mamma e poi la mamma e il bambino in un percorso di integrazione socio-sanitaria, con visite negli ambulatori e visite a domicilio. La metodologia si basa sul lavoro d'équipe, con incontri mensili e con la supervisione dell'intervento educativo da parte della neuropsichiatra infantile dell'Oirm. Al gruppo di lavoro iniziale sono state integrate, nel corso del tempo, altre figure professionali con competenze specifiche, come etnopsichiatri del Centro Frantz Fanon per l'assistenza psicologica transculturale, avvocati per le questioni giuridiche relative ai documenti e consulenti del lavoro per l'inserimento professionale delle donne.

Nel corso degli anni ci sono stati cambiamenti importanti per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche dell'utenza. Nei primi anni del progetto le donne erano prevalentemente italiane con esperienza di tossicodipendenza attiva o trascorsa, il 70% dei casi, mentre negli anni successivi si è arrivati a una maggioranza di donne straniere, il 90% nel 2012, con infezione contratta quasi esclusivamente per via sessuale. All'inizio le donne che, venute a conoscenza dell'infezione, decidevano di portare avanti la gravidanza erano molto poche; nel 1989 si registravano in città meno di 10 parti all'anno. La fiducia nell'efficacia delle cure, promossa anche dal progetto, ha fatto sì che molte donne abbiano scelto di arrivare al parto, con più di 30

¹⁹ Regione Piemonte, Assessorato alla tutela della salute e sanità, Ufficio Dipendenze e Aids, *Mamma+. Progetto di assistenza integrata alle donne gravide HIV+ e alla coppia mamma-bambino. Sette anni di attività e prospettive future*, Cuneo, Edizioni Publiedit, 2008, p. 7.

²⁰ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 88.

casi all'anno nel 2005. Le donne straniere coinvolte sono prevalentemente di origine sub-sahariana, senza permesso di soggiorno, vivono in condizioni di forte isolamento e marginalità sociale, con famiglie lontane, spesso senza un partner, senza un'occupazione stabile e con condizioni abitative precarie e degradate. Le parole di un'educatrice coinvolta nel progetto ben riassumono questa complessità:

L'obiettivo del progetto, oltre a quello prettamente sanitario, è riuscire ad attivare una rete di supporto in senso ampio. Il diritto alla salute di mamma e bambino è garantito solo se si riescono a soddisfare tutta una serie di altre condizioni. Per questo ci affianchiamo alla madre, con supporto psicologico per lei e con un aiuto nella gestione del bambino, tramite l'inserimento al nido, in alcuni casi la consulenza della neuropsichiatria infantile, l'assistenza all'inserimento lavorativo e il sostegno per il primo anno alle tante spese ordinarie, come quelle per la casa. Nei primi sei mesi del bambino il sistema sanitario nazionale garantisce il latte in polvere a tutte le madri con patologie a rischio di infezione per il nuovo nato. Dopo questo periodo però il contributo finisce e compriamo noi sia il latte che i pannolini, rimborsiamo gli scontrini farmaceutici, seguiamo anche le consegne di cibo con il banco alimentare. Anche per l'aspetto del lavoro la situazione è drammatica: le donne, nei casi in cui avevano un lavoro, con la gravidanza lo perdono e dopo faticano molto a recuperarlo. Alcune lavoravano in strada come prostitute, non sappiamo se dopo il parto praticano ancora, e pochissime di loro sono inserite in cooperative di servizi, alcune fanno le pulizie o le badanti. Senza entrate economiche di alcun tipo è messo a rischio anche il diritto alla casa. Un esempio è quello di una donna nigeriana sieropositiva con tre figli che dopo il parto del terzo figlio è rimasta senza lavoro; ha dieci mensilità di mutuo di arretrato ed è alla soglia dello sfratto. Il compagno aveva un call center che poi è fallito, ha aperto la partita iva ma adesso ha un debito di 30.000 euro per chiuderla. Il fatto di avere partita iva non fa considerare ai servizi sociali comunali questa famiglia in situazione di necessità e dunque meritoria di assistenza. Stiamo disperatamente cercando di capire come fare da cuscinetto, perché questa donna rimarrà senza casa, senza lavoro e con i costi per i bambini... L'obiettivo finale è assicurare la salute e l'autonomia; non è semplice diventare mamme oggi, non lo è a maggior ragione se si è straniere e malate! (educatrice del progetto *Mamma+*).

Il quadro delle persone prese in carico nel progetto ripropone molti dei problemi emersi dalle interviste con altri pazienti di malattie infettive, qui aggravati dal fatto che le pazienti sono donne e con figli piccoli a carico. Nei primi mesi di vita del bambino queste donne devono fronteggiare una profonda solitudine. Spesso non condividono con nessuno, al di fuori dei medici e delle educatrici, la loro situazione di salute e ciò rende più complessi anche gli interventi di accompagnamento. Il lavoro di rete è parziale perché non può includere e valorizzare le risorse relazionali provenienti dalle comunità di appartenenza di queste donne. Situazione ancora più complessa è quella nel quale il partner non è presente o se presente non è al corrente dello stato di salute della donna e del figlio.

Il racconto di Queen è particolarmente significativo. Queen è una donna nigeriana di 40 anni di origine Edo nata a Benin City, nel sud est della Nigeria, e cresciuta nella grande città di Lagos. In Nigeria ha lavorato come sarta fino al 2000, quando ha dovuto emigrare a causa della crisi economica, soprattutto per aiutare il fratello e la sorella minore. Queen è arrivata a Torino dove è rimasta senza documenti per sei anni, arrangiandosi grazie al lavoro informale di sarta. Nel 2006 ha ottenuto un contratto di lavoro regolare con una cooperativa per la pulizia di camper e anche il permesso di soggiorno. Ha mantenuto questo lavoro fino al 2009, quando è stata licenziata. Nel 2007 Queen ha iniziato una relazione con un connazionale, rimanendo per due volte incinta e abortendo. Nel 2009, alla terza gravidanza, nonostante la contrarietà del compagno, ha deciso di tenere il bambino ma è stata abbandonata dall'uomo. In occasione delle visite per questa gravidanza Queen ha scoperto di essere sieropositiva ed è stata affidata all'ambulatorio del S. Anna, oltre che all'ambulatorio di malattie infettive dell'Amedeo di Savoia. Dopo una valutazione attenta ha accettato di entrare nel progetto *Mamma+*; l'educatrice ha accompagnato Queen alle visite e ha mediato nei due contesti ospedalieri, oltre a metterla in contatto con l'assistenza sociale comunale. Queen ha rifiutato dall'inizio la presenza della mediatrice culturale nigeriana, perché afferma di non aver mai avuto nessun problema di comprensione linguistica. La situazione sanitaria è precipitata: in gravidanza Queen ha perso molto peso, passando da 80 a 56 chili, rifiutava il cibo ed è stata costretta a trascorrere molto tempo in ospedale, dove era alimentata con flebo e trattata con una forte terapia antiretrovirale. La figlia è nata a termine con parto cesareo, senza essere infetta; dopo il parto Queen è stata ancora seguita per un anno. Con la nascita della bambina la situazione socio-economica è peggiorata, tanto che Queen ha perso la casa. Grazie all'intermediazione dell'educatrice è stata accolta in una residenza per coppie mamma bambino in difficoltà. La figlia, dall'età di quattro mesi, è stata inserita al nido e nello stesso periodo Queen ha ottenuto una borsa lavoro in una grande sartoria, grazie alla quale è riuscita a pagare l'affitto in un alloggio privato. Successivamente la donna ha fatto domanda e ha ottenuto un appartamento in case popolari, con un contributo dell'assistenza sociale di 90 euro per pagare il canone d'affitto. Al momento Queen ha perso questo contributo ed è in attesa di una risposta dall'Ufficio Pio della Compagnia di San Paolo. Affronta le spese quotidiane, per la sua cura e quella della bambina, grazie ai piccoli guadagni del lavoro di sarta che svolge informalmente in casa sua. È qui che l'ho incontrata:

Io volevo proprio questa bambina, per questo poi l'ho chiamata Blessing. Il mio compagno non la voleva e anche per questo io l'ho lasciato. Lui stava sulle mie spalle, non faceva nulla. Gli uomini non si vogliono prendere responsabilità. Io lavoravo, anche quando ero incinta, e il mio compagno non faceva nulla, proprio nulla e anche per questo non gli ho mai detto niente della mia malattia, perché

tanto non era dalla mia parte. Io senza Maria, l'educatrice, non ce l'avrei mai fatta. Lei è come il padre e io la madre di Blessing, così io dico sempre [...] Lo hanno detto anche i dottori che la mia bambina è stata un miracolo! Da sola crescere una figlia non è facile, ma anche Dio mi aiuta tanto. Dio dice di perdonare e di lasciar perdere tutto e di non pensare alle difficoltà. Per curarmi ho provato anche altre cose, ho usato una radice che ho pagato 6.000 euro, me l'hanno mandata dalla Nigeria, ma non è servita a nulla. Per la mia malattia è servita solo la medicina italiana e la preghiera. Adesso sono in pace con me e con la mia malattia (Queen, 40 anni, Nigeria).

Nel racconto di Queen si ritrovano molti elementi interessanti; innanzitutto emerge con forza il desiderio di maternità, portato avanti in solitudine e in totale assenza della figura paterna, sostituita, nelle parole di Queen, dall'educatrice del progetto. La rete tessuta dagli operatori tra i diversi servizi è stata risolutiva sia per la dimensione della salute che per quella lavorativa, abitativa ed educativa del figlio. L'infezione è elemento costante sullo sfondo, che riemerge con forza nei momenti più critici, ma con il quale Queen ha imparato a convivere, arrivando a un'intima accettazione. Questo è avvenuto grazie alla combinazione tra un supporto più pratico, da parte degli operatori socio-sanitari del progetto, e un supporto emotivo e spirituale, proveniente dall'esperienza di fede. Storie come questa dimostrano l'importanza di un approccio alla salute dei migranti che non si limiti alla garanzia dei diritti sanitari, ma cerchi di coinvolgere la sfera sociale più ampia.

La mediazione interculturale e la formazione

1. *Mediazione e interculturalità*

Nel corso delle due fasi della ricerca, la mediazione interculturale è emersa come una risorsa essenziale nella tutela del diritto alla salute dei migranti. L'importanza di questo strumento è stata rilevata sia dagli operatori, sia dagli utenti che hanno avuto modo di incontrare questa figura professionale nel corso della loro permanenza in Italia. Tuttavia si riscontrano ancora delle criticità che mettono a rischio il potenziale di questa figura e non c'è ancora sufficiente chiarezza intorno alle competenze e al ruolo dei mediatori interculturali.

La parola «mediazione», deriva dal latino *mediatio*, *-ōnis* ed è collegata alla parola *medius*, «nel mezzo, centrale», ma anche «intermedio», «ambiguo», «neutrale». Si tratta quindi di un concetto che apre un vasto orizzonte semantico: mediare rimanda al processo di costruzione di punti di incontro fra posizioni opposte; all'arte di conciliare esigenze divergenti in modo creativo; alla possibilità di generare relazioni fra le parti e di trovare compromessi che, in qualche modo, possano venire incontro alle loro diverse aspettative; alla capacità di mantenere una posizione neutrale, idealmente equidistante da quelle fra cui il mediatore agisce come intermediario, accettando l'ambiguità insita in questo precario gioco di equilibri.

Anche se sono state usate altre denominazioni per la mediazione interculturale, oggi questo è l'appellativo più diffuso e più appropriato, dato che enfatizza la possibilità di dialogo e di scambio reciproco tra persone che provengono da culture diverse. Il concetto stesso di «mediazione» chiama in causa un'idea relazionale e fluida di identità e una nozione dinamica di cultura, vista non come un'entità reificata, statica e dai confini ben definiti, ma come un costrutto sociale: «un sistema di concezioni ereditate espresse in forme simboliche per mezzo di cui gli uomini comunicano, perpetuano e sviluppano la loro conoscenza e il loro atteggiamento», per citare una defi-

nizione formulata dall'antropologo Clifford Geertz¹. Ammettere che è possibile «mediare fra le culture» implica vedere queste come sistemi aperti di saperi operativi che orientano l'agire e che possono modificarsi, permettendo ai soggetti di conferire senso ad una realtà dinamica e di adattarsi al cambiamento. Le culture, in un mondo sempre più caratterizzato dalla mobilità, possono anche essere pensate come delle entità transnazionali, «strutture di significato che viaggiano su reti di comunicazione sociale non interamente situate in alcun singolo territorio»².

Il concetto di «interculturalità», tuttavia, va problematizzato alla luce delle circostanze storiche e politiche che condizionano le relazioni fra i paesi e fra le culture. Non va dimenticato, infatti, che l'incontro fra i migranti e la società ospitante non è né paritario, né neutro: esso è intrinsecamente asimmetrico ed è condizionato dalle disuguaglianze storiche nella distribuzione delle risorse globali, dalle politiche migratorie e dalle dinamiche di potere. L'inserimento del migrante avviene spesso in condizioni di «integrazione subalterna» e non sempre sono garantite condizioni eque di convivenza. Come afferma la sociologa Giovanna Ceccatelli Gurrieri «la concettualizzazione e l'esperienza della mediazione culturale ci costringono a riflettere sulle condizioni che consentono l'avvicinamento all'altro, al diverso da noi, e, inevitabilmente, alla costruzione di una relazione concreta con lo scarto, la differenza, l'errore di cui, in fondo, lo pensiamo portatore»³.

La mediazione interculturale è innanzitutto un processo comunicativo, che trova il suo fondamento nel dialogo. Essa è uno strumento complesso, che in Italia si è sviluppato soprattutto a partire dall'inizio degli anni Novanta, in concomitanza con l'intensificarsi dei flussi migratori, che hanno reso frequente l'interazione con migranti provenienti da realtà linguistiche, culturali, geografiche e sociali con cui gli operatori avevano una scarsa familiarità. Il malinteso e il conflitto non si sono fatti attendere in campi spesso altamente burocratizzati, non di rado caratterizzati da una forte rigidità strutturale.

La presenza degli «altri» – gli stranieri – comincia in quegli anni a diventare significativa e fra gli operatori più attenti, si fa strada la consapevolezza dei limiti delle procedure consolidate e delle loro stesse competenze. Emerge così la necessità di formare figure capaci di agire come intermediari linguistico-culturali nella fase di prima accoglienza dei migranti e, successivamente, anche in altre realtà, fra cui quella sanitario-assistenziale:

¹ C. Geertz, *The Interpretation of Cultures*, New York, Basic Books, 1973, trad. it. *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino, 1998, p. 113.

² U. Hannerz, *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*, New York, Columbia University Press, 1992, trad. it. *La complessità culturale. L'organizzazione sociale del significato*, Bologna, Il Mulino, 1998.

³ G. Ceccatelli Gurrieri, *Mediare culture. Nuove professioni tra comunicazione e intervento*, Roma, Carocci, 2003, p. 27.

Noi abbiamo fatto il corso nel 96-97 e poi abbiamo fatto il tirocinio all'Amedeo di Savoia, dove io lavoro ancora, e al Sant'Anna-Regina Margherita. C'era tanto bisogno di mediatori, praticamente dove andavi a fare il tirocinio ti prendevano. Allora non c'era nessuno che ti dicesse cosa fare, non esistevano i mediatori, in un certo senso il mestiere l'abbiamo creato noi. Noi eravamo legati con gli assistenti sociali all'inizio. In alcuni ospedali questi uffici sono ancora insieme, ma in altri siamo sotto l'Urp, come alle Molinette (mediatrice culturale albanese)⁴.

La mediazione interculturale, già sperimentata in altri paesi europei che si erano confrontati prima dell'Italia con i fenomeni migratori, si dimostra uno strumento operativo efficace per dare risposta alle sfide poste dai nuovi utenti. Le associazioni del privato sociale e le amministrazioni locali, infatti, si attivano a livello informale ben prima che questa figura venga enunciata per la prima volta a livello nazionale, cosa che avviene con la legge n. 40 del 6 marzo 1998, meglio nota come legge Turco-Napolitano.

Il ruolo mediatore interculturale è contemplato anche negli artt. 38 e 42 del d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione, Tui). L'art. 38 fa riferimento all'istruzione degli stranieri e all'educazione interculturale e prevede, al comma 7, lett. b), l'adozione di «criteri per il riconoscimento dei titoli di studio e degli studi effettuati nei paesi di provenienza ai fini dell'inserimento scolastico, nonché dei criteri e delle modalità di comunicazione con le famiglie degli alunni stranieri, anche con l'ausilio di mediatori culturali qualificati». L'art. 42, relativo alle misure di integrazione sociale, recepisce il testo della legge Turco-Napolitano e stabilisce che:

Lo stato, le regioni, le province e i comuni, nell'ambito delle proprie competenze, anche in collaborazione con le associazioni di stranieri e con le organizzazioni stabilmente operanti in loro favore, nonché in collaborazione con le autorità o con enti pubblici e privati dei paesi di origine, favoriscono:

d) la realizzazione di convenzioni con associazioni regolarmente iscritte nel registro di cui al comma 2 per l'impiego all'interno delle proprie strutture di stranieri, titolari di carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore a

⁴ Nel presente capitolo i mediatori intervistati verranno citati facendo riferimento esclusivamente alla nazionalità. Questa scelta, che si discosta dalla modalità di citazione adottata in altri capitoli del volume, è motivata da due fattori. In primo luogo, mentre in altre parti della ricerca i mediatori sono stati interpellati in qualità di osservatori privilegiati o di operatori di particolari servizi, in questa parte abbiamo chiesto loro di raccontare il proprio vissuto e le proprie esperienze personali. Abbiamo perciò ritenuto opportuno citare le interviste usando un riferimento generico, per tutelare la loro privacy. In secondo luogo, durante la ricerca abbiamo constatato che, nella maggior parte dei casi, i mediatori operano in più contesti e svolgono il proprio ruolo in più di una realtà e quasi sempre riportano di aver lavorato come mediatori in svariati contesti nella loro storia professionale. Ascriverli a un unico servizio risulterebbe dunque una forzatura, in particolare quando si parla di temi trasversali come la formazione o il ruolo di questa figura professionale.

due anni, in qualità di mediatori interculturali al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi.

La mediazione interculturale è dunque inserita nel quadro generale delle misure che favoriscono l'integrazione sociale ed è strettamente connessa al mondo dell'associazionismo migrante, su cui ci soffermeremo nel prossimo capitolo. Il Tui stabilisce alcuni requisiti minimi per operare come mediatore e propone un primo ambito operativo – quello della pubblica amministrazione – ma non entra nel merito del percorso di formazione, né definisce i compiti, le competenze o il ruolo di queste nuove figure⁵.

A livello regionale le norme che disciplinano il riconoscimento dei mediatori interculturali variano sensibilmente. Nella Regione Piemonte il profilo professionale del mediatore interculturale è stabilito dalla Determinazione n. 399/2000 *Nuove denominazioni standard* della Direzione regionale Formazione professionale-Lavoro, secondo la quale:

Il mediatore interculturale svolge attività di collegamento tra le culture straniere e le strutture, i servizi e le istituzioni locali e nazionali collaborando alla ricerca di risposte alle esigenze di integrazione degli immigrati. Presta la propria opera presso strutture e servizi, sia pubblici che privati (Asl, ospedali, consultori, scuole, centri di accoglienza, servizi socio-assistenziali, carceri, uffici pubblici sia statali che dell'amministrazione locale). Collabora con gli operatori dei servizi pubblici e privati affiancandoli nello svolgimento delle loro attività e partecipando alla programmazione degli interventi al fine di garantirne l'efficacia. L'allievo potrà finalizzare la professionalità acquisita al fine di fornire la propria opera a soggetti pubblici e privati precedentemente citati, anche promuovendo con altri allievi la costituzione di un'impresa di servizi in regime di cooperativa⁶.

In Piemonte sono attivi dei corsi di formazione pubblici e privati, che rilasciano una qualifica che permette di operare come mediatori nel settore pubblico, tuttavia non c'è un codice deontologico che regoli la professione e non c'è un albo professionale o un registro unificato dei mediatori. Di fatto non c'è uniformità nei percorsi formativi: alcuni dei mediatori hanno seguito percorsi diversi o hanno imparato il mestiere sul campo. Molti dei mediatori, inoltre, hanno una formazione universitaria acquisita nel paese di origine che, tuttavia, solo raramente è riconosciuta.

Chi sono, dunque, i mediatori? Dove operano e quali sono le loro funzioni specifiche? Quali sono gli obiettivi del loro intervento? Quale formazione richiede e quale dovrebbe essere il loro profilo professionale? Con

⁵ Il Tui rimane il principale riferimento normativo a livello nazionale.

⁶ Direzione regionale Formazione professionale-Lavoro, Settore standard formativi, *Determinazione n. 399/200, Nuove denominazioni standard* (modifiche alla Dgr n. 184-2323/1995, in attuazione della l.r. n. 63/1995).

quale profilo contrattuale dovrebbero essere inquadrati e in quali ambiti dovrebbero operare? Quali responsabilità hanno verso la struttura o istituzione committente e quali verso gli utenti stranieri? I mediatori devono avere funzioni di *advocacy* e farsi portavoce delle esigenze e dei bisogni dei migranti o devono essere neutrali? Come si può garantire la correttezza della mediazione? Queste e molte altre domande hanno guidato alcune ricerche di livello nazionale e regionale, che hanno tentato di mappare la realtà esistente, di fornire alcune coordinate di analisi e di proporre degli elementi per la definizione di una cornice teorica e operativa condivisa.

Nel 1999, infatti, l'Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale dei cittadini stranieri (Onc) del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (Cnel) ha costituito un gruppo di lavoro e ha elaborato un documento che sintetizza le più significative esperienze di formazione e di lavoro con i mediatori interculturali maturate nel corso degli anni Novanta all'interno di associazioni del privato sociale e degli enti pubblici a livello locale. Questo documento parte dal concetto di integrazione inteso come: «La progressiva acquisizione di cittadinanza attraverso un processo di non discriminazione e di inclusione delle differenze, quindi di contaminazione e di sperimentazione di nuove forme di rapporti e comportamenti, nel costante tentativo di tenere insieme principi universali e particolarismi»⁷.

Il documento viene successivamente aggiornato nel 2009, in un quadro socio-politico mutato, caratterizzato da un'elevata conflittualità e da un inasprimento della xenofobia che si stava manifestando sia in Italia che in altri paesi europei. L'enfasi, di conseguenza, si sposta sulla convivenza e sui principi di pari opportunità, partecipazione attiva e interculturalità⁸.

In quello stesso anno viene approvato il documento *Riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale* dalla Conferenza Stato-Regioni, nel quale si solleva «la necessità di realizzare una coerente governance integrata tra stato, regioni e province autonome ed enti locali nell'ambito dell'immigrazione straniera», si conferma la competenza delle regioni in materia di mediazione interculturale e viene definito e validato lo standard professionale del mediatore interculturale⁹. Anche in questo documento si enfatizza il ruolo della mediazione come vettore di integrazione: mentre negli

⁷ Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, *Politiche per la mediazione culturale, formazione ed impiego dei mediatori culturali*, 2009, http://www.cnel.it/271?shadow_documento_altri_organismi=3010.

⁸ Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, *Mediazione e mediatori interculturali: indicazioni operative*, 2009, http://www.cnel.it/271?shadow_documento_altri_organismi=3366.

⁹ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, *Riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale*, Roma, 8 aprile 2009.

anni Novanta lo scopo prevalente della mediazione interculturale era quello di facilitare la prima accoglienza dei migranti, favorendo l'accesso ai servizi pubblici, negli anni successivi, con la tendenza alla stabilizzazione dei progetti migratori e l'aumento dei ricongiungimenti familiari, oltre a questo diventa prioritario adoperarsi per generare una maggior coesione sociale e un inserimento a lungo termine nei vari ambiti della vita quotidiana.

A livello regionale vale la pena menzionare il volume *Promuovere la mediazione culturale in Piemonte. La valutazione di una politica regionale per diffondere la mediazione culturale nelle amministrazioni pubbliche piemontesi*¹⁰, che, come indicato nel titolo, descrive e valuta il processo d'attuazione di una politica regionale avviata nel 2002 e finalizzata a promuovere la mediazione interculturale. L'interesse di questo rapporto è duplice: da un lato esso traccia un quadro complessivo della situazione piemontese durante il periodo esaminato; dall'altro, si individuano delle criticità di cui le istanze decisionali non avevano tenuto conto nell'implementazione delle politiche discusse nel volume. L'offerta di mediazione è risultata frammentata e gli autori hanno ritenuto che i servizi di mediazione fossero globalmente insufficienti e che in alcune realtà ci fosse un bisogno di mediazione inespreso: «Buona parte delle persone intervistate ritiene infatti che le risorse finanziarie attualmente disponibili sono di gran lunga inferiori a quelle che sarebbero necessarie a soddisfare la reale domanda di mediazione presente all'interno delle amministrazioni»¹¹.

Queste difficoltà, come spiegheremo nei prossimi paragrafi, persistono ancora in una certa misura. Negli ultimi anni, comunque, è cresciuta la consapevolezza dell'importanza della mediazione interculturale e sono state avviate nuove iniziative per diffondere e valorizzare queste figure professionali. Un lavoro importante in questa direzione è stato svolto dall'Associazione multietnica di mediatori interculturali, Ammi¹², nata a Torino nel 2005, su iniziativa di un gruppo di mediatori interculturali con l'obiettivo di valorizzare e promuovere la loro professione e favorire, grazie a essa, la tutela dei diritti dei migranti, la loro integrazione e la loro partecipazione attiva. Questa associazione ha contribuito a dare voce ai mediatori stessi e si pone come punto di riferimento professionale e come interlocutore con le istituzioni pubbliche e con altre realtà associative.

¹⁰ E. Allasino et al., *Promuovere la mediazione culturale in Piemonte. La valutazione di una politica regionale per diffondere la mediazione culturale nelle amministrazioni pubbliche piemontesi*, Torino, Ires, 2006.

¹¹ *Ibidem*, p. 20.

¹² Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito dell'Associazione <http://www.mediatoreinterculturale.it>.

2. I mediatori culturali in ambito sanitario

La presenza strutturale dei migranti ha reso necessario un ripensamento del modello di assistenza sanitaria proposto dal Sistema sanitario nazionale, che si è confrontato con esigenze nuove e con nuove problematiche. La mediazione interculturale è stata una risorsa fondamentale nel processo di riorganizzazione dei servizi e ha, ancora oggi, un'importanza di rilievo nella tutela del diritto alla salute dei migranti. Come si cercherà di evidenziare in questo paragrafo, il ruolo dei mediatori non si limita al compito di favorire l'accesso all'assistenza sanitaria o a rendere possibile l'educazione sanitaria rivolta alle comunità¹³. Oltre a questi due ambiti, menzionati dal Piano sanitario nazionale 2006-2008¹⁴, questa figura ha anche una notevole importanza organizzativa, contribuisce all'educazione in materia di diritto alla salute ed è essenziale durante l'incontro clinico e nella progettazione di iniziative rivolte ai migranti.

I mediatori che operano in ambito sanitario-assistenziale a Torino sono per la maggior parte stranieri che hanno vissuto in prima persona le difficoltà dell'esperienza migratoria e che, proprio per questo motivo, oltre a conoscere la lingua e la cultura della loro area geografica di provenienza, hanno un bagaglio di conoscenze e competenze acquisite in Italia, nel percorso di interazione e integrazione con la nuova realtà. Si tratta dunque di un sapere partecipe, che permette lo sviluppo di un approccio consapevole alle problematiche e agli ostacoli che incontra il migrante, attento ai suoi diritti e sensibile alla processualità dell'inserimento nella società di arrivo.

Quando si parla di mediazione culturale, o interculturale, molto spesso non si tratta tanto di mediare la situazione culturale della tua area, quanto di mediare la situazione di quell'immigrato che magari non ha la casa, che si trova in un altro territorio e si deve relazionare... spesso da questo punto di vista la differenza tra un africano e un asiatico non è molta (mediatrice culturale nigeriana, Ospedale Amedeo di Savoia).

Molti mediatori descrivono il proprio ruolo attraverso la metafora di un ponte «che collega due mondi» e «che aiuta il pensiero a transitare da una sponda all'altra». Come sintetizza Roberto Beneduce a partire dall'esperienza del Centro Frantz Fanon:

¹³ Altre menzioni del ruolo educativo dei mediatori culturali si trovano in *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche* (art. 4 legge n. 7 del 2006) del Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria, che tratta gli aspetti formativi delle figure professionali, quali mediatori culturali, che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi con tradizioni rescissorie.

¹⁴ Ministero della salute, *Piano sanitario nazionale 2006-2008*, p. 78.

La metafora che potrebbe essere indicata per designare in generale il ruolo del mediatore è forse quella di un ponte che incessantemente deve essere percorso per assicurare uno scambio soddisfacente fra membri di culture diverse, fra logiche e rappresentazioni distinte della salute e della terapia, fra distinti universi di pensiero¹⁵.

Il primo e più noto compito dei mediatori è quello della traduzione linguistica, che come spiega la mediatrice libanese Kassida Kairallah, «non è una traduzione letterale», anche se è una traduzione fedele, che mantiene i contenuti, avviando, nel contempo, un processo di interpretazione bidirezionale, che non solo favorisce la comprensione reciproca, ma che ha anche lo scopo di facilitare la relazione: «Purtroppo, il ruolo del mediatore non è ben definito e non c'è un albo nazionale o un codice deontologico che permetta di precisare le nostre competenze. Capita che ci considerino traduttori linguistici, ma non è questo il tipo di lavoro per cui siamo formati».

Utilizzare la lingua materna non vuol dire limitare la comunicazione a questa. I pazienti possono preferire esprimersi in italiano, nella lingua degli operatori. Il ruolo del mediatore, in questo caso, è quello di offrire un supporto che non «confina» l'altro nella sua diversità, ma che facilita il dialogo, creando un tessuto relazionale che favorisce la continuità assistenziale e migliora la qualità della relazione terapeutica. La condivisione della lingua materna crea una situazione di prossimità e di fiducia, che consente al mediatore di accedere a contenuti che sarebbero preclusi anche in presenza di una competenza linguistica di base nell'italiano, come spiega una mediatrice che opera in ambito materno-infantile:

Per i genitori è davvero difficile lavorare con lo psicologo italiano, nel senso che pur parlando bene l'italiano, arrivi a esprimerti solo fino a un certo punto. Devi parlare di te stesso. Poi c'è la parte dolorosa. Sicuramente la presenza di un mediatore è fondamentale per la parte linguistica, ma non solo... è tutta una cosa di intreccio fra vissuti, abitudini, modi di fare, i codici culturali, che la persona stessa magari non riesce neanche ad esprimere. Con l'aiuto di qualcuno si riesce (mediatrice culturale romena).

Come accennato nel secondo capitolo, le difficoltà comunicative sono fra i più importanti problemi con cui si confrontano pazienti e operatori e sono un grave ostacolo alla tutela del diritto alla salute. Queste difficoltà comportano, a cascata, una serie di conseguenze negative che hanno ripercussioni a più livelli e che intaccano l'accessibilità, la qualità e l'accettabilità dei servizi di salute. Come abbiamo rilevato, inoltre, la comunicazione non verbale, per quanto importante, non sostituisce la possibilità di avere un terreno linguistico comune, né sottrae importanza alla presenza del mediatore. Inoltre la

¹⁵ R. Beneduce, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Milano, Franco Angeli, 2004, p. 235.

prossemica e la gestualità non sono linguaggi universali, ma cambiano significativamente da un contesto all'altro:

A volte i medici ci restano male perché vedono il paziente fare sì con la testa, chiedono «hai capito» e il paziente fa sì... allora, ovviamente, pensano che stia dicendo «sì ho capito», ma per gli orientali dire di sì è una questione di cortesia, anche se non ha capito non ti dirà mai di no (mediatrice culturale cinese).

Oltre alla lingua, il mediatore deve conoscere in profondità il contesto culturale dell'area geografica di riferimento, che determina in ampia misura il retroterra semantico delle parole. Il concetto di cultura, tuttavia, va trattato con cautela. Da parte dei pazienti emergono raramente esigenze o rivendicazioni esplicitamente culturali. Quando ci sono, le differenze culturali si presentano soprattutto in modo implicito e arrivare a formularle implica un grado di relazione e di consapevolezza che non sempre si raggiunge. La categoria «cultura», infatti, è usata più spesso dagli operatori che dai pazienti ed è spesso chiamata in causa per spiegare situazioni problematiche o atteggiamenti che non si accordano con quelli che solitamente si presentano nel paziente italiano. In molte occasioni questo termine maschera degli stereotipi e viene usato in modo aprioristico e acritico.

Una riflessione critica sul concetto di cultura e sulla sua applicazione nella mediazione interculturale è maturata soprattutto nel campo dell'etnopsichiatria, dove si parte dal presupposto che tutte le categorie nosologiche, le eziologie, le tecniche terapeutiche e le forme della sofferenza sono connesse al contesto storico-culturale. Una conoscenza approfondita della realtà culturale da cui proviene il paziente permette l'esplorazione del modo in cui si articolano le realtà psichiche e le realtà culturali e permette di cercare le radici dei processi di significazione che conferiscono intelligibilità a un sintomo, a un disagio, a un sapere, a un gesto di cura.

In quanto referente del servizio di mediazione, spesso mi trovo nelle condizioni di poter selezionare dei mediatori nuovi per varie aree geografiche e quindi ci rendiamo conto che non è facile lavorare nell'area clinica psicologica. Secondo il mio parere è lì che il mediatore culturale trova il suo posto. Dove tu vai a toccare la parte culturale in maniera frequente, permanente e forte. Dove tu vieni chiamato a mettere in campo la parte culturale. Mentre un mediatore interculturale che fa [...] l'interprete nel tribunale è tutt'altro (mediatrice culturale romena).

I mediatori che operano in questo campo si confrontano con un ulteriore livello di complessità, che li rende parte dell'itinerario terapeutico, come soggetti capaci di fungere da «guida» nell'uso della cultura come nucleo generatore di cambiamento. In quest'ultima accezione il mediatore diventa elemento costitutivo del dispositivo terapeutico¹⁶.

¹⁶ *Ibidem*, pp. 241-243.

Anche in altre aree il ruolo del mediatore implica una partecipazione attiva nel percorso assistenziale e, in alcuni casi, comporta delle responsabilità operative concrete che vanno al di là dei compiti strettamente collegati alla mediazione. La presenza del mediatore contribuisce a creare una relazione dotata di una maggiore simmetria che favorisce la condivisione del percorso terapeutico e la *compliance*:

La responsabilità di seguire le donne arabe che hanno difficoltà con la lingua italiana e di sollecitarle a presentarsi agli esami prenotati, sia quelli prenatali che quelli postnatali – come gli appuntamenti con il pediatra, la visita dal ginecologo per la prescrizione di una pillola anticoncezionale compatibile all'allattamento e altri – è mia. Sono convinta che la nostra presenza possa dare un valore aggiunto a quello che è invece l'operato di medici e infermieri. Senza i mediatori, molti operatori si troverebbero in difficoltà a creare un «contratto terapeutico», a condividere obiettivi, a ottenere un consenso informato e a portare avanti degli interventi coinvolgendo la paziente in modo attivo, rendendola non solo aderente, ma anche consapevole e concorde con le cure proposte. Per noi, invece, questo è possibile perché le donne si fidano di noi (mediatrice culturale marocchina).

Il mediatore facilita l'interazione con risorse territoriali e associazioni specifiche del paese di origine del migrante, contribuendo a ricreare un intreccio di legami che può sostenerlo in momenti di difficoltà e, in certi casi, può arrivare ad avere un valore terapeutico. Nell'insieme, possiamo affermare che il mediatore ha un ruolo fondamentale nel facilitare la comunicazione a più livelli e nel costruire una trama relazionale all'interno della quale affrontare il problema sanitario specifico:

A volte arriva una persona che ha mal di testa e riesce a dire due cose in italiano o si fa capire con i gesti, tu come operatore fai il tuo lavoro, gli dai una tachipirina e lui se ne va a casa, ma magari il mal di testa era solo una piccola parte del problema e c'erano molte altre cose di cui voleva parlare... quindi non ha risolto il suo problema e può darsi che nessuno se ne sia accorto. Allora c'è qualcosa in più che noi possiamo fare, possiamo ascoltare (mediatore culturale giordano).

La condivisione della lingua, della provenienza culturale e, soprattutto, delle asperità dell'esperienza migratoria apre spazio a un rapporto basato sulla fiducia e sulla vicinanza, che consente una maggiore attenzione ai bisogni specifici di ciascun utente:

Io cerco di rendermi più vicina a loro, do loro dei consigli anche sulla base delle loro esigenze, della loro storia. Loro poi si fidano con me. Magari la donna non si osa con altri a manifestare dei disagi o problemi. Magari deve venire a partorire una signora che però ha un altro figlio a casa e non sa a chi lasciarlo. Magari ho a che fare con una signora che ha un livello culturale basso, non capisce il senso di alcuni esami specialistici e io cerco di semplificare (mediatrice culturale marocchina).

In molte realtà i mediatori conoscono in modo approfondito le normative e le procedure per richiedere particolari diritti e aiutano concretamente il paziente a orientarsi in un sistema sanitario che è poco *user friendly*:

Non seguo solo i pazienti albanesi, ma anche quelli di altre nazionalità se parlano la lingua, perché le cose burocratiche sono tante e nessuno conosce le leggi per gli stranieri... gli impiegati, le segretarie... ci chiamano a noi, quasi nessun impiegato italiano conosce la normativa, a parte che le leggi cambiano in continuazione, allora gli arriva un paziente in una situazione irregolare e ci chiamano. Qualche volta vado anche ad accompagnare dei pazienti nigeriani, a volte li aiuto con l'accettazione, perché non conoscono l'ospedale, non sanno dove andare. Allora noi spieghiamo al paziente come fare il codice Isi, perché sono tanti gli stranieri che sono qui da sei anni e non hanno mai fatto un codice Isi. Fra straniero e straniero ti senti più vicino. Anche noi siamo arrivati qua senza parlare la lingua (mediatrice culturale albanese).

Un compito fondamentale dei mediatori è quello di raccogliere il consenso informato dei pazienti e, in alcuni casi, spiegare il concetto stesso di consenso informato, con il quale molti pazienti non hanno familiarità. Questo compito è particolarmente delicato per le sue implicazioni legali, e richiederebbe ulteriori approfondimenti. Il mediatore, infine, è un supporto fondamentale nella progettazione di interventi: le iniziative ben radicate sul territorio sono infatti caratterizzate dalla presenza partecipe e continuativa di mediatori in cui i destinatari ripongono la loro fiducia e che hanno una conoscenza approfondita delle problematiche di una comunità.

3. Ostacoli e problemi aperti

Intorno alla figura del mediatore interculturale restano ancora irrisolti molti dei problemi già esaminati nella prima fase della ricerca¹⁷. Fra questi ricordiamo in particolare la fragilità della professione dei mediatori, che gode di un insufficiente riconoscimento formale. Inoltre, come già sottolineato, i cittadini extracomunitari non possono essere assunti come dipendenti pubblici, cosa che limita ulteriormente il potere contrattuale e la stabilità lavorativa del mediatore. Ci sono ancora molte carenze per quanto riguarda la formazione dei mediatori, in particolar modo per coloro che devono operare in ambito sanitario e avrebbero bisogno di percorsi specializzati riconosciuti e di qualità. Questa esigenza è stata oggetto di interesse a livello nazionale attraverso il progetto *PASS. Promozione dell'accesso della popolazione immigrata ai servizi sociosanitari*, coordinato dal Inmp e concluso nel 2010, all'interno del quale è stato promosso un corso di perfeziona-

¹⁷ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 101-110.

mento teorico-pratico per mediatori linguistico-culturali già operativi, in collaborazione con 40 Asl distribuite su tutto il territorio nazionale. A Torino hanno partecipato l'Aou San Giovanni Battista-Molinette, nel ruolo di capofila regionale, e l'Asl TO3. Questo corso è stato un primo passo verso la specializzazione di chi opera nel settore sanitario, ma non ha esaurito il bisogno formativo e ad oggi manca una risposta locale adeguata alle esigenze delle aziende e degli stessi mediatori.

Persiste anche la tendenza dei servizi «a esternalizzare le attività anziché istituire servizi appositi con personale dipendente»¹⁸. Mentre le associazioni del privato sociale tendono a stabilire un rapporto lavorativo con i singoli mediatori e a mantenere con essi una collaborazione duratura, le grandi strutture si avvalgono di un sistema basato su appalti a cooperative e associazioni. Il meccanismo degli appalti comporta il rischio di incentivare una logica che privilegia il contenimento dei costi rispetto alla qualità del servizio e può tagliare fuori le associazioni più piccole, spesso gestite dagli stessi stranieri, che sono meno concorrenziali sul mercato rispetto alle grandi cooperative.

Come già osservato nel secondo capitolo, l'attuale situazione è caratterizzata da una scarsità generale di risorse e negli ultimi anni sono stati apportati considerevoli tagli alla spesa pubblica in materia di salute. Nel primo volume, infatti, era stata evidenziata la necessità di monitorare le iniziative rivolte alla tutela dei migranti, data la tendenza a ridurre i programmi e i servizi sociali rivolti alle categorie più emarginate e vulnerabili e in tempi di crisi¹⁹. Purtroppo in alcuni servizi abbiamo constatato una significativa riduzione dei fondi destinati a iniziative rivolte ai migranti, che ha avuto effetti negativi sull'offerta di mediazione. È il caso dell'ambulatorio Misa, di cui abbiamo ampiamente parlato nel quinto capitolo:

Il Misa era un'idea nuova. Si trattava di fare un ambulatorio per soli stranieri che non fosse solo un ambulatorio ma che fosse un punto di riferimento, per venire a chiedere informazioni, orientamenti. Inizialmente avevano messo tanti mediatori... diciamo, di tante lingue. Poi con il risparmio, siamo rimaste tre poverette: nigeriana, somala e io (mediatrice culturale egiziana).

Il tentativo di risparmiare sui fondi destinati all'intervento dei mediatori ha anche portato alcune aziende ospedaliere a proporre soluzioni non coerenti con i principi di questa professione e che riducono drasticamente l'efficacia del lavoro del mediatore. Ne sono esempio i vari tentativi di introdurre le traduzioni telefoniche, che possono rappresentare una soluzione di emergenza, ma non sostituiscono il rapporto continuativo e diretto con i mediatori:

¹⁸ E. Allasino *et al.*, *Promuovere la mediazione culturale in Piemonte*, cit., p. 5.

¹⁹ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 82.

Quando lo straniero non sa parlare, ha tanti problemi, anche di salute. Ti racconto un caso, che mi è successo la settimana scorsa. Un uomo egiziano, di 45 anni. Ha il diabete e deve fare il tunnel carpale, l'intervento di tunnel carpale. È andato alla visita dell'ortopedia del Maria Vittoria, e dato che non parlava italiano, loro dicevano: «Non ti diamo l'appuntamento per l'intervento se non porti qualcuno con te che parla italiano». E lui dice: «Chi porto, io non ho nessuno, io non posso obbligare i miei amici, io posso chiedere un favore ai miei amici, a uno di venire con me, poi se è libero verrà, se no non verrà, e non posso obbligarlo. E non posso pagare qualcuno che mi viene a tradurre!» E poi lui è venuto da me, perché è copto e gli ho detto: «Tu vai e gli dici al medico, con tutto il rispetto, che sai che ci sono i mediatori, e di che hai bisogno di un mediatore, di un traduttore». Hanno fatto finta di non capire. È stato accolto hanno fatto il day-hospital preoperatorio e lo hanno mandato al diabetologo – perché lui è seguito anche dal diabetologo – e prende l'insulina due volte, mattina e sera. Il diabete non va bene. Allora il diabetologo ha aggiunto una al pomeriggio e una prima di dormire. E davanti al medico lui mi ha chiamato per fare la traduzione per telefono, come amica, non come mediatrice. Io gli ho parlato, gli ho detto, ho detto tutto, ma, per onestà mia gli ho detto di venire da me per vedere insieme il foglio scritto del medico. È venuto qua, e lui non aveva capito che doveva prendere quattro volte l'insulina! Come si fa a capire se ti trovi in una situazione tipo prendi il telefono, passa il telefono, ridammi il telefono... (mediatrice culturale egiziana).

Come dimostra il caso citato dalla nostra intervistata, un intervento inadeguato di mediazione può compromettere gravemente la qualità dell'assistenza e può impedire la comprensione delle indicazioni terapeutiche. Va segnalato che non esistono disposizioni unificate o linee guida in merito alle modalità di svolgimento della mediazione e ogni azienda o servizio ha sviluppato delle modalità operative proprie.

Nel frammento sopra citato emerge anche la tendenza delle aziende a preferire le reti e le risorse che il paziente può attivare in forma autonoma, con il probabile obiettivo di limitare il numero di ore di mediazione a carico della struttura. Non si tratta di un caso isolato, anzi, talvolta le strutture sanitarie dichiarano esplicitamente di non poter fornire un servizio di mediazione e chiedono al paziente, se vuole essere visitato, di provvedere da sé a trovare un supporto per la traduzione. Questa soluzione è sicuramente carente dal punto di vista della professionalità e della privacy. Come verrà spiegato meglio nel settimo capitolo, le associazioni delle comunità migranti possono offrire un canale alternativo di risposta e coprire i vuoti che si vengono a creare per un insufficiente impiego dei mediatori da parte delle aziende pubbliche.

La resistenza all'uso dei mediatori, che era già stata evidenziata come criticità nella prima fase della ricerca, rappresenta un grave ostacolo all'accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto specialistiche, per i pazienti che non hanno una conoscenza sufficiente dell'italiano. C'è, inoltre, una differenza qualitativa rilevante fra la traduzione e l'accompagnamento che può

offrire un mediatore che ha esperienza in ambito sanitario e che è competente nel linguaggio tecnico degli operatori, rispetto al supporto informale di un familiare o un amico.

In questa seconda fase della ricerca è stato possibile rilevare un bisogno inespresso di informazione sulla mediazione e di accesso ai servizi di mediazione fra i medici di medicina generale e fra i pediatri di libera scelta. Queste categorie professionali incontrano un'utenza straniera crescente ed eterogenea, fra cui ci sono individui e famiglie con competenze linguistiche non sempre ottimali e con vari gradi di conoscenza del funzionamento dei servizi.

L'intervento di un mediatore potrebbe essere risolutivo in presenza di barriere linguistiche e culturali, tuttavia non ci sono percorsi ben definiti per attivare questo intervento.

Oltre alle numerose situazioni di evidente incomprensione linguistica, ci sono problemi comunicativi più sfumati, che hanno radice in forme diverse di rappresentare il corpo e la salute. Il caso di Binette, una donna camerunese da noi incontrata presso l'ambulatorio di medicina generale dell'Associazione Camminare insieme, può essere utile per illustrare i malintesi in cui si può incorrere anche in presenza di un atteggiamento di apertura da parte del medico curante. La donna, infatti, sospetta di essere malata e, per accertare le sue condizioni, esprime il desiderio di fare delle analisi del sangue, ma la paziente non può permettersi di pagare il costo del ticket e né lei né il medico vedono alternative percorribili per ottenere un'esenzione. Il medico, probabilmente con la migliore delle intenzioni, consiglia alla paziente di andare a donare il sangue. Come è ben noto a molti italiani, ai donatori vengono fatte delle accurate analisi: per quanto si tratti di una scorciatoia, agli occhi del curante questa può essere una strategia valida per gestire la difficoltà contingente. Binette, però, si spaventa molto e durante l'intervista racconta con incredulità e timore l'accaduto:

Il dottore ha preteso che io andassi a donare il mio sangue! Mi ha detto devi andare fare una... donazione di sangue prima, per avere gli esami. Capisci? Altrimenti non mi avrebbero fatto gli esami. Io non capisco, proprio non capisco perché devo donare il mio sangue per fare delle analisi. Io ho avuto paura, non vado più lì. Mio fratello mi ha detto di cambiarlo... E io lo cambio! Oh no no no, non vado più lì! (Binette, 34 anni, Camerun).

La paziente, come risulta evidente dalle sue parole, non conosce i meccanismi della donazione del sangue in Italia e non capisce perché il medico gli stia dando un'indicazione del genere. Ai suoi occhi il suggerimento assume una dimensione quasi commerciale (io ti do il mio sangue, tu mi dai le analisi) che ha contorni per lei inquietanti. È possibile inoltre che il timore sia radicato a un livello più profondo, che possiamo solo intuire perché non viene mai esplicitato, e che ha a che fare con l'immaginario connesso alla

stregoneria nell'area di provenienza della paziente, e al ruolo in questo contesto del sangue e dei fluidi corporei²⁰.

Anche senza indagare gli scenari che fanno da sfondo alla paura di Binette, il fatto che il medico abbia assunto ai suoi occhi contorni minacciosi ci ricorda l'importanza fondamentale del contesto di significazione, che va ben oltre il livello prettamente linguistico della comunicazione.

L'intervento, anche sporadico, di un mediatore sarebbe stato risolutivo per chiarire ogni equivoco e per facilitare l'instaurarsi di una relazione positiva. Purtroppo al momento non c'è una richiesta attiva da parte dei medici come categoria, anche se individualmente possono essere consapevoli dell'utilità di questa risorsa. Molti medici di medicina generale, di fatto, non hanno mai collaborato con i mediatori e non ne conoscono le potenzialità. Il risultato di questo vuoto è che alcuni pazienti, non riuscendo a costruire una comunicazione efficace con il proprio medico, tornano al Centro Isi o si rivolgono agli ambulatori del privato sociale per farsi leggere le prescrizioni o per farsi spiegare «cosa sta succedendo». Parallelamente i medici più sensibili alle problematiche dei pazienti stranieri attivano canali informali di collaborazione con le associazioni o si rivolgono in via informale ai colleghi del Centro Isi.

Nelle realtà ospedaliere in cui c'è un servizio ben radicato e organizzato di mediazione, le resistenze lasciano il posto a un rapporto di collaborazione e si creano sinergie fra le varie figure professionali.

In alcune realtà del settore pubblico, anche per sopperire alle croniche carenze di personale, al mediatore vengono assegnati compiti che vanno oltre quelli propri del suo profilo professionale. Questa scelta, se da un lato ha il vantaggio di rendere più stabile la presenza del mediatore, dall'altro fa sì che la neutralità del mediatore venga meno e può creare tensione fra mediatori e utenti:

Mi occupo dell'accoglienza. Quando sono allo sportello io ho delle responsabilità e devo seguire delle regole. Anche se qualche volta una regola non mi sembra giusta una persona non può dire «faccio la mia»: finché sono lì io la seguo, anche se non la condivido. Però questo mi crea tanti problemi, perché non vieni capita dall'altra parte, e vieni vista come razzista. A volte devi dire di no, anche ai tuoi connazionali. Se non c'è posto, io dico non c'è posto, non si può in questo momento... allora o ti mandano a stendere perché non li aiuti oppure ti fanno vedere un'altra mediatrice e ti dicono guarda lei è brava aiuta i suoi connazionali tu no, tu non sei qui per aiutarci (mediatrice culturale marocchina).

²⁰ Il tema della stregoneria è vasto e complesso e non è possibile esplorarlo in modo esauritivo in questa sede. Per approfondire i contenuti simbolici connessi con il fenomeno della stregoneria in Camerun, le rappresentazioni della persona e del corpo da esso veicolate e il ruolo dei fattori politici, storici e sociali è possibile fare riferimento a R. Beneduce, *Corpi e saperi indocili. Guarigione stregoneria e potere in Camerun*, Torino, Bollati Boringhieri, 2010; S. Taliani, *Il bambino e il suo doppio. Malattia, stregoneria e antropologia dell'infanzia in Camerun*, Milano, Franco Angeli, 2006.

Infine vale la pena approfondire un tema già accennato nel secondo capitolo, ovvero la scarsa conoscenza della figura e del ruolo del mediatore che è stata rilevata fra gli utenti stranieri. Nelle interviste con i pazienti arrivati da poco in Italia o che, pur vivendo da tempo in questo paese, hanno una conoscenza limitata delle risorse della nuova realtà è emersa infatti una scarsa conoscenza della funzione e delle potenzialità della figura dei mediatori. La parola stessa «mediatore» non sempre è compresa e nelle interviste si è resa necessaria un'ardua e quasi sempre infruttuosa ricerca di sinonimi nel tentativo di verificare se nella storia assistenziale dell'intervistato ci siano stati contatti con questi operatori. Questo problema è aggravato dal fatto che gli operatori, soprattutto italiani, tendono a dare per scontato che questo sia un tipo di informazione che circola ampiamente nelle comunità, quindi ci sono pochi canali attraverso cui viene spiegato al paziente chi sono e cosa potrebbero fare per loro i mediatori. Il concetto stesso di comunità, come emerso più volte nel presente lavoro, si dimostra un'astrazione che non sempre corrisponde all'esperienza reale dei migranti, che solo raramente possono affermare di far parte di una rete sociale coesa e organizzata, capace di offrire un supporto concreto in caso di bisogno.

Come abbiamo visto nelle interviste sopra citate, in alcune strutture è necessario che il paziente stesso si attivi in forma autonoma e faccia una richiesta esplicita se vuole avere la presenza di un mediatore, cosa che, chiaramente, non è possibile se non si sa chi sono i mediatori. Questo tema è strettamente collegato alla questione, già emersa, della scarsa consapevolezza di molti migranti rispetto ai propri diritti. Non tutti i migranti hanno la stessa concezione dell'assistenza sanitaria. Per alcuni ogni prestazione gratuita è vista come «un favore» dovuto alla benevolenza di chi lo eroga (che sia lo stato o un'associazione di volontariato fa poca differenza) e per il quale è necessario dimostrare la propria gratitudine. In questi casi, anche se si presentano difficoltà oggettive nell'accesso a un servizio, gli intervistati esitano a parlarne o, facendo un confronto con il proprio paese di origine, si ritengono fortunati dalle opportunità che offre loro la sanità italiana. Per altri intervistati la percezione della salute come un diritto è forte e si adoperano in tutti i modi per vederlo tutelato. Spesso si tratta di persone che sono in Italia da più tempo, che hanno un certo livello di istruzione o che, dopo essersi ripetutamente scontrati con difficoltà amministrative di vario genere, per usare le parole di uno dei nostri interlocutori, «hanno dovuto imparare a farsi valere». Rispetto alla possibilità di accesso ai servizi di mediazione si pone, dunque, il problema dell'esigibilità di un diritto o di una risorsa, e dei canali a cui una persona può accedere in caso di necessità. È ancora necessario incrementare la consapevolezza degli operatori rispetto al ruolo dei mediatori e potenziare l'informazione rivolta ai migranti sulla mediazione, attraverso una cartellonistica plurilinguistica, per esempio, ma soprattutto attraverso un maggior riconoscimento

formale dei mediatori e un potenziamento delle loro competenze e del loro ruolo nelle varie strutture.

4. La formazione

Negli ultimi anni si è registrata a Torino una considerevole crescita dell'offerta formativa interculturale, che risponde a un'esigenza espressa in modi impliciti ed espliciti dagli operatori. Nel corso della ricerca abbiamo avuto modo di seguire numerosi progetti incentrati sulla formazione come osservatori diretti e, in alcuni casi, prendendone parte attiva come formatori.

Un elemento saliente di questi interventi è la pluridirezionalità dei bisogni formativi e delle iniziative volte alla formazione. Sulla base delle nostre osservazioni, possiamo abbozzare, senza pretese di esaustività, una classificazione delle tipologie di intervento formativo.

Il primo tipo, che potremmo chiamare «formale», comprende interventi formativi sulla comunicazione interculturale riconosciuti formalmente all'interno dei programmi di educazione continua in medicina (Ecm), progettati dalle aziende sanitarie, dalle associazioni del privato sociale o da altri enti pubblici istituzionali. Questi eventi sono rivolti agli operatori e sono condotti da esperti, italiani e stranieri, in materia di immigrazione e salute.

Una delle più ampie iniziative di questo genere è il progetto *Take Easy*²¹, che ha promosso vari moduli formativi e messo in rete i soggetti coinvolti nell'accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei cittadini immigrati: operatori, responsabili dei servizi sociali e sanitari, enti della rete territoriale d'intervento, docenti universitari, formatori, associazioni ed enti del privato sociale che si occupano delle tematiche legate all'interculturalità, associazioni di cittadini stranieri, mediatori culturali.

Un secondo tipo, che potremmo definire «reciproco», comprende la formazione organizzata dalle associazioni che operano nel campo dell'interculturalità, dai servizi territoriali e, talvolta, dalle aziende ospedaliere, progettata con la collaborazione di mediatori, di operatori e professionisti stranieri o di associazioni di migranti. Questa tipologia di intervento è caratte-

²¹ Il progetto è un'iniziativa finanziata dall'Unione europea e dal Ministero dell'interno, attraverso il Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di paesi terzi ed è stato coordinato dal Comune di Torino-Sfep, capofila, in particolare, i Servizi sociali circoscrizionali, l'Ufficio stranieri, l'Ufficio minori stranieri, il Servizio salute del Centro interculturale «Tavolo pediatria» (e attraverso di esso il tavolo «Pediatria interculturale»); le Asl TO2 e Asl TO1; l'Università di Torino-Facoltà di medicina e chirurgia coordinamento attività formativa in ambito sanitario e Cipes Piemonte.

Sono soggetti aderenti: Comune di Chivasso, Comune di Settimo, Asgi, Associazione Mamre Onlus, Ong Centro Collaborazione Medica Onlus, Ong Mais, Rete Hph Migrant Friendly Piemonte, Associazione Frantz Fanon, Gris Piemonte e Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF).

rizzata dal coinvolgimento e dalla partecipazione attiva dei migranti stessi ed è un meccanismo per dare risposta alle aspettative e ai bisogni formativi reciproci. Da queste iniziative possono in certi casi nascere reti di collaborazione che permangono anche dopo la fine dell'evento formativo. Un primo esempio è l'accordo di collaborazione stipulato fra Angi²² e il Consiglio interprovinciale delle ostetriche di Torino e Asti, su cui torneremo nel dettaglio nel paragrafo 5 del capitolo settimo, con l'obiettivo di risolvere problemi bilaterali e di garantire un miglior servizio sanitario alle donne cinesi.

Come secondo esempio possiamo citare il progetto *Aracne*²³, che si è concluso nel mese di giugno del 2012, il cui obiettivo era la promozione del diritto alla salute dei migranti attraverso la costituzione di uno spazio di accoglienza all'interno della Casa del quartiere di San Salvario. In questo spazio sono state proposte attività formative che hanno coinvolto migranti, mediatori e operatori e si è costituita una rete con le associazioni dei migranti e con le realtà del privato sociale operative nel quartiere. Particolarmente interessante è la valutazione della pediatra Vittorina Buttafuoco sulla necessità di creare percorsi di formazione bidirezionali:

Credo che sia importante riflettere sulle modalità di fare formazione su temi di promozione alla salute, soprattutto quando questi temi vanno a toccare le zone grigie del nostro sapere pediatrico poiché gli argomenti toccati riguardano principalmente l'alimentazione, il sonno e l'igiene personale. Spesso le persone che provengono da culture ad «alto contatto» si trovano in un contesto medico, che per lungo tempo ha medicalizzato e occidentalizzato le pratiche di cura e il maternage e che in questo momento storico sta cercando di cambiare il proprio paradigma e recuperare un modello più «naturale». In pratica mamme che fanno fatica ad allattare i propri figli o a tenerli nella fascia perché considerano queste pratiche «vecchie», non moderne e non scientifiche [...] Da qui la certezza di quanto forse siamo noi operatori ad avere un gran bisogno di formazione, formazione dove il nostro sapere sulla salute in senso lato si confronta e ne esce rafforzato dal sapere antropologico ed etnopsichiatrico²⁴.

Il terzo tipo di intervento formativo osservato riguarda i progetti di educazione sanitaria rivolti alle comunità, che escono dagli spazi istituzionali della cura per avvicinarsi ai luoghi di vita quotidiana degli utenti. Queste iniziative esigono ai proponenti una notevole flessibilità e un confronto costante con linguaggi diversi della cura e con diverse modalità di trasmissione del sapere. Le autorità, infatti, hanno l'obbligo di fornire agli individui edu-

²² Associazione nuova generazione italo-cinese.

²³ Anche in questo caso si tratta di un progetto Fei, coordinato dal Comitato di collaborazione medica, in partenariato con l'Associazione Mamre e con la cooperativa Tavola di Babele.

²⁴ Ccm, Mamre, Tavola di Babele, *Progetto Aracne: Rapporto finale e ricerca*, 2012, pp. 9-10.

cazione sanitaria come componente importante del diritto alla salute²⁵. Un esempio è il progetto *Idea Rom*, promosso dall'Associazione Camminare insieme con il sostegno di Idea solidale:

Il progetto nasceva con l'idea di introdurre il concetto della pediatria di base, della necessità di fare dei controlli, di fare delle visite non solo quando è strettamente indispensabile perché i bambini stanno male, ma anche per seguire la crescita del bambino. Abbiamo iniziato con una serie di incontri informativi e formativi per le mamme, parlavamo di accesso ai servizi, di igiene, di svezzamento, e anche di altri temi di salute, non solo sulla pediatria... ma non venivano per niente, abbiamo visto che non funzionava. Per le mamme dei bambini più piccoli potevamo dare i pannolini e abbiamo pensato «magari questo è un incentivo», ma comunque non venivano. Allora abbiamo ripensato a tutta l'impostazione e abbiamo detto, invece che agli incontri sarebbe più giusto farle venire a fare la visita qui da noi, al salone, e mentre sono qui cogliamo quest'occasione per fare un'educazione trasversale, nella conversazione, mentre si parla del più e del meno si apre per esempio il tema dei vaccini «ma cosa ne pensi», «ma sull'alimentazione, come ti regoli?». Abbiamo visto che questo approccio era molto più appropriato e molto più formativo (mediatrice culturale romena, progetto *Idea Rom*, Camminare insieme).

Anche gli incontri formativi rivolti alle donne rifugiate, proposti dall'Associazione Ccm, rappresentano un'esperienza degna di nota e un buon esempio di educazione sanitaria che sperimenta linguaggi formativi più vicini agli utenti. Questi incontri erano destinati a donne rifugiate, quasi tutte somale, ed erano incentrati sulla contraccezione e sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. Essi erano gestiti da un'ostetrica nigeriana, con il supporto scientifico del Misa, e si svolgevano nella casa in cui erano alloggiate le ragazze. La lingua utilizzata era l'italiano, ed era presente la mediatrice, che traduceva all'occorrenza e interveniva quando necessario per spiegare un concetto o per rafforzare quanto detto dall'ostetrica usando esempi o detti popolari somali, con cui le giovani rifugiate avevano molta familiarità. Le osservazioni di quanto avvenuto mostrano l'efficacia di questo modello:

Dopo pochi minuti le donne erano riunite nella saletta predisposta per le riunioni, alcune sedute sul divano, altre per terra, una aveva anche portato il suo bambino. Sul tavolo c'erano il proiettore e il materiale che l'ostetrica aveva portato per facilitare la formazione. Come consuetudine, l'incontro si è aperto con un giro di presentazione, ma una delle ragazze, Halima, ha detto che non voleva presentarsi e, indicando i preservativi, ha aggiunto bruscamente che non aveva intenzioni di parlare di «quella roba lì» che le ricordava momenti molto brutti, perché «erano gli stessi che avevano utilizzato i soldati per violentarle». L'ostetrica, allora, senza scomporsi e con un modo di fare molto autorevole e forte, ha detto «anch'io sono africana e so come sono queste cose... non sono qui per insegnarti niente, né per

²⁵ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 131.

dirti cosa devi fare. Voglio solo condividere con te qualcosa che ho imparato e non ho portato i preservativi per darti fastidio. Rispetto e comprendo il tuo vissuto e, se non te la senti, puoi uscire nel momento in cui li tirerò fuori. Dopo sarò contenta di spiegarti tutto quello che vorrai senza farti vedere niente. Ora però vado avanti, perché quello che ho da dire è importante, anche se poi si decide di non usarlo». Il clima dell'incontro è cambiato e Halima ha deciso di rimanere, diventando quasi immediatamente la più attiva e partecipe delle donne presenti.

La vicinanza culturale della conduttrice e della mediatrice e la loro capacità di porsi in una posizione paritaria e di calare le informazioni nella realtà concreta delle donne è stata decisiva nello sbloccare le resistenze iniziali, che si erano manifestate apertamente, e per gestire momenti difficili legati alla storia di sofferenza e di violenza che ha segnato la vita e il viaggio delle donne rifugiate. Questo ha permesso una condivisione di contenuti sensibili, che non sarebbe stata possibile in altre circostanze. Rimane quindi essenziale garantire la sistematicità di queste iniziative, che è possibile solo con un impegno costante e metodico dell'autorità pubblica, cosa che, come già rilevato nella prima fase della ricerca, è carente²⁶.

Infine, l'ultimo tipo comprende le esperienze di *peer education*. Questa modalità di costruzione di *health literacy* è ancora poco sviluppata nonostante le sue potenzialità. Tuttavia esistono alcuni progetti fra cui quello avviato in collaborazione fra il Misa e la moschea Omar Ibn El Khattab su cui torneremo in modo approfondito nel paragrafo 5 del capitolo settimo.

Sebbene non sostituisca altri cambiamenti strutturali nelle modalità organizzative e nelle politiche della cura la formazione rappresenta uno strumento per garantire la qualità e l'accettabilità dei servizi erogati. Essa inoltre offre buone occasioni di incontro e di confronto fra gli utenti e i servizi, che permettono una partecipazione attiva dei migranti e favoriscono la coerenza tra le aspettative degli utenti stranieri e l'offerta sanitaria.

²⁶ *Ibidem*, p. 131.

Capitolo settimo

Dentro le reti per la salute dei migranti: tracce di welfare di comunità

1. Terzo settore a Torino: una tradizione che si rinnova

Le riflessioni presentate in questo capitolo si sviluppano in forte continuità con alcuni contenuti emersi nel primo volume LDF. Sin dalla prefazione del volume emerge che la città di Torino è caratterizzata da un sistema che

vede operare in sinergia, anche se non sempre con il miglior coordinamento, le strutture della sanità pubblica con enti del privato sociale e del volontariato. [...] Si tratta di un complesso di punti di riferimento che risponde ora al criterio della sussidiarietà, anche se nasce nell'ambito di una tradizione ottocentesca specificamente torinese¹.

Nel primo rapporto, questo insieme di punti di riferimento è stato descritto come una «rete forte» che di fatto assegna al privato sociale il ruolo di integrare il settore pubblico. Senza fare segreto dei rischi e dei limiti di tale rete, si è messa in luce la sua flessibilità, caratteristica peculiare del volontariato e del privato sociale². Osservando questa rete, gli autori si sono chiesti quali siano i canali informativi più efficaci per diffondere le informazioni all'interno delle comunità migranti, e hanno identificato il passaparola e la *peer education* come «le vie dell'informazione» per eccellenza³.

Sinergia, rete, integrazione, passa parola e *peer education* sono i concetti su cui continuiamo qui a riflettere. In virtù del legame con il contesto della ricerca e dell'approccio qualitativo che ha caratterizzato la raccolta dei dati,

¹ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2014, p. 10.

² *Ibidem*, p. 89. Per una riflessione sul tema a livello nazionale si veda M. Tognetti Bordogna, *La salute degli immigrati e i soggetti di terzo settore*, in «Salute e Società», 2006, n. 1, pp. 187-207.

³ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 134.

si apporteranno nuovi elementi alla descrizione della realtà torinese, senza perdere di vista un più ampio dibattito nazionale e internazionale sul ruolo del terzo settore nel campo della salute dei migranti.

Quando si parla di terzo settore ci si riferisce a un eterogeneo insieme di attori che possono essere ricondotti a quattro idealtipi che Ambrosini chiama:

- 1) l'*associazionismo caritativo* caratterizzato per l'aiuto diretto alle persone;
- 2) l'*associazionismo rivendicativo*, che lavora sul fronte del riconoscimento dei diritti;
- 3) l'*associazionismo imprenditivo*, che eroga servizi e prestazioni;
- 4) l'*associazionismo promosso dagli immigrati*, che racchiude le esperienze legate a precisi contesti di provenienza o gruppi culturali⁴.

Negli ultimi anni l'associazionismo straniero ha attirato l'attenzione degli studiosi per diverse ragioni: innanzitutto la crescita delle associazioni in termini di presenza numerica ha reso il fenomeno più visibile⁵, in secondo luogo i gruppi formalizzati di migranti sono stati identificati come soggetti in grado di mediare e capaci di creare un canale privilegiato di comunicazione tra le istituzioni e le comunità di cui dovrebbero essere espressione⁶ e in terzo luogo la presenza di queste realtà associative ha spinto a interrogarsi sui processi di partecipazione e sulla natura della società civile⁷. Le associazioni esistenti portano avanti attività eterogenee che quasi sempre perseguono l'obiettivo ultimo di favorire e supportare i percorsi degli immigrati nel nuovo contesto di vita cercando spazi di riconoscimento culturale, identitario e simbolico⁸. Spesso queste associazioni coinvolgono, o hanno tra i fondatori, italiani con competenze o interessi specifici relativi a un determinato gruppo nazionale. Diverse associazioni gestiscono sportelli informativi orientati a raccogliere le domande più disparate sui servizi della città, le pratiche per i documenti, l'assistenza legale, ecc. Ciò nonostante, poche di loro hanno sino ad ora investito risorse sul tema della salute. Per questo motivo la letteratura sull'impegno del terzo settore a favore della salute degli stranieri si è concentrata sul lavoro di associazioni ed enti italiani che si basano su una struttura solida e che negli anni hanno maturato una compe-

⁴ M. Ambrosini, *Senza distinzioni di razza: terzo settore e integrazione degli immigrati*, in «Sociologia e Politiche Sociali», 2000, n. 3, pp. 127-152.

⁵ M. Caselli e F. Grandi, *Volti e percorsi delle associazioni di immigrati in Lombardia*, Milano, Osservatorio regionale per l'integrazione e multietnicità della Regione Lombardia, 2011, p. 20.

⁶ M. Caselli, *Flussi globali, integrazione locale: il caso delle associazioni di migranti in provincia di Milano*, in «Mondi Migranti», vol. 2, 2008, pp. 109-129.

⁷ V. Cesareo e F. Introini (a cura di), *Istituzioni comunitarie e società civile. In dialogo per l'Europa*, Milano, Vita e Pensiero, 2008.

⁸ M. Caselli e F. Grandi, *Volti e percorsi delle associazioni di immigrati in Lombardia*, cit., p. 54.

tenza tale da diventare punti di riferimento stabili, riconosciuti e apprezzati da parte di utenti e operatori. L'associazionismo etnico – generalmente soggetto a un elevato turnover⁹ – è invece caratterizzato da una scarsa stabilità¹⁰ che lo ha reso fino ad ora marginale nel campo delle azioni a favore della salute¹¹.

Consapevoli di queste caratteristiche e di alcuni limiti dell'associazionismo migrante – spesso riscontrati anche durante la ricerca – ci siamo interrogati sul ruolo che le associazioni di stranieri giocano nel campo del benessere, e abbiamo deciso di farlo a partire dai concetti precedentemente richiamati di sinergia, rete, integrazione, passaparola e *peer education*.

Abbiamo dialogato con i responsabili di diverse associazioni di migranti per identificare realtà con le seguenti caratteristiche: presenza di uno statuto che formalizza la loro presenza sul territorio e dispiego di risorse sul tema della salute. Abbiamo così identificato cinque realtà associative con le quali intraprendere un percorso di conoscenza che ha previsto interviste agli operatori – nella maggior parte dei casi volontari – e a soggetti che vi si fossero rivolti per risolvere problemi di salute. Le realtà associative sono dunque state scelte non perché rappresentative o valutate migliori di altre, ma in virtù di una loro azione sensibile ai temi del benessere, dell'accesso al servizio sanitario e di una significativa e innovativa pratica in materia sanitaria¹².

⁹ L'autore contrappone l'associazionismo formale a quelli che chiama «reticoli informali a base etnico-nazionale» che descrive come vitali e funzionanti perché espressione spontanea dell'auto-organizzazione immigrata. Si veda M. Ambrosini, *Scelte solidali. L'impegno per gli altri in tempi di soggettivismo*, Bologna, Il Mulino, 2005.

¹⁰ Tra le cause della fragilità di certe associazioni possono essere elencate la debole capacità organizzativa, la tendenza di molte realtà ad avere una natura personalistica, la carenza di fondi e la tendenza ad appoggiarsi ad altre realtà locali già funzionanti. Cfr. M. Caselli e F. Grandi, *Volti e percorsi delle associazioni di immigrati in Lombardia*, cit., p. 23.

¹¹ M. Tognetti Bordogna, *La salute degli immigrati e i soggetti di terzo settore*, cit., p. 205.

¹² Le associazioni contattate con le quali è stato fatto l'approfondimento sono, in ordine alfabetico:

– Amece, Association maison d'enfant pour la culture et l'éducation. L'Associazione è nata nel 2000 con una missione di stampo educativo. I progetti attivi sono riconducibili alle seguenti aree: educativa, sport, arte, area sociale e si basano principalmente su lavoro volontario. Dal 2003 l'Associazione è entrata a far parte di una rete territoriale e ha collaborato con: Ufficio Stranieri, Centro Informagiovani, Centro interculturale del Comune di Torino, Ufficio cultura e i Servizi sociali del Consolato del Marocco.

– Angi, Associazione nuova generazione italo-cinese. L'Associazione è formata da giovani cinesi e italiani con particolari interessi o competenze riguardo alla comunità cinese. È nata nel 2007 ad opera di un gruppo di cinesi il cui obiettivo era intervenire in situazioni che avrebbero potuto trasformarsi in conflitti sociali. L'Associazione è attiva in diversi campi della vita sociale e vanta numerosi accordi con realtà formali e informali del territorio; negli ultimi anni si è resa attiva anche sul tema salute attraverso uno sportello nella sede dell'Associazione e la stipula di un accordo di collaborazione con il Consiglio interprovinciale delle ostetriche di Torino e Asti.

– Acist, Associazione culturale islamica San Salvario Torino. L'Associazione gestisce la sala di preghiera di Via Saluzzo 18, nel quartiere di San Salvario. Il suo obiettivo principale è

2. Nuovi soggetti di un welfare in trasformazione

Gli studi che si interessano del legame tra condizione sociale e salute sono ormai un vasto corpus bibliografico all'interno del quale possiamo identificare due temi ricorrenti. Il primo è quello del capitale sociale¹³ che molti autori hanno studiato in relazione alle condizioni di salute, arrivando a sostenere non solo che tra le due variabili c'è una stretta relazione, ma che essa può essere di tipo causale¹⁴. Il secondo tema è quello delle disuguaglianze, espresse ad esempio in termini di risorse economiche¹⁵, status o livello di istruzione¹⁶.

L'ampia trattazione che il tema dei determinanti sociali della salute ha avuto nella prima parte del volume è in linea con la letteratura esistente che, quando parla di migranti, si concentra prevalentemente sulle disuguaglianze. In questo capitolo proponiamo alcune integrazioni, sottolineando il forte legame che intercorre tra disuguaglianza e capitale sociale allorché quest'ultimo viene inteso come «disuguaglianza relazionale»¹⁷. Le disuguaglianze sociali possono infatti essere intese come disparità oggettive e sistematiche

l'organizzazione e la gestione delle attività religiose ma non sono mancate collaborazioni con associazioni del quartiere all'interno di progetti sociali.

– San Lorenzo dei Romeni. La sede torinese dell'Associazione è nata nel 2011 e fa capo all'Associazione nazionale di carità della Diocesi ortodossa romena. Nel marzo del 2011 l'Associazione ha ufficialmente iniziato l'attività del centro di ascolto, che si svolge in spazi di proprietà della chiesa e che si basa sul lavoro volontario delle persone attive nell'Associazione. Il centro di ascolto accoglie richieste di ogni tipo e il suo funzionamento e i contatti con i servizi del territorio sono garantiti dalla presenza di diversi mediatori culturali che prestano servizio come volontari.

– Zhi Song, Associazione socio-culturale italo-cinese. L'Associazione si definisce socio-culturale democratica, apartitica, apolitica e senza scopo di lucro. Il suo scopo è lo sviluppo della solidarietà sociale e la promozione dei rapporti interculturali tra cittadini cinesi e la società italiana, con particolare attenzione ai giovani, alle donne e alle persone diversamente abili. Tra i progetti realizzati negli ultimi anni si segnalano progetti Fei (Fondi europei per l'integrazione) che hanno l'obiettivo di migliorare l'apprendimento della lingua italiana e una collaborazione con l'Asl sulle tematiche della salute in rapporto alle persone provenienti da paesi extra europei nel progetto *Take easy*.

¹³ Il capitale sociale indica le risorse che derivano dalla partecipazione civica, dalle relazioni di fiducia e dalle norme di reciprocità che caratterizzano le reti sociali. Cfr. M. Minelli, *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, Perugia, Morlacchi University Press, 2007, p. 9.

¹⁴ I. Kawachi, *Social Capital and Community Effects in Population and Individual Health*, in «Annals of the New York Academy of Sciences», 896, 1999, pp. 120-130.

¹⁵ J. Lynch *et al.*, *Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 2. US National and Regional Trends in Income Inequality and Age and Cause Specific Mortality*, in «The Milbank Quarterly», vol. 82, 2004, n. 2, pp. 355-400.

¹⁶ S. Geyer e R. Peter, *Income, Social Position, Qualification and Health Inequalities-competing Risk?*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», vol. 54, 2000, n. 4, pp. 299-305.

¹⁷ L. Rocco e M. Suhrcke, *Is Social Capital Good for Health? A European Perspective*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

circa il possesso di risorse e capacità utili per ottenere un risultato¹⁸ e si traducono spesso in determinanti sociali per la salute.

La prospettiva adottata suggerisce che le associazioni straniere possano essere luogo di accrescimento del capitale sociale e influenzare le pratiche delle persone che vi accedono e che, al contrario, l'assenza di reti sia un fattore di aumento dei rischi in generale, e di quelli connessi alla salute in particolare¹⁹. Ciò è evidente nel caso di associazioni che – oltre ad essere luogo di aggregazione e riconoscimento sociale e simbolico – si sono organizzate per offrire un servizio. È il caso dell'Associazione San Lorenzo dei Romeni, che ha fondato un centro di ascolto, dell'Associazione Angi, che ha uno sportello salute istituito in accordo con una clinica convenzionata, e di altre realtà che hanno dato vita a sportelli informativi.

Da alcuni anni si assiste al ritrarsi dello stato da alcuni servizi²⁰ e alla comparsa di enti di diversa natura che forniscono prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite dallo stato. Per descrivere questa situazione sono nate formule come *welfare mix*²¹, *secondo welfare*²² e *sistema welfare*. Inoltre, di fronte a un welfare dalle prestazioni standardizzate e poco attento ai cambiamenti²³, si è auspicata la crescita di quello che viene chiamato *welfare civile*, un modello di *welfare mix* in cui il terzo settore gioca un ruolo di centrale importanza. Sono gli stessi enti pubblici ad auspicare un maggiore coinvolgimento del terzo settore nelle politiche sociali: nel 2009 il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha pubblicato il *Libro bianco sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva*. Il *Libro pro-*

¹⁸ M. Tognetti Bordogna, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008, p. 10.

¹⁹ *Ibidem*, p. 21.

²⁰ M. Ferrera e F. Maino, *Il «secondo welfare» in Italia: sfide e prospettive*, in «Italianieuropei», 2011, n. 3, p. 21.

²¹ Con questo termine si fa riferimento alla nuova fisionomia assunta negli ultimi decenni dal sistema di welfare, determinata dal passaggio dalla concezione di *welfare state* tipica degli anni Settanta – in cui il ruolo centrale era affidato allo stato – alla situazione odierna, in cui la realizzazione del sistema di welfare è affidata ad un *mix di soggetti/attori* che operano all'interno della comunità locale sulla base dei principi della sussidiarietà orizzontale e verticale, della partnership, della partecipazione, dell'integrazione, del lavoro di rete, della concertazione e negoziazione per sviluppare il benessere in un determinato ambito locale. Si veda G. Marcon e C. Scilletta, *Il ruolo del welfare civile nel welfare mix. Bisogni non evasi dal welfare pubblico*, Osservatorio di Economia Civile, Camera di Commercio di Treviso, 2010, p. 51.

²² Con questo termine ci si riferisce a un complesso eterogeneo di attività che condividono il fatto di essere private e di usare risorse non pubbliche, almeno in prevalenza. Concretamente parliamo di progetti e di investimenti sociali promossi da aziende, fondazioni, compagnie assicurative, cooperative sociali, dove queste ricorrono a un mix di risorse pubbliche e private. Cfr. S. Pasquinelli, *Un sociale senza stato?*, in «Prospettive sociali e sanitarie», 7, 2011, disponibile online: http://www.qualificare.info/upload/Pasquinelli_PSS1107.pdf.

²³ M. Tognetti Bordogna (a cura di), *I colori del welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, Milano, Franco Angeli, 2004.

pone una visione integrata delle politiche sociali, ovvero una visione di welfare inteso come sistema, fortemente radicato nel contesto in cui agisce e nella società di riferimento, intesa come una società attiva²⁴.

Il *welfare mix* e il *secondo welfare* sono quindi caratterizzati da radicamento nel contesto, flessibilità maggiore rispetto agli apparati statali e valorizzazione delle iniziative di sviluppo spontaneo o dal basso²⁵. Questi tratti caratterizzano le associazioni di migranti e ci permettono di inserire il nostro argomento nella più ampia riflessione sul *welfare mix*, e in particolare su quello che viene definito *welfare di comunità*. Esso comprende quelli che vengono chiamati «servizi di prossimità», ovvero risposte a bisogni che implicano una relazione forte tra chi fornisce il servizio e chi ne beneficia (ne sono un esempio i centri di aggregazione per adolescenti, i centri diurni per disabili, ecc.) e che sono tipicamente offerti nell'ambito di un territorio ristretto, a una popolazione circoscritta e spesso da parte di enti no-profit²⁶.

Questa definizione ci permette infine di portare l'attenzione sul termine «comunità». Si tratta di un concetto molto dibattuto nelle scienze sociali²⁷ che sottolineano come le comunità non vadano intese come insiemi omogenei di persone. Seguendo la definizione dei servizi di prossimità pensiamo in questo contesto a una comunità che risponde a bisogni concreti e poniamo l'accento sulla dimensione pratica dell'uso e della frequenza, piuttosto che su quella di gruppo etnico. Vale la pena ricordare che i gruppi nazionali presenti sullo stesso territorio sono spesso frammentati al loro interno, quando non attraversati da tensioni di diversa natura, e che le associazioni possono essere lo strumento attraverso cui alcuni esponenti cercano di consolidare o costruire la loro leadership²⁸. Ciò nonostante – soprattutto in contesto italiano dove c'è ancora scarsa familiarità col concetto di *community* – i concetti di rappresentatività e quello di comunità rimangono legati: gli stranieri che risiedono in un medesimo contesto e condividono la stessa nazionalità sono spesso erroneamente chiamati «comunità» e, di conseguenza, i membri

²⁴ Questo è uno dei motivi per cui il *welfare civile* viene spesso considerato come un ritrarsi dell'ente pubblico e un ritorno a un passato in cui il welfare era in larga parte gestito dalla società civile organizzata o dagli enti caritatevoli, con conseguenti problemi di equità e rispetto degli standard di vita minimi (si vedano G. Marcon e C. Scilletta, *Il ruolo del welfare civile nel welfare mix*, cit.; M. Fujimura, *The Welfare State, the Middle Class, and the Welfare Society*, in «Review of Population and Social Policy», 9, 2000, pp. 1-23).

²⁵ M. Ferrera e F. Maino, *Il «secondo welfare» in Italia*, cit., p. 5. In ambito sanitario, la flessibilità del terzo settore è stata la caratteristica che gli ha permesso di rispondere alle emergenze sin dagli anni Settanta-Ottanta, per poi consolidare e trasformare l'offerta. Cfr. M. Tognetti Bordogna, *La salute degli immigrati e i soggetti di terzo settore*, cit.

²⁶ G. Marcon e C. Scilletta, *Il ruolo del welfare civile nel welfare mix*, cit., p. 13.

²⁷ Si veda ad esempio G. Baumann, *Contesting Culture. Discourse of Identity in Multi-ethnic London*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

²⁸ M. Caselli e F. Grandi, *Volte e percorsi delle associazioni di immigrati in Lombardia*, cit., pp. 24-25.

delle associazioni vengono talvolta presentanti come rappresentanti della comunità²⁹. Parlando di stranieri va invece tenuto presente che l'idea di rappresentatività è fragile perché altrettanto fragile è il concetto di comunità.

Alla luce di un welfare che cambia e di un tessuto associativo particolarmente vivo a Torino, il ruolo delle associazioni è importante per iniziare a pensare gli stranieri non solo come utenti dei servizi, ma anche come fornitori, e per pensare alle associazioni non come «rappresentanti di», bensì come strumenti di mediazione tra gli stranieri e le istituzioni³⁰. L'operato delle cinque associazioni citate verrà analizzato da una prospettiva che coniuga salute e diritti umani, facendo riferimento ai quattro criteri fondamentali identificati dal Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, necessari affinché il diritto alla salute sia realizzato³¹. Di questi quattro criteri, verranno analizzati quelli su cui il lavoro delle associazioni può avere un impatto positivo: esse possono influire sull'accesso ai servizi e sulla loro accettabilità – o appropriatezza culturale – mentre, al momento attuale, non possono influire sulla disponibilità di strutture e sulla loro qualità³².

3. *L'associazionismo migrante come agente di accessibilità*

A livello formale il diritto alla salute è garantito in egual misura a cittadini italiani e stranieri, ciò nonostante l'effettiva possibilità che questi ultimi hanno di godere di tale diritto varia in maniera sostanziale, come emerso sia dal primo rapporto LDF che dai capitoli di questa ricerca. Si parla di *imple-*

²⁹ A tal proposito è utile richiamare una certa influenza che le istituzioni e organizzazioni italiane hanno nella gestione della questione della partecipazione e della rappresentanza quando, ad esempio, presentano un'associazione di migranti come la realtà rappresentativa di un gruppo nazionale (C. Mantovan, *Immigrazione e cittadinanza: autorganizzazione, partecipazione e rappresentanza degli immigrati in Veneto*, in *Giovani sociologi 2005*, a cura di Ais, Napoli, Civis, 2006, p. 82; M. Caselli e F. Grandi, *Volte e percorsi delle associazioni di immigrati in Lombardia*, cit., p. 23).

³⁰ M. Ambrosini, *Senza distinzioni di razza: terzo settore e integrazione degli immigrati*, cit.

³¹ Per una trattazione dettagliata dell'argomento si rimanda al capitolo primo.

³² Il terzo settore offre già strutture alternative a quelle pubbliche, basti pensare ai già citati Ambulatorio medico «Giovanni Paolo II» e alla Camminare insieme per il caso torinese. A livello nazionale esistono altri esempi (per una descrizione si veda M. Tognetti Bordogna, *La salute degli immigrati e i soggetti di terzo settore*, cit.), ma nessuno dei casi di cui siamo a conoscenza è fondato da una associazione di migranti, e sicuramente una realtà simile non era presente nella città di Torino al momento della conduzione della ricerca anche se siamo a conoscenza della volontà di aprire un ambulatorio all'interno di una sala di preghiera. L'idea nasce da un medico marocchino, membro del Vas Onlus (Volontariato assistenza socio sanitaria mediterranea internazionale), associazione milanese che offre servizi di integrazione socio-sanitaria, prevenzione e formazione. Come ricorda Tognetti Bordogna «oltre a un terzo settore storico e consolidato, resta presente in ambito sanitario un terzo settore meno formalizzato che presenta carattere di minor continuità negli interventi e nelle collaborazioni, ma capace di attivarsi in risposta a bisogni particolari» (*ibidem*, p. 200). È di questo ultimo che abbiamo rilevato la presenza e la rilevanza.

mentation deficit per descrivere una situazione in cui un diritto fondamentale esiste, ma il suo effettivo godimento risulta di difficile realizzazione³³. Alcune cause risiedono in quella che viene chiamata accessibilità delle strutture, concetto complesso che tiene conto di diverse dimensioni: la discriminazione, l'accessibilità fisica, l'accessibilità economica e l'accessibilità delle informazioni³⁴. Quali di queste dimensioni possono rientrare nella sfera d'azione delle associazioni? In che modo le associazioni di stranieri possono influire positivamente rendendo le strutture più accessibili?

Accogliere o discriminare

Il tema della discriminazione è molto delicato perché ci impone di riflettere sulla relazione tra reali pratiche di esclusione e percezioni di discriminazione che potremmo definire «immaginate». Talvolta, infatti, gli stranieri utilizzano i concetti di «discriminazione» e «razzismo» per spiegarsi elementi organizzativi che non comprendono:

Mi è successo due volte, alle Molinette la prima. Avevo male al ginocchio e sono stata tutta la sera al pronto soccorso, nessuno faceva attenzione a me perché non so parlare fino a quando è arrivato un marocchino che ha sgridato gli infermieri e allora mi hanno ascoltata. Un'altra volta al Mauriziano dovevo prendere un appuntamento per un problema alle ovaie. Mi hanno dato appuntamento quasi ad un anno di distanza, e mi hanno sgridata quando ho chiesto un appuntamento più vicino, mi dicevano: «Prendi il foglio e vai via». Però al Sant'Anna me lo hanno dato. Lo staff del Sant'Anna è bravissimo con gli stranieri (Hasna, 55 anni, Marocco).

La signora Hasna ha attribuito alla sua condizione di straniera il trattamento ricevuto, anche se non sappiamo quali siano le ragioni della sua attesa. Il contesto del pronto soccorso, col sistema di *triage*³⁵ che regola l'accesso, è un esempio che mostra in maniera evidente l'intreccio tra discriminazione reale e immaginata. La percezione di discriminazione che gli stranieri riportano in merito a questo delicato tema, infatti, può essere sia una percezione errata – dovuta alla scarsa conoscenza del funzionamento del servizio – sia il sintomo di un reale problema. Uno studio svolto presso il pronto soccorso di Venezia ha dimostrato che l'incrocio tra performance

³³ A. Golini, *L'immigrazione straniera: indicatori e misure di integrazione*, Bologna, Il Mulino, 2006.

³⁴ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 37-38.

³⁵ Il termine *triage* deriva dal verbo francese *trier* e significa scegliere, classificare. Indica il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità per il trattamento quando si è in presenza di molti pazienti. Il *triage* è svolto da personale infermieristico che, valutando i segni ed i sintomi del paziente, identifica le condizioni potenzialmente pericolose per la vita ed attribuisce un codice di gravità al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica.

di *triage* insufficienti (casi in cui il codice assegnato sottostima il reale problema) e patologie ad alto rischio appare preoccupante soprattutto nel caso dei pazienti stranieri³⁶.

Gli episodi di discriminazione emergono spesso in condizioni di incomprendimento linguistica e culturale, come se il vuoto comunicativo lasciasse uno spazio che viene riempito da elementi di natura ideologica che hanno a che fare con la costruzione sociale del «diverso» e con i pregiudizi ad essa connessi. In queste situazioni le associazioni di migranti possono giocare un ruolo favorevole quando offrono mediazione e accompagnamento ai servizi, colmando di fatto questo vuoto comunicativo. Riferendosi ad un'altra esperienza, la stessa signora racconta:

Quando sono andata al centro della tubercolosi non capivano cosa avevo e che cosa volessi, e hanno chiamato i servizi sociali. I servizi sociali hanno chiamato l'Associazione Amece in virtù della collaborazione tra Comune di Torino e Amece. L'associazione ha chiamato il mio dottore che ha spiegato i miei problemi e poi una mediatrice di Amece mi ha accompagnata quando sono tornata al centro (Hasna, 55 anni, Marocco).

Una situazione in cui può verificarsi incomprendimento, e di conseguenza discriminazione, è paradossalmente quella dell'accesso ai Centri Isi, proprio i luoghi deputati all'accoglienza dell'utenza straniera più debole e svantaggiata. Racconta una mediatrice marocchina dopo aver accompagnato un utente a iscriversi al servizio:

È brutto, a volte trattano male le persone al Centro Isi. Ci sono rimasta male. La dottoressa è bravissima, ma le assistenti che danno gli appuntamenti alla gente no. La mattina c'è tantissima gente, troppa, e li trattano male, li sgridano quando non capiscono e chiedono informazioni (mediatrice marocchina³⁷, Amece).

Richiamando alcuni elementi di criticità emersi nel secondo capitolo, sottolineiamo che un contatto non soddisfacente, spesso percepito come discriminatorio, può stare alla base di una richiesta di aiuto al terzo settore. Ci si rivolge ad associazioni di migranti che possano fornire accompagnamento – come nel caso della signora marocchina che temeva di essere stata

³⁶ A. Da Lio e F. Spagna, «Un codice così bianco». *Aspetti antropologici del triage in una ricerca sulle «priorità» presso il Pronto Soccorso di un ospedale veneto*, in «Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», 35-36, 2013, pp. 187-205.

³⁷ In questo capitolo molti dei volontari delle associazioni con cui abbiamo interagito vengono chiamati «mediatori». È necessario sottolineare che alcuni di loro lo sono formalmente avendo seguito corsi e svolgendo la loro professione in strutture anche al di là del loro impegno nelle associazioni. Altri hanno svolto dei corsi di formazione, ma non hanno mai avuto incarichi professionali nel settore, altri ancora svolgono presso le associazioni un tirocinio formativo e infine ci sono coloro che, nonostante non siano formati, hanno acquisito sul campo una competenza.

infetta da tubercolosi – oppure al privato sociale che rappresenta un’alternativa al Ssn.

Alla Camminare insieme è facile per me, conosco tutti, al Centro Isi ti fanno aspettare tanto. Sono andato all’Isi solo quando ho fatto la tessera, se no vengo alla Camminare insieme, è più facile. C’è il dottore generale che ti visita e ti dà subito la medicina. [...] Per l’iscrizione qualche amico mi ha detto che c’era una chiesa romana. Sono venuto e poi ho conosciuto il centro di ascolto, passo per passo. Come prima cosa sono venuto qui a fare tessera Isi, mi hanno aiutato loro (Fabian, 47 anni, Romania).

Allora ero già malata di leucemia ma non lo sapevo perché non potevo andare a fare prelievi. Ero senza contratto e quindi senza medico. Quando mi sentivo male, crollavo, e una volta sono venuta alla Camminare insieme perché me l’ha detto un’amica [...] Non sapevo dei Centri Isi, nessuno mi ha mai detto che esistevano. Sono andata dove mi hanno aperto le porte (Viorica, 46 anni, Romania).

Molte persone dichiarano di preferire il terzo settore perché si sentono maggiormente ascoltate e sperimentano, quindi, un ambiente più accogliente rispetto a quello standardizzato del Ssn. Quando le cause del mancato accesso sono imputabili alla struttura delle istituzioni che – originariamente orientata a soddisfare le esigenze della popolazione autoctona – pone altri gruppi in condizione di svantaggio, si parla di discriminazione istituzionale. La discriminazione pertanto non è solo l’atto di un singolo individuo che si pone in posizione giudicante o razzista, ma può anche essere l’effetto di inadeguatezza strutturale dell’istituzione³⁸.

Accessibilità linguistica

Nel discorso sulla discriminazione istituzionale rientra anche il delicato aspetto dell’accessibilità linguistica, una delle ragioni principali per cui gli stranieri si rivolgono alle associazioni di connazionali.

Se non c’era Amece mi cercavo una persona per tradurre. A volte se non trovo nessuno lascio stare e torno a casa, soprattutto se devo andare in ospedale, e cerco per un altro giorno una persona che può venire con me (Hasna, 55 anni, Marocco).

Quando ho un problema non vado dal mio medico, perché non riesco a parlare. Le volte che ho dovuto andare ho portato con me il figlio di una amica, ma è un bambino, non è che aiuta tanto. La prima persona a cui mi rivolgo quando ho un problema è la ragazza dell’associazione (Mei, 34 anni, Cina).

Se queste difficoltà possono essere incontrate da tutti gli stranieri, per chi proviene da sistemi linguistici totalmente diversi dal nostro l’ostacolo

³⁸ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 163.

può diventare insormontabile. È il caso della comunità cinese, in cui la lingua è identificata come il primo ostacolo all'accesso al Ssn³⁹, soprattutto per quella prima generazione per la quale è stata registrata un'estrema difficoltà di imparare l'italiano⁴⁰. A ciò si aggiunge il fatto che, anche quando la barriera linguistica risulta superata grazie a una sufficiente padronanza della lingua italiana, lo scambio tra utenti cinesi e medici italiani rimane difficile e caratterizzato da una mutua percezione di distanza e incomprensione⁴¹.

La paura di non essere capiti, l'assenza di un mediatore culturale⁴² e la mancanza di informazioni rispetto alla possibilità di richiederne la presenza possono trasformarsi in ostacoli all'accesso, oltre che in cause dell'insuccesso della cura. L'antropologia medica ha mostrato che le lacune nella comunicazione linguistica (sia a livello di comprensione, che a livello di confronto di differenti costruzioni culturali della realtà clinica) rappresentano la principale causa della mancata adesione da parte dei pazienti alle terapie indicate dai medici⁴³ e che l'inefficienza comunicativa è destinata a manifestarsi sul piano della prassi terapeutica⁴⁴. Il non accesso dovuto a ostacoli linguistici, quindi, è solo la punta di un iceberg molto più profondo.

Di solito il medico prescrive la cura e sembra che vada tutto bene, poi con il tempo scopriamo che la persona non segue la cura. Magari ha telefonato in Cina perché ha un parente o un amico che è medico e si confronta con lui al telefono. Io normalmente non accetto questo, o torni direttamente in Cina a fare gli esami, se no non puoi chiedere una cura al telefono (volontaria italiana, Zhi Song).

Abbiamo avuto il caso di un signore col diabete che non capiva nulla di quello che gli dicevano al Gradenigo. Andava dal medico ed era felice come una Pasqua, ma quando gli abbiamo portato la traduzione di quello che gli aveva scritto il medico, spiegato e rispiegato in cinese, si è accorto che non aveva capito quello che gli aveva detto il medico. Lui non era grave, ma spiegargli che doveva mangiare poco e non tre volte al giorno abbondante è stato fondamentale, come è stato fondamentale spiegargli quando e come prendere le pastiglie. Le persone a volte, anche quando parlano un po' la lingua non capiscono cos'è la malattia, come devono comportarsi, come possono farsi aiutare, quali sono le analisi da fare. Noi stessi dal

³⁹ T. Osteria, D. Carrillo e A. Sarli, *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, Manila, De La Salle University Publishing House for the Asia-Europe Foundation (Asef), 2013, p. 515.

⁴⁰ L. Berzano, C. Genova, M. Introvigne, R. Ricucci e P. Zoccatelli, *Cinesi a Torino. La crescita di un arcipelago*, Bologna, Il Mulino, 2010, p. 16.

⁴¹ A. Sarli e D. Carrillo, *Unasked Questions and Missing Answers: The Italian National Health System and Chinese Migrants in Milan*, MPC Analytical and Synthetic Note, Firenze, European University Institute, 2014, n. 1, p. 5.

⁴² Per una trattazione più approfondita sul tema, si rimanda al capitolo sesto e in particolare al paragrafo 3.

⁴³ I. Quaranta, *Antropologia medica, i testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2006, p. xi.

⁴⁴ I. Quaranta e M. Ricca, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Milano, Raffaello Cortina, 2012, p. 72.

medico facciamo fatica a capire, se lo devi elaborare in un'altra lingua e in un'altra logica rispetto alla tua, poi, diventa molto complesso (volontaria italiana, Zhi Song).

Quando si verificano casi di incomunicabilità entrano spesso in gioco le associazioni di migranti contattate dagli utenti – in cerca della traduzione o mediazione culturale che non hanno trovato nei servizi – o addirittura dagli stessi medici che, avendo precedentemente incontrato l'associazione, la considerano punto di riferimento a cui rivolgersi in caso di necessità.

Mio marito aveva fatto degli esami in Cina, quando siamo tornati in Italia abbiamo portato le traduzioni e ho parlato con i medici, ma la traduzione era sbagliata e la situazione si stava aggravando. Il dottore ci ha consigliato di parlare con l'associazione, è lui che ha prenotato l'appuntamento con la mediatrice dell'associazione Zhi Song perché voleva spiegarsi meglio (Suzi, 48 anni, Cina).

Un altro caso di incomunicabilità linguistica in cui possono entrare in gioco le associazioni è quello del passaggio da un servizio con mediazione a uno che ne è privo. È il caso di una signora cinese incinta a cui, durante una visita presso il consultorio familiare di Lungo Dora Savona, la mediatrice comunicò che il bambino si trovava in posizione podalica. Le fu prescritta una visita al Maria Vittoria con una ginecologa che potesse effettuare il rivolgimento del bambino; contestualmente fu avvertita che in quel servizio non avrebbe trovato mediazione e che pertanto avrebbe dovuto essere accompagnata da qualcuno che parlasse italiano. La paziente rispose che si sarebbe fatta accompagnare da una mediatrice di Angi, trovando nell'associazionismo una risposta alla problematica situazione di essere inviata a un servizio che non prevede la presenza di mediatori.

È proprio nella comunità dove è maggiormente sentito il problema della lingua che è stato riscontrato il fenomeno del pagamento tra connazionali⁴⁵. Questo tipo di accompagnamento, così come quello richiesto gratuitamente ad amici o parenti, lede un diritto della persona, non garantisce un servizio di qualità e non tutela la privacy del paziente, che potrebbe addirittura omettere parte della comunicazione con il medico per non diffondere notizie sul suo conto nella rete dei connazionali. Il lavoro delle associazioni tutela maggiormente le persone perché garantisce loro l'anonimato e una certa qualità del servizio che può variare a seconda che nell'associazione ci siano mediatori culturali o semplici volontari che si sono formati una competenza sul campo.

⁴⁵ A. Sarli e D. Carrillo, *Unasked Questions and Missing Answers*, cit., p. 4. Le associazioni con cui abbiamo lavorato offrono il loro sostegno gratuitamente. Nel caso di Angi, l'accesso allo sportello salute, all'accompagnamento e alla mediazione è normalmente garantito ai soci iscritti dietro versamento di una quota associativa annuale.

Accessibilità economica

Radu è un uomo romeno di mezza età. È in Italia dal 2003, ma dal 2007 non ha un impiego fisso e lavora in nero saltuariamente. La perdita del lavoro ha causato anche la perdita dei documenti, della casa e di condizioni dignitose in cui vivere, motivo per cui da tempo dorme in una fabbrica abbandonata con altri romeni. Possiede la tessera Eni e l'iscrizione al Centro Isi, come tutte le persone che vivono insieme a lui perché, dice Radu, «certe condizioni facilitano problemi di salute». Ciò nonostante non tutti hanno l'esenzione per le cure mediche. Al primo accesso al Centro Isi ogni straniero firma una dichiarazione di indigenza che gli permette di pagare, anziché il costo dell'intera prestazione, il solo ticket. Lo straniero in possesso del tesserino Stp/Eni è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, alla pari del cittadino italiano, per quanto concerne prestazioni di primo livello, urgenze, gravidanze, cure per patologie rare o gravi stati invalidanti. Per prestazioni di tipo diverso, invece, è previsto il pagamento del ticket – salvo la possibilità di richiedere l'esenzione – che può talvolta rappresentare un ostacolo all'accesso alle cure per coloro che, pur non avendo l'esenzione, si trovano in condizione di «indigenza medica»⁴⁶.

Radu ha problemi allo stomaco e all'ernia per cui deve assumere medicinali non mutuabili. Un connazionale che dorme nella stessa fabbrica gli ha consigliato di rivolgersi al centro di ascolto San Lorenzo, che afferisce alla chiesa ortodossa. Lui frequentava già la chiesa, ma non aveva mai sentito parlare del centro d'ascolto. Al momento del primo accesso al Centro, Radu aveva due bisogni: comprare i medicinali che gli erano stati prescritti e pagare un ticket di 17 euro per ritirare gli esami del sangue. Gli operatori del Centro fecero una colletta per pagargli il ticket e lo indirizzarono alla Camminare insieme, dove gli furono forniti medicinali gratuitamente.

Il lavoro della maggior parte delle associazioni si regge sulla partecipazione volontaria dei soci ed è caratterizzato da uno scarso accesso a risorse economiche. Far fronte alle esigenze materiali degli utenti non rientra normalmente nelle loro possibilità, ma al Centro di ascolto romeno mi è stato detto che in casi di estrema necessità si è contribuito alle spese mediche di alcune persone.

Sono pochi quelli che vengono a chiedere i soldi per il ticket, ma due settimane fa è arrivato un signore disperato che non poteva pagare un ticket di circa 20 euro. Abbiamo fatto una colletta e ce l'abbiamo fatta subito. Sarebbe molto difficile farlo per tutti, ma questo signore era senza fissa dimora, difficilmente riesce a trovarsi il mangiare quindi per lui era proprio difficile mettere insieme quei soldi. Lui è uno dei pochi arrivati appositamente per chiedere aiuto per problemi di salute, di so-

⁴⁶ Per un'analisi di questo concetto e alcuni problemi derivanti dall'attribuzione dei codici di esenzione si veda il paragrafo 5 del capitolo secondo.

lito non lo fanno... vengono per altro e poi parlando scopriamo che non hanno il medico o che hanno un problema di salute e non sanno dove andare (mediatrice romena, San Lorenzo dei Romeni).

Nonostante l'associazionismo migrante non si ponga come soluzione ai problemi di accessibilità economica, esso può rappresentare un supporto in casi di estrema necessità per via del suo carattere caritatevole e solidaristico.

*Accessibilità delle informazioni*⁴⁷

Il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali ha indicato l'informazione come uno degli elementi portanti del contenuto normativo del diritto alla salute⁴⁸. L'informazione gioca un ruolo centrale nel controllo che ogni individuo ha sulla propria salute e sulle possibilità che ha a disposizione per migliorarla, ma la marginalità sociale ha numerose implicazioni sia sull'efficacia della comunicazione che sull'accessibilità delle informazioni.

Silvia è una signora romena malata di leucemia che ha vissuto per anni in condizione di irregolarità⁴⁹. La conquista del lavoro e di un contratto le hanno permesso di regolarizzare la sua presenza e, di conseguenza, di accedere alle cure mediche. La signora non era al corrente dell'esistenza del Centro Isi e, di conseguenza, non ha potuto godere di quello che sarebbe stato un suo diritto. Quando una persona crede di non avere un diritto non può reclamarlo e tantomeno si può sentire privata di qualcosa che le spetta.

Tanti non conoscono i servizi, e quando sanno dell'esistenza o non si fidano o hanno il timore di non essere ascoltati come si deve. E quindi l'utenza non arriva, il servizio offerto non riesce al meglio. Molti passano dall'associazione prima che andare al servizio. Loro non sono integrati nella comunità italiana, quindi le informazioni non gli arrivano. Visto che sono in contatto con la loro comunità, portano i bimbi a scuola e le mamme si parlano accedono alle informazioni sull'associazione marocchina meglio che sui servizi italiani. [...] Loro conoscono bene l'Asl per la tessera sanitaria, la questura per il permesso di soggiorno, il comune o l'anagrafe per la carta d'identità. Non conoscono altro (mediatrice marocchina, Amece).

Accompagnare i figli a un corso di lingua o a un doposcuola, recarsi a pregare o incontrare i connazionali per festeggiare una ricorrenza legata al paese di origine possono essere momenti in cui chiedere informazioni.

⁴⁷ Qui intendiamo per «informazione» le nozioni necessarie per muoversi nell'istituzione italiana, definendo informazione come «conoscenza dei servizi». Rinviamo al paragrafo 5 del capitolo settimo per un discorso più ampio che connetta informazione e formazione.

⁴⁸ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 127.

⁴⁹ Il suo arrivo in Italia precede l'ingresso della Romania nell'Unione europea.

La rete informale delle persone della stessa nazionalità è un contesto importante per il reperimento delle informazioni e all'interno di questo reticolo le associazioni possono rappresentare il luogo del «primo approccio formale», soprattutto quando sono in rete con i servizi.

Le associazioni stesse svolgono un ruolo che si formalizza nel tempo; molte di loro hanno istituzionalizzato un servizio in termini di centro di ascolto o sportello informativo proprio in virtù di un compito non istituzionalizzato che già svolgevano in quanto punti di riferimento per la popolazione migrante.

Uno dei motivi principali per cui le associazioni possono fornire informazioni è il fatto di essere calate nella realtà sociale delle comunità e di osservare i problemi dei connazionali da vicino.

Avevamo cominciato un sondaggio a seguito di segnalazioni di donne cinesi. A Torino i cinesi hanno un alto tasso di nuove nascite, nascono circa cento bambini cinesi ogni anno. Abbiamo fatto diversi colloqui con ospedali come Sant'Anna e Maria Vittoria e abbiamo scoperto che solo 30% di queste donne segue l'iter standard, con corsi e visite programmati. Questo è un rischio perché può causare problemi nel parto. Abbiamo deciso di fare delle interviste con donne cinesi per capire perché, e ci siamo resi conto che c'è difficoltà di accesso al servizio anche se il servizio c'è [...] Difficoltà linguistiche, problemi con gli orari di lavoro, difficoltà di reperire accompagnatori che capiscono la lingua [...] Parlando con la gente è emersa una questione sanità più allargata che riguardava anche uomini, anziani, bambini, ecc... Ci siamo chiesti cosa fare. Non potevamo chiudere gli occhi (rappresentante Associazione, Angi).

Quando intercettano un problema, le associazioni – se sufficientemente forti – tentano di mettere in campo strategie risolutive. È il caso dell'attivazione di un corso di formazione sulle malattie infettive realizzato in alcune sale di preghiera, durante il 2014. Nel maggio 2013, la moschea Omar Ibn El Khattab di Via Saluzzo aveva promosso una campagna di sensibilizzazione alla donazione del sangue in collaborazione con l'Avis di Torino. Molti dei donatori coinvolti erano risultati infetti da patologie riconducibili prevalentemente all'epatite B (Hcb) e C (Hcv). La coerenza tra i risultati emersi e le osservazioni del personale dell'ambulatorio Misa⁵⁰ (con cui gli organizzatori della campagna erano in contatto) spinsero a ragionare su interventi di prevenzione e contenimento del problema. La disponibilità dei medici a realizzare una campagna di sensibilizzazione ha fornito l'input per la realizzazione delle attività, ma un ruolo fondamentale ha giocato anche la presenza di persone sensibili al tema e convinte che le informazioni *per* la comunità dovessero partire *dalla* comunità stessa⁵¹.

⁵⁰ Ambulatorio Migrazione e salute, Ospedale Amedeo di Savoia.

⁵¹ Di questa esperienza formativa si parlerà nell'ultimo paragrafo del presente capitolo.

Tantissime volte mi capita che vado a pregare e vengo fermato da gente che mi chiede le informazioni più svariate. Per il semplice fatto che parlo italiano bene tutti pensano che io sappia tutto e, quando non sanno dove chiedere, chiedono anche a me. Dobbiamo portare le risposte lì dove ci sono le domande. È una nostra responsabilità (Khaled, 36 anni, Egitto).

Simile percezione mi era stata restituita da alcuni dei volontari del centro d'ascolto romeno:

Siamo la comunità più grande di Torino e quindi sicuramente usiamo i servizi in modo importante. Il volontariato italiano ha fatto molto per noi e io penso che a un certo punto si aspettassero un segnale da noi. Avevamo la sensazione di dover fare qualcosa (volontario romeno, San Lorenzo dei Romeni).

Se strutturate, dunque, le associazioni hanno la possibilità di intercettare i problemi e fornire risposte che tengano conto delle difficoltà linguistiche e delle differenze culturali:

Se parliamo della scarsa presenza delle donne incinte nelle visite c'è anche un problema culturale, perché in Cina non c'è una procedura standard come quella della Regione Piemonte. Non ci sono così tanti esami da fare. E allora bisogna intervenire su più aspetti: quello informativo, quello linguistico e quello culturale perché bisogna anche convincere i datori di lavoro a dare più permessi. In Cina gli esami sono diversi e non tutti obbligatori. Noi cerchiamo di conciliare i due metodi in modo che venga rispettata la cultura della persona, ma venga applicato il metodo esistente in Italia (rappresentante Associazione, Angi).

La mancanza di informazioni e l'incapacità di reperirle può condizionare l'accesso al servizio sanitario in due modi: da un lato, come nel caso della signora Silvia, lo impedisce e dall'altro lato crea un accesso errato, che non rispetta l'iter previsto. Un esempio è l'utilizzo scorretto del servizio emergenziale: nel caso dei cinesi viene spesso richiamato un uso massiccio del pronto soccorso⁵², a cui gli utenti si rivolgono anche nei casi in cui dovrebbero recarsi dal medico curante. Spesso le persone non ricercano le informazioni fino al momento del bisogno, se non dell'urgenza, e le associazioni possono giocare un ruolo per colmare questo divario tra migranti e Ssn.

La prima volta che vengono al centro si compila una scheda con i dati. La scheda serve per creare una banca dati sul computer e per iniziare a conoscere la persona. Ci sono delle domande sui dati anagrafici, sui documenti che ha in Italia e questo ci serve anche per capire se ha la tessera sanitaria o no. In base ai documenti che la persona ha si inizia a capire la sua situazione sul tema salute. È impor-

⁵² T. Osteria, D. Carrillo e A. Sarli, *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, cit., p. 41.

tante per iniziare a capire la condizione di salute della persona e anche per dargli informazioni. Magari non è venuto per la salute, ma se vediamo che non ha la tessera gli diciamo di andare a farla (mediatrice romena, San Lorenzo dei Romeni).

Infine, un caso in cui l'accesso è limitato perché ostacolato da norme di difficile comprensione è quello di persone che sembrano rimanere impigliate nelle maglie della burocrazia, come la signora Violeta. Questa signora ha vissuto in Italia per cinque anni, lavorava come assistente familiare con un regolare contratto di lavoro e possedeva l'iscrizione al Ssn. Alla fine del contratto decise di tornare in Romania per ristabilirsi con la sua famiglia. Qualche mese fa è tornata in Italia per saldare un debito con una banca e, durante la sua breve permanenza, ha iniziato a sentirsi male. Le prime analisi, fatte all'Ospedale Cottolengo⁵³, hanno rivelato il rischio di una cirrosi su cui era necessario intervenire tempestivamente. Nonostante la signora non avesse previsto di rimanere in Italia, l'emergere della malattia l'ha costretta a rivedere i suoi piani e a cercare possibilità di cura. Violeta si è trovata costretta a vagare per cercare ogni giorno un posto nuovo in un dormitorio perché non aveva un posto dove stare e non poteva permettersi l'affitto di una stanza. La conclusione del rapporto di lavoro aveva determinato lo scadere dell'iscrizione al Ssn, e in quanto «nuovo ingresso» Violeta avrebbe potuto ottenere un codice Eni solo se in possesso di un domicilio. La donna si trovava dunque in una situazione di stallo:

Non può andare in Romania perché là non la curerebbero gratuitamente, ma non si può curare qui perché non è iscritta al Ssn perché non ha più la residenza... è una brutta situazione... l'altra volta quando è venuta qui si è messa a piangere. Le ho detto che è un bene che sia qui, magari qualcuno lassù lo ha deciso, per quel debito di pochi euro è venuta qui e ha scoperta la malattia, in Romania o non la scopriva o spendeva migliaia di euro per curarsi (mediatrice romena, San Lorenzo dei Romeni).

In questa difficile situazione, a sostegno della signora Violeta si è mobilitata una rete che connette mondo del volontariato, privato sociale e ospedali pubblici. Il centro di ascolto, insieme alla Camminare insieme e all'ambulatorio Misa hanno seguito il caso e hanno ottenuto per la signora un posto fisso in un dormitorio cittadino. Dopo qualche giorno Violeta è stata spostata in un centro dove poteva rimanere anche di giorno e, grazie alla dichiarazione di permanenza in questa struttura, ha ottenuto la tessera Isi e ha incominciato analisi più approfondite all'Ospedale Amedeo di Savoia. I risultati ottenuti non hanno fatto emergere la necessità di un trattamento medico e lei ha dunque deciso di rientrare in Romania. Un viaggio che doveva

⁵³ La signora era stata inviata dalla Camminare insieme, che possiede un accordo con l'ospedale per le persone in assenza di tessera sanitaria.

essere di pochi giorni si è trasformato in una «odissea medica» che è stata gestibile grazie alla forte rete che ha collaborato:

Un giorno, poi, all'inizio di agosto, mi ha detto che si era già prenotata il pulman, per tornare in Romania. Siccome non ha voluto cambiare idea sul fatto di essere mandata a spese del centro d'ascolto, abbiamo raccolto un po' di soldi e le abbiamo pagato una parte del costo del biglietto. Dalla Camminare insieme e dal Sermig siamo riusciti a fare un po' di spesa per farle portare a casa qualcosa e le abbiamo procurato anche una bella scorta di medicine che prendeva per lo stomaco e per integrare il ferro, visto che era anche molto anemica. Ogni tanto mi chiama dalla Romania per ringraziare e mi chiede di salutare e ringraziare tutti quelli che l'hanno aiutata (mediatrice romena, San Lorenzo dei Romeni).

4. *L'associazionismo migrante come agente di accettabilità*

Il confronto tra utente straniero e istituzione italiana si gioca su temi complessi come le concezioni di salute, malattia, corpo e cura⁵⁴. Accettabilità significa che tutte le strutture e i servizi sanitari devono rispettare l'etica medica ed essere appropriati dal punto di vista culturale. Nei prossimi paragrafi non affronteremo tutti i temi che potrebbero rientrare nell'accettabilità, ma solo quelli che sono emersi dalle interviste con volontari e utenti delle associazioni e che sono utili per mettere in luce come l'intervento delle associazioni possa aumentare l'accettabilità della cura e del servizio offerto.

L'attesa come variabile culturale

Un criterio con cui gli utenti valutano il servizio del Ssn è, spesso, quello delle tempistiche. Ciò vale per utenti italiani e stranieri, ma nei dialoghi con operatori e utenti cinesi la variabile «tempo» è emersa come cruciale, così come rivelano anche altri studi sulla relazione tra cinesi e istituzione ospedaliera italiana⁵⁵. La variabile tempo viene identificata come la seconda causa che impedisce ai cinesi di utilizzare i servizi sanitari⁵⁶.

La dimensione lavorativa è spesso chiamata in causa per spiegare perché i cinesi vorrebbero tempi di attesa più corti e vorrebbero evitare la coda dal medico di base: descritti come soggetti totalmente dediti al lavoro, si ritiene che non abbiano «tempo da perdere» e che mettano il lavoro prima della salute.

⁵⁴ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 92-98.

⁵⁵ T. Osteria, D. Carrillo e A. Sarli, *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, cit.; A. Sarli e D. Carrillo, *Unasked Questions and Missing Answers*, cit.

⁵⁶ B. Wu e V. Zanin, *Healthcare Needs of Chinese Migrant Workers in Italy: A Survey Report on Chinese owned Workshops in Veneto*, University of Nottingham, China Policy Institute, Discussion Paper n. 48, 2009, p. 15.

Ci sono tanti cinesi che vanno a prendere l'impegnativa, ma il medico non prende appuntamento e bisogna aspettare in sala di attesa. A volte solo per l'impegnativa si aspetta mezza giornata, loro pensano che invece di perdere mezza giornata possono guadagnare trenta euro in più e lasciano stare. Forse anche per questo accettano di fare visite che costano un po' di più (mediatrice cinese, Angi).

La dimensione lavorativa è certamente centrale nell'emigrazione cinese – definita «emigrazione con capitale» perché alla ricerca del lavoro autonomo e del successo economico⁵⁷ – ma non va dimenticato che l'essere totalmente dediti al lavoro è anche una conseguenza dello status di migrante, oltre che un tratto culturale. Lavori spesso precari e privi delle tutele sindacali richiedono ai migranti di salvaguardare il posto di lavoro a costo di rinunciare alla tutela della propria salute⁵⁸. Nel caso dei cinesi questo si aggiunge a un sistema produttivo a conduzione familiare in cui il datore di lavoro si occupa del vitto e dell'alloggio dei suoi dipendenti e il lavoro stesso può diventare un'istituzione totale⁵⁹.

Nelle interviste con utenti cinesi è emerso che le difficoltà linguistiche e le lunghe attese vengono identificate come gli elementi che rendono più difficile l'accesso. L'Associazione Angi fornisce ai suoi soci una soluzione nata da un accordo con una struttura convenzionata:

Siamo partiti dalla questione materno-infantile intervistando donne cinesi, ospedali, raccogliendo dati statistici e abbiamo visto che c'era un problema di salute nella comunità. Contemporaneamente siamo stati contattati da una struttura convenzionata che ci proponeva di fare una convenzione: loro ci hanno mandato tutta la modulistica e consensi vari, noi abbiamo tradotto tutto quanto in cinese. Visto che quando si fa una visita è obbligatorio dichiarare e firmare, le persone avranno una copia in italiano e una in cinese, sanno cosa c'è scritto, firmano, procedono alla visita o all'esame e in più si crea una banca dati per gli studi [...] Noi abbiamo attivato uno sportello salute presso di noi, vuol dire che per qualsiasi problema di salute le persone prima vengono da noi e noi vediamo la loro situazione (se è lavoratore, con tessera, senza tessera, ecc.). Se hanno la tessera sanitaria prenotiamo in strutture pubbliche, senza tessera sanitaria prenotiamo nella struttura privata con una cifra poco più alta del ticket perché abbiamo un accordo per cui abbiamo uno sconto del 20% sulla tariffa ordinaria e non dobbiamo aspettare, se prenoto oggi magari passo già domani (responsabile Associazione, Angi).

Questa soluzione – pensata per persone che non hanno accesso al Ssn, come gli studenti cinesi che si iscrivono alle università italiane⁶⁰ – si rivela

⁵⁷ A. Tassinari e L. Tomba, *Zhejiang-Pechino, Zhejiang-Firenze. Due esperienze migratorie a confronto*, in «La Critica Sociologica», 1996, n. 117-118, pp. 27-38.

⁵⁸ A. Sarli e D. Carrillo, *Unmasked Questions and Missing Answers*, cit., p. 6. A tal proposito si veda anche il capitolo quarto del presente volume.

⁵⁹ B. Wu e V. Zanin, *Healthcare Needs of Chinese Migrant Workers in Italy*, cit., p. 32.

⁶⁰ Gli studenti stranieri iscritti alle università italiane hanno diritto all'iscrizione volontaria al Ssn, dietro il corrispettivo di un compenso annuale, si veda il capitolo secondo.

utile anche in altre situazioni: quella del migrante che, nonostante la possibilità, non ha effettuato la registrazione al Ssn e quella di chi preferisce pagare una quota più alta del ticket per ottenere un servizio più rapido.

Sono arrivata all'associazione tramite un'amica. Avevo un problema ginecologico e dovevo fare dei controlli, ma ho rinunciato a fare le visite nell'ospedale pubblico perché le attese sono troppo lunghe. La mia amica mi ha dato il numero di telefono dell'associazione e la prima volta ci siamo parlate al telefono, loro mi hanno fatto la tessera e la prima volta ci siamo incontrati davanti all'ospedale (Li Ping, 34 anni, Cina).

Bisogna tenere presente che per molti utenti cinesi la variabile tempo non è solo connessa alle attese e alle assenze dal lavoro, ma anche al tipo di cura e alla percezione della sua efficacia. La medicina tradizionale cinese, basata su erbe e rimedi naturali, è largamente diffusa sia in Cina sia nella diaspora cinese e affianca la medicina occidentale. In Cina entrambe le tradizioni mediche sono accessibili e, a seconda del problema che devono risolvere, le persone decidono quale tipo di cura utilizzare.

La medicina cinese non è proprio specifica per una malattia, io la uso in quei casi in cui non mi sento bene ma non riesco a dire dove, non si trova un problema specifico come quando mi sento debole e stanca. Oppure se trovano sassi nei reni, con la medicina tradizionale vanno via. Un altro esempio è il mal di schiena: qui curano con le pastiglie in Cina no, ti danno un'erba naturale e dopo sei mesi o un anno sei guarito. Se hai la febbre però usi la medicina europea, come se hai un problema grave che deve essere risolto subito. I rimedi cinesi richiedono più tempo per fare effetto (mediatrice cinese, Angi).

Da queste parole emerge come il tempo sia una variabile che entra in gioco nella scelta tra diversi sistemi medici: normalmente, quando ci si attende un intervento rapido e immediato ci si rivolge alla medicina occidentale, che agisce direttamente sul sintomo. Quando invece si cerca una cura più profonda, che non curi solo il sintomo ma agisca in maniera olistica, ci si rivolge alla medicina cinese, che per il suo approccio offre risultati visibili soprattutto nel lungo periodo. Questa è la ragione per cui uno dei criteri che guida l'orientamento a un sistema medico è la gravità del problema: malattie gravi o in stadio avanzato in cui è necessario un intervento immediato sono curate con la medicina occidentale. Questo si rispecchia in una diversa organizzazione ospedaliera, coerente col principio di rapidità attribuito alla medicina occidentale:

In Cina ci sono tanti ospedali. Quando entri ti informi: c'è un'isola per ricevere informazioni, tu dici quale problema hai e ti dicono dove devi andare, e nella giornata risolvi, fai visite ed esami, non fanno aspettare mai dei mesi. Vedi subito lo specialista, e il 90% delle volte riesci a fare tutto in giornata (Suzi, 48 anni, Cina).

Tale concezione della medicina occidentale e dell'organizzazione ospedaliera rendono inconcepibili le lunghe attese che sono interpretate come «mal funzionamento» e «scarsa competenza»⁶¹ e causano un aumento della sfiducia generalmente provata dai cinesi nei confronti dei medici italiani⁶².

Lo sportello salute aperto da Angi in collaborazione con la clinica convenzionata offre una soluzione per risolvere quei casi in cui le attese diventano elemento di non accettabilità, trasformandosi in un limite all'accesso alle cure. Nonostante il primo tentativo sia quello di fare iscrivere gli utenti al Ssn, il riferimento al settore privato può presentarsi come risorsa in casi particolari per cui il servizio pubblico non sia giudicato efficace. La soluzione offerta dall'associazione tutela dunque il diritto alla salute e può essere considerata come un tentativo di arginare altri tipi di risposta, come l'uso scorretto del pronto soccorso, l'uso della medicina tradizionale come automedicamento⁶³, la comparsa di medici non riconosciuti e la ricerca di una cura più accettabile altrove, con la conseguente comparsa di itinerari terapeutici transnazionali.

Accogliere le aspettative di salute

L'accettabilità del servizio è una variabile che si misura rispetto alle aspettative di salute dell'utente, come dimostrato dal caso della comunità cinese. Come affronteremo nel capitolo ottavo, dedicato al tema del transnazionalismo medico, le aspettative di salute portano spesso le persone a muoversi e a percorrere itinerari terapeutici che varcano i confini nazionali in molteplici direzioni.

Viorel, camionista romeno, ha avuto un incidente lavorando e si è rotto il femore. I due interventi subiti a Bucarest avevano solo in parte risolto il problema e il destino di Viorel era quello di camminare con le stampelle e rimanere disoccupato, dato che il problema alla gamba gli avrebbe impedito di tornare a fare il camionista. Un conoscente che stava partendo per l'Italia si offrì di accompagnarlo a Torino dove, secondo lui, avrebbe potuto ottenere una protesi. Nel giro di poco tempo Viorel si trovò a vivere nel campo nomadi di Lungo Stura Lazio e a cercare di orientarsi in un paese di cui non conosceva la lingua e in un sistema sanitario altrettanto estraneo.

⁶¹ T. Osteria, D. Carrillo e A. Sarli, *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, cit., p. 511.

⁶² *Ibidem*, p. 41.

⁶³ Nel caso dei cinesi l'automedicamento avviene spesso con medicine tradizionali. Questo non deve essere considerato come un atteggiamento «culturale», o quanto meno non è con quest'ottica che gli utenti cinesi con cui ho parlato lo valutano. I principi che vengono richiamati per giustificare l'automedicamento sono l'efficacia (osservare che il medicinale ha l'effetto desiderato) e la rapidità (poter agire sulla malattia senza dover aspettare i tempi delle visite).

La prima volta che è venuto da noi era senza niente, senza contatti, senza lavoro né documenti. È venuto qua con la speranza di risolvere il suo problema. È passato in chiesa per chiedere aiuto e poi è venuto da noi. Subito gli abbiamo detto che non era possibile, pensavamo fosse impossibile ottenere una protesi per una persona senza documenti, invece è stato paziente e alla fine ha risolto. Noi ci siamo occupati di lui: prima lo abbiamo portato in una comunità, perché d'inverno per lui era un problema dormire al freddo, poi ha fatto la tessera sanitaria, le analisi e alla fine è stato ricoverato e operato (mediatrice romena, San Lorenzo dei Romeni).

L'iniziale timore che la richiesta di Viorel non avrebbe potuto essere accolta non era infondato. Risale infatti al 2006 la delibera regionale n. 6-3264 che riconosce il diritto all'assistenza protesica all'interno dell'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti⁶⁴.

Per Viorel il centro di ascolto è stato innanzitutto il luogo dove sentire che la sua richiesta era accolta e dove recuperare una sensazione di dignità:

Vivendo nella strada non sei nulla, non sei niente, non capisci niente. Hai i vestiti sporchi, non ti parla nessuno, solo loro, cioè i volontari del centro di ascolto, ti possono aiutare. A loro non interessa se non parli, se non hai fatto la doccia, come ti vesti. Ti aiutano, ti parlano bene, ti danno quello che possono. Non hai pazienza in quei casi, non puoi parlare, senti tante informazioni diverse, e loro ti capiscono più degli altri. Prima mi ha aiutato Dio e poi loro (Viorel, 45 anni, Romania).

In secondo luogo, l'associazione è stato il contesto dell'aiuto pratico: Viorel è stato indirizzato alla Camminare insieme per ottenere medicinali gratuiti, alla comunità Madian⁶⁵ affinché ottenesse una dimora e al Centro Isi per la registrazione al servizio sanitario.

Accompagnamento e mediazione sono infine stati gli strumenti per l'accesso alla cura.

La prima volta che sono andato all'ospedale ero con un amico. Non sapevamo che bisognasse fare tutte quelle cose, tessere, visite, impegnative, infatti in ospedale mi hanno detto che non si poteva fare l'intervento, il dottore mi ha detto che dovevo fare la tessera Isi. Allora sono stato accompagnato da quelli del centro di ascolto al Centro Isi di Lungo Dora Savona. [...] Il dottore mi aveva detto che solo con i documenti si poteva fare l'intervento per la protesi. Diceva che la tessera Isi non copre le spese mediche così grandi. Poi sono tornato al Cto una seconda volta

⁶⁴ Il 27 giugno 2006, con la delibera n. 6-3264, *Assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale. Diritto alle prestazioni integrative*, la Giunta regionale ha deliberato di includere l'erogazione delle prestazioni integrative e di assistenza protesica a favore di stranieri Stp. «Pare evidente che nella definizione di cure si debbano intendere tutte le prestazioni di tipo sanitario e che le prestazioni protesiche siano parte integrante ed imprescindibile di cicli terapeutici e riabilitativi, potendo rientrare nell'ambito delle prestazioni di tipo essenziale».

⁶⁵ La comunità Madian è una comunità di accoglienza per minori stranieri e stranieri ammalati gestita dai religiosi Camilliani.

con la mediatrice del centro, anche perché allora non parlavo e non capivo bene. Quella volta il dottore ha spiegato bene alla mediatrice e ho capito che si poteva fare l'intervento, solo che bisognava aspettare. Ho aspettato un anno e quattro mesi, ho fatto l'intervento lo scorso agosto e finora è andato tutto bene (Viorel, 45 anni, Romania).

L'associazionismo e le sue reti hanno garantito a Viorel la realizzazione della sua richiesta di salute. Senza l'intermediazione dell'associazione probabilmente Viorel avrebbe comunque ottenuto l'assistenza protesica desiderata, ma dovendo affrontare condizioni più difficili data l'assenza di una casa, l'impossibilità di pagarsi i medicinali e l'iniziale incapacità di muoversi nella burocrazia italiana.

Accogliere le aspettative di salute significa anche saperle collocare nel background culturale di riferimento e, di conseguenza, dare dignità alle richieste dei soggetti. Questo elemento è emerso in particolare nelle interviste fatte con i frequentatori di alcune sale di preghiera cittadine. La rilevanza dei luoghi di culto – nella maggior parte dei casi costituiti come associazioni culturali – è grande proprio perché essi sono anche luoghi dove si discute l'accettabilità culturale di alcune pratiche.

Se hanno dubbi le persone si rivolgono in moschea. Ci sono casi in cui a una donna incinta viene detto che il bambino potrebbe avere malattie; a volte i dottori consigliano alla donna di abortire. In quel caso ad esempio si chiede alla moschea se è *haram* [illecito; peccato] o se si può fare. Si chiede all'imam perché lui è quello che ne sa di più su questi argomenti. Ultimamente si parla molto anche della donazione degli organi alla morte cerebrale. Anche in quel caso si chiede all'imam se si può dal punto di vista religioso. In merito alla salute in moschea si cercano risposte sul rapporto tra scienza e fede (Khadija, 32 anni, Marocco).

In alcuni casi il discorso religioso – così come altri riferimenti culturali – può essere utilizzato strategicamente per tentare di creare dei ponti tra le richieste dei medici e le credenze delle persone. Questo è ciò che quotidianamente fanno i mediatori culturali nella loro pratica lavorativa, ma è anche quello che molte associazioni cercano di fare in virtù della loro condivisione del *background* religioso e culturale con le persone che seguono.

C'era una donna che sentiva delle palline nel seno, non voleva parlarne col marito e col dottore, con nessuno, perché aveva paura di scoprire, e aveva paura della reazione del marito. Spesso da noi le persone non fanno le visite fino all'ultimo, non vogliono sapere e preferiscono fare finta di niente. In quel caso io introduco anche l'aspetto religioso perché nel Corano ci sono diversi versetti che invitano le persone alla consapevolezza. Allora la gente si convince che quello che succederà succederà, meglio scoprire la malattia all'inizio. Il versetto è in generale, ma possiamo anche intenderlo nel senso di scoprire le malattie perché significa che le persone devono sapere cosa sta succedendo; attraverso questa strada riesco a convincere le persone a sapere (Malika, 44 anni, Marocco).

L'aspetto religioso può dunque essere un potente veicolo di messaggi, oltre che fungere da collante sociale per le comunità che si aggregano sulla base di una fede comune:

La cosa bella in chiesa è che trovi subito le persone disponibili. È bastato che il prete dicesse in chiesa che c'era bisogno di una persona che riparasse una lavatrice per una signora malata e subito si è proposto un signore. Il ruolo della chiesa è molto importante nei casi del bisogno, ad esempio per fare una colletta. Per molti aspetti la chiesa fa molto e questo è diverso da quello che io avevo visto in molte chiese della Romania dove la carità, in un paese molto corrotto, quasi non esiste più (mediatrice romena, San Lorenzo dei Romeni).

Colmare la distanza tra cura e «care»

La storia di Viorel introduce il tema della distanza tra cura e *care*. Se da un lato gli operatori sono invitati a mantenere una «giusta distanza» dalle storie di vita e di salute dei pazienti, dall'altro urge trovare vie di umanizzazione della cura che aiutino a prendere in carico l'individuo nella sua totalità. Il raggiungimento del compromesso tra queste due istanze dipende dalle motivazioni dei singoli operatori poiché risulta generalmente difficile valorizzare le dinamiche relazioni all'interno di rapporti d'azione vincolati da rigide norme e logiche economiche. La conseguenza è che il lavoro di *care* è spesso invisibile e negli ospedali le procedure che tendono a razionalizzare il sistema e a ridurre i costi generano una riduzione degli spazi destinati al sostegno informale del paziente⁶⁶. Questo avviene anche nei casi di pazienti italiani, per i quali una parte dell'attività di cura è delegata all'esterno dell'istituzione, in particolare ai contesti parentali⁶⁷. Nel caso di pazienti stranieri con reti parentali deboli o pochi strumenti adatti a fronteggiare la situazione, le associazioni possono rappresentare quel capitale sociale che influisce nella gestione della cura e della malattia.

A Torino nel terzo settore ci sono grossi esperti che offrono un servizio. Noi non offriamo cura, ma siamo dei mediatori culturali o un canale o un facilitatore, non una sostituzione di un servizio. Il mediatore deve essere specializzato in quello che fa, deve conoscere il 100% della situazione prima di intervenire. Sono contrario al fatto che si chiami il mediatore per mediare tra medico e paziente. Se la mediazione arriva troppo avanti è inutile; bisogna seguire il paziente dall'inizio, conoscere la storia, sapere cosa vive quella persona. Da quello parti e costruisci un intervento, la persona devi conquistarla piano piano [...] Ahmed è cambiato da così a così da

⁶⁶ M. Tognetti Bordogna, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, cit., pp. 219-220.

⁶⁷ Per uno studio sul *welfare mix* applicato al settore della cura si veda I. Ponzio (a cura di), *Il nuovo care mix. Realtà e prospettive della cura agli anziani, tra pubblico (locale) e privato (transnazionale)*, Torino, Rapporti di ricerca Fieri, 2014, disponibile online: <http://fieri.it/wp-content/uploads/2014/04/II-nuovo-care-mix-prefazione.pdf>.

quando abbiamo capito di cosa aveva bisogno. Lui è venuto in Italia sette mesi dopo il suo matrimonio. Dopo poco si è ammalato, lo abbiamo aiutato a ottenere la casa popolare, ma dopo sei mesi abbiamo scoperto che aveva un tumore. Lui lo sa che aspetta la morte, ma abbiamo scoperto il segreto: vuol fare venire la moglie, ma non ha tutti i requisiti. Grazie a *Prisma*⁶⁸ siamo riusciti a parlare con il prefetto, e abbiamo cercato una strada per aiutarlo a fare il ricongiungimento per fargli avere la moglie vicino. Lui ha ritrovato la carica quando abbiamo scoperto che il segreto stava nella famiglia (mediatore marocchino, Amece).

Una signora che era venuta perché non lavora, aveva scoperto di avere un tumore e quando è arrivata da noi era già molto provata dalle cure e in uno stadio molto avanzato. Lei non aveva più nessuno in Romania, il suo unico figlio stava in Belgio. A un certo punto ha iniziato a chiedere gli aiuti alimentari e abbiamo scoperto che non poteva nemmeno più fare la spesa e pagare l'affitto. Tramite noi l'ha scoperto anche il padrone di casa che non sapeva niente. Poi abbiamo contattato il figlio, ma abbiamo fatto fatica perché lei non voleva che lui sapesse e diceva: «Quando starò meglio lo chiamerò». Siamo riusciti a contattare il figlio perché speravamo la vedesse ancora viva, in realtà quando è arrivato era già in coma. Ci abbiamo messo molto a stabilire una relazione di fiducia per farci dare le chiavi di casa sua e per contattare il figlio abbiamo dovuto guardare di nascosto sul telefono... la cosa bella è stata che alla fine lei ha iniziato a fidarsi ci chiamava le sue figlie. Lei non aveva nessuno qui, noi ci siamo occupate di tutto, anche di trovare qualcuno che le aggiustasse la lavatrice che era rotta (mediatrice romena, San Lorenzo dei Romeni).

In queste testimonianze traspare il ruolo che le associazioni possono avere in termini di *care* o – per usare le parole di una volontaria dell'Associazione Zhi Song – «cura sociale». Possiamo pensare al concetto di *care* come la presa in carico dei bisogni del malato intesi a 360 gradi.

L'espressione *care-mix* definisce quelle situazioni in cui i bisogni di cura vengono soddisfatti da soggetti di natura diversa, siano essi pubblici o privati. Le associazioni si rivelano come un tassello fondamentale di questo mix, in cui non solo possono fungere da collante per la rete che si muove intorno all'utente, ma possono addirittura sostituire la famiglia nei casi in cui essa non sia fisicamente presente a fianco del malato. Quando stanno male i migranti non sono solo malati, ma diventano «malati fuori luogo», innanzitutto in senso geografico – perché lontani dal loro contesto di socializzazione primaria – e in secondo luogo in senso personale e esistenziale perché ammalarsi significa anche realizzare che il progetto migratorio potrebbe fallire⁶⁹. Chiamando i servizi, mantenendo i contatti con i medici e con al-

⁶⁸ Il progetto *Prisma* offre supporto e aiuto alle persone straniere in condizione di disabilità tramite il Servizio disabilità e immigrazione. È un progetto nato da un'iniziativa del Servizio Passepartout della Direzione centrale politiche sociali in collaborazione con una rete di associazioni del privato sociale.

⁶⁹ I. Quaranta e M. Ricca, *Malati fuori luogo*, cit., p. 9.

tri enti del privato sociale, le associazioni tentano di soddisfare i bisogni del malato straniero come persona, limitando per quanto possibile la sua sensazione di essere fuori luogo.

5. *L'associazionismo migrante come agente di «health literacy»*

Le Raccomandazioni della Comunità europea in materia di salute dei migranti da molti anni sottolineano l'importanza della partecipazione delle comunità nella programmazione degli interventi di salute. Nella stessa direzione si muove da diversi decenni l'Oms con il suo principio della «salute per tutti». Questo principio, adottato nel 1984 e ribadito nel 1998 in *Health21: La salute per tutti nel XXI secolo*, porta l'attenzione su una serie di azioni dalle quali un sistema sanitario efficace non può prescindere, tra le quali c'è la promozione della salute. Essa si realizza diffondendo una cultura della salute al di fuori degli ospedali, negli ambienti di lavoro e del tempo libero, soprattutto attraverso la partecipazione della società civile. L'accessibilità ai servizi, infatti, non riguarda solo l'utilizzo degli stessi, ma anche la promozione della salute e la prevenzione. C'è ormai la consapevolezza che le persone appartenenti ad altre culture non vengano raggiunte adeguatamente dalle campagne preventive rivolte alla popolazione italiana e che sia quindi indispensabile organizzare delle campagne mirate⁷⁰, più efficaci in termini di raggiungimento della popolazione e di appropriatezza culturale.

In merito al tema dell'educazione sanitaria abbiamo osservato sin dal suo esordio un progetto nato dalla collaborazione tra il dipartimento Misa e una sala di preghiera islamica della città di Torino. Un anno prima, alcuni frequentatori della sala di preghiera Omar Ibn El Khattab di Via Saluzzo 18 si erano fatti promotori di una campagna di sensibilizzazione alla donazione del sangue in collaborazione con l'Avis di Torino. Molti dei donatori coinvolti erano risultati infetti da epatite B e C. Questo dato aveva rappresentato un campanello di allarme che aveva spinto i promotori a confrontarsi con i medici del Misa. Da questo confronto è nato il tentativo di mettere in piedi un'azione di *peer education* mediata dai medici del Misa che hanno incontrato un gruppo di volontari di diversi centri islamici e li hanno formati sui seguenti temi: orientamento nel Ssn, malattie infettive, salute materno-infantile ed educazione alimentare⁷¹.

Nella prima fase medici e rappresentanti della sala di preghiera hanno redatto un calendario di otto incontri; i medici si sono occupati della preparazione del materiale informativo, mentre il gruppo degli organizzatori ha diffuso la proposta tra diverse associazioni islamiche e creato un gruppo

⁷⁰ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale*, cit., p. 126.

⁷¹ Gli incontri si sono tenuti con cadenza bisettimanale nel periodo gennaio-maggio 2014.

di circa quindici persone da formare come *peer educator*. La speranza era quella di dare la maggiore diffusione possibile all'iniziativa per poter poi condurre contemporaneamente in diversi luoghi la fase della diffusione delle informazioni ricevute. Tutti gli incontri sono stati frequentati in modo attivo e apprezzati dal gruppo che ha sempre sottolineato l'urgenza di azioni che avvicinino l'istituzione ospedaliera all'utenza. La seconda fase, avviata nel settembre 2014, prevedeva la diffusione delle informazioni da parte dei *peer educator* ai fedeli, ma purtroppo solo in una delle cinque sale di preghiera coinvolte si sono svolti gli incontri che hanno riassunto e diffuso i contenuti del corso. Tali momenti sono stati programmati in continuità con le normali attività, ad esempio alla fine di incontri di preghiera o all'interno di incontri di educazione religiosa rivolti alle donne.

Una prima e importante osservazione riguarda la costituzione del gruppo che ha partecipato alla formazione con i medici: la diffusione dell'iniziativa a diverse sale di preghiera ha significato accogliere le persone che la direzione di ogni centro islamico identificava come i «migliori partecipanti» e soprattutto che offrivano la loro disponibilità a seguire l'intero ciclo di lezioni. Questo ha fatto sì che il gruppo fosse formato da uomini e donne accomunati da alcune caratteristiche: ottima competenza in lingua italiana, interesse per le tematiche socio-sanitarie, precedenti esperienze nel settore del volontariato o della mediazione culturale ed esperienze formative di medio-alto livello in Italia o nel paese di origine. A questo proposito è interessante notare che persone meno integrate, con minor esperienza nel campo sociale e un livello culturale e linguistico inferiore più difficilmente avrebbero aderito a un simile progetto; questo ha fatto sì che la platea che i medici avevano davanti fosse molto diversa da quella con cui si trovano a interagire ogni giorno nel loro ambulatorio. Questo fatto può offrire spunti di riflessione per almeno due importanti questioni: innanzitutto la costituzione del gruppo rappresenta una fase fondamentale in progetti di questo tipo. Prima di avviare un'azione formativa volta a creare *peer-educator* è infatti necessario definire chi sono i beneficiari primari e chi quelli secondari e tenere conto di una certa possibile distanza tra le due categorie. In secondo luogo è necessario tenere presente quanto richiamato in questo capitolo in merito al tema della rappresentatività: la comune appartenenza religiosa, nazionale e linguistica non è di per sé un collante sociale, come non lo è il fatto di frequentare la stessa sala di preghiera. Non è assolutamente detto, infatti, che questo tipo di condivisione porti a una maggiore conoscenza o maggiore capacità di accogliere i problemi altrui. Su quest'ultimo punto, in particolare, durante gli incontri si è discusso diverse volte insieme ai medici sul tema delle malattie sessualmente trasmissibili. Affrontare un discorso simile in una sala di preghiera ha portato a discutere due punti fondamentali: in primo luogo la possibilità di un'accoglienza senza giudizio richiede una formazione e un'attitudine che non vanno date per scontate e

in secondo luogo è emerso il fatto che persone con determinati problemi rifuggano la loro comunità e preferiscano cercare aiuto in altri settori della società. Alcune persone hanno sottolineato che il discorso morale predominante connette la malattia infettiva, soprattutto quando sessualmente trasmessa, a una colpa individuale. Questo è il motivo per cui le sale di preghiera accolgono molte richieste di aiuto, ma raramente vi si rivolgono quelle persone che temono di essere giudicate e dunque emarginate (si pensi, ad esempio, a prostitute, alcolisti o persone con dipendenze).

Esula dai fini di questo lavoro una valutazione del progetto, ma in questa sede è certamente utile rilevarne criticità e punti di forza. Una criticità può essere sicuramente ritrovata nell'abbandono di alcuni partecipanti nel passaggio dalla prima alla seconda fase, in cui veniva chiesta loro una maggior partecipazione attiva. Le cause possono risiedere nell'impegno che questo approccio richiedeva loro e anche, forse, nel tentativo di unire sale di preghiera diverse in un unico progetto. Le diverse realtà islamiche esistenti in città fanno capo ad associazioni diverse e sono legate a nazionalità e orientamenti religiosi o politici che, seppur implicitamente, le caratterizzano. Una collaborazione tra loro in virtù della comune appartenenza religiosa, quindi, non è da dare per scontata. La seconda fase, inoltre, oltre ad essere la più delicata, non è stata seguita dai medici in maniera diretta poiché il progetto prevedeva che il loro impegno fosse limitato al primo periodo. L'assenza di qualcuno che monitorasse da vicino l'andamento delle attività e dettasse i ritmi ha reso difficile la prosecuzione delle attività, forse anche per via di una ancora scarsa abitudine a portare avanti progetti che esulano dagli scopi primari delle associazioni che gestiscono le sale di preghiera.

Il principale punto di forza sta invece nell'intenzione dei medici di portare l'educazione alla salute in contesti frequentati dalle comunità migranti. Nel centro in cui il progetto è giunto sino alla sua conclusione, i risultati sono stati buoni. La calendarizzazione degli incontri con i *peer educator*, integrata all'interno delle normali attività religiose, ha facilitato il coinvolgimento di persone che altrimenti sarebbero scarsamente motivate a partecipare a incontri sul tema della salute. Questa integrazione con i momenti di preghiera o educazione religiosa ha fatto sì che gli incontri si tenessero talvolta alla presenza dell'imam che, oltre a conferire autorità ai volontari coinvolti nella diffusione delle informazioni, ha sottolineato che l'attenzione al proprio e all'altrui benessere è un dovere a cui un buon musulmano non dovrebbe sottrarsi. Il contesto caratterizzato da fiducia e da divisione di genere ha permesso l'emergere di domande da parte dell'utenza che ha accolto con interesse l'iniziativa.

L'elemento della divisione di genere merita un'attenzione particolare. La diffusione delle informazioni da parte dei *peer-educator* è avvenuta in maniera separata a uomini e donne poiché calata all'interno delle normali atti-

vità religiose (preghiera, lezioni) che ovviamente si svolgono in sedi separate. Gli incontri dei medici, invece, si erano tenuti di fronte a una platea mista. La «scientificità» delle informazioni trasmesse dai medici, il tema e il tipo di partecipanti ha fatto sì che nessuna opposizione venisse posta in merito alla presenza di uomini e donne nello stesso spazio. Questa organizzazione è stata discussa solo in merito ai due incontri sulla salute materno-infantile e sulla salute sessuale e riproduttiva: alla domanda dei medici che chiedevano se fosse meglio affrontare questi temi tra sole donne o in plenaria, la maggior parte delle donne presenti si è mostrata irritata dalla posizione degli uomini che davano per scontato di non partecipare agli incontri su temi ritenuti femminili e si è mostrata favorevole alla conduzione di questi incontri in plenaria. Una sola partecipante su cinque quel giorno si schierò contro questa opzione e la sua richiesta fu accolta per non pregiudicarne la presenza. La reazione delle altre donne, però, mostra che quando si costruisce un simile progetto nulla va dato per scontato e che, al contrario, le decisioni vadano prese passo a passo con i partecipanti.

La genesi di questo progetto evidenzia anche che per sviluppare il welfare di comunità è necessario innanzitutto intessere una rete con istituzioni formali, rispondere a un bisogno che emerge dalla comunità e tentare di favorire un passaggio dall'informalità alla formalità. La nascita di una progettualità «dal basso» implica un'attenzione particolare alle azioni già esistenti, seppur a livello informale, che dovrebbero ricevere l'attenzione delle istituzioni ed essere implementate. In questo caso, ad esempio, è stato valorizzato il ruolo delle sale di preghiera come luogo in cui le persone portano i loro problemi e le loro richieste. Il tentativo, quindi, non è stato quello di calare un modello dall'alto, bensì quello di valorizzare una pratica esistente.

La formazione e la *health literacy* non sono solo un processo unidirezionale che prevede un passaggio di informazioni dai medici ai potenziali utenti, ma dovrebbero essere intese come uno scambio bidirezionale che prevede, da un lato, un aumento di consapevolezza degli utenti e, dall'altro, un aumento di competenza culturale del servizio. Per «competenza culturale» si intende la capacità del medico di interagire in maniera efficace con pazienti di diverse culture.

Le associazioni possono essere promotrici di azioni orientate al rafforzamento della competenza culturale dei medici⁷². L'Associazione Angi, ad esempio, a seguito dell'identificazione di un diffuso problema della comunità cinese in area materno-infantile, ha stipulato nel 2010 un accordo di collaborazione con il Consiglio interprovinciale delle ostetriche di Torino e Asti al fine di garantire migliori servizi riguardo ai problemi di salute delle donne e dei bambini cinesi. All'interno di questa collaborazione è avve-

⁷² T. Osteria, D. Carrillo e A. Sarli, *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, cit., p. 564.

nuta – in momenti precedenti alla nostra ricerca – una fase di formazione reciproca.

Partendo dalla tutela della salute di donne e bambini siamo passati alla fase della formazione reciproca. Abbiamo fatto due incontri con il collegio delle ostetriche, su come fare e cosa fare con i pazienti cinesi. Siamo andati da loro e loro da noi e abbiamo organizzato due incontri formativi per ostetriche su lingua e cultura cinese. Ci formiamo reciprocamente. Abbiamo individuato due docenti per spiegare il profilo culturale, qual è il concetto di famiglia, di lavoro, e quali sono gli aspetti culturali da rispettare [...] Loro avevano già avuto difficoltà con le donne cinesi, e quindi già avevano intenzione di formarsi e hanno trovato noi. Erano d'accordo con noi, aiutando l'utenza aiutiamo anche loro (responsabile Associazione, Angi).

Ricordando l'invito a evitare visioni omogenee su persone della stessa provenienza o a considerare un'associazione come la rappresentante di un gruppo nazionale, si può affermare che il lavoro svolto dalle associazioni in merito alla formazione, all'accessibilità e all'accettabilità si stia muovendo nella direzione di formare «educatori di salute di comunità»⁷³ e di costruire quel «profilo di salute di comunità»⁷⁴ auspicato dall'Oms.

⁷³ Per un esempio di progettazione si veda il progetto *Artemis Associazione e reti territoriali per la mediazione interculturale sulla salute*, a cura del Centro nazionale Aids, Istituto superiore di sanità (Iss), Organizzazione internazionale per le migrazioni (Oim), L'albero della Salute - Struttura di riferimento per la promozione della salute dei migranti e Regione Toscana (Ads). Il progetto ha avuto come obiettivo generale quello di contribuire a migliorare il processo di integrazione di cittadini di paesi terzi attraverso il rafforzamento della *health literacy* delle associazioni straniere e la formazione di educatori di salute di comunità.

⁷⁴ Il profilo di salute è la descrizione dello stato di salute di una popolazione. Viene costruito raccogliendo informazioni utili a livello locale per effettuare scelte su problemi di salute prioritari. Queste possono essere raccolte attraverso la conduzione di interviste o *focus group* a mediatori o testimoni privilegiati di una certa realtà sociale. L'obiettivo finale è individuare i problemi prioritari e, su questa base, costruire un «patto per la salute» tra servizio sanitario e amministrazioni locali.

Capitolo ottavo

La salute che attraversa i confini

1. *Dalla salute locale alla salute transnazionale*

La ricerca che è stata presentata nei capitoli precedenti è fortemente radicata nella città di Torino, dove si trovano gli ospedali, le associazioni e i luoghi della cura a cui si è fatto riferimento. Torino è il punto di approdo di persone provenienti da altri paesi, prevalentemente giunte in Italia per cercare opportunità di lavoro e per stabilirvisi in modo fisso o temporaneo, ma è solo uno dei tanti contesti geografici menzionati nelle interviste. Le storie di salute evocano spesso il paese di origine o altre tappe del percorso migratorio e acquisiscono senso all'interno di un immaginario fatto di persone, lingue e concetti culturali che non di rado rimandano a un altrove geografico.

In questo ultimo capitolo abbiamo deciso di seguire queste storie di salute per ricollocarle in un contesto più ampio di quello cittadino e nazionale, un contesto transnazionale che ci permette di rievocare la pluralità dei discorsi dei migranti e rendere conto della complessità dei loro riferimenti geografici e culturali. A differenza delle pagine che lo precedono, questo ultimo capitolo non affronta problemi di accesso alle cure specifici del contesto torinese, ma porta l'attenzione su dinamiche che solo in parte sono condizionate dal contesto della ricerca¹.

L'obiettivo è quello di prendere in considerazione forme alternative e transnazionali di cura per sottolineare che accesso a servizi locali e attraversamento di confini per ragioni mediche spesso convivono nella ricerca di soluzioni a problemi di salute. Dal punto di vista del diritto alla salute il trans-

¹ Non si intende con questo suggerire che il contesto della ricerca non ne influenzi i risultati. Il luogo è certamente significativo perché condiziona le modalità di accesso alla salute dei migranti e dunque le loro scelte di salute. Ciò nonostante si sottolinea che in questo ultimo capitolo i casi individuali possono essere rappresentativi delle scelte dei migranti in generale e non solo in virtù del loro risiedere a Torino. Per un esempio di come il contesto influenzi la salute dei migranti si veda Y. Moullan e F. Jusot, *Why is the «Healthy Immigrant Effect» Different between European Countries?*, in «European Journal of Public Health», vol. 24, 2014, n. 1, pp. 80-86.

nazionalismo medico può essere inteso come un aumento del ventaglio delle possibilità di cura, ma anche come apertura di uno spazio di «concorrenza» che talvolta può giocare a sfavore dei pazienti e che può essere chiamato in causa per spiegare perché alcune comunità siano poco rappresentate nei servizi sanitari locali.

Nella ricerca sociale parlare di transnazionalismo significa rimandare a un approccio in cui le relazioni col paese di origine e con le persone che vi risiedono diventano una chiave di lettura dell'esperienza migratoria, non più intesa come uno spostamento definitivo e unilaterale da un luogo a un altro, bensì come un evento che crea un «campo sociale transnazionale»² che oltrepassa i confini nazionali e in cui i soggetti agiscono, si relazionano e si muovono. Da diversi anni si parla di «transnazionalismo medico» per riferirsi a una prospettiva che descrive in modo dinamico la relazione tra migrazione e salute: se i migranti sono persone radicate contemporaneamente in più stati nazione, allora essi sono anche legati a diversi sistemi sanitari e a diversi universi di saperi e di pratiche mediche. Se si riconosce la natura sociale della salute e della malattia, usare il termine «transnazionalismo medico» è dunque compito ineludibile quando si parla di migranti³: dal paese di provenienza provengono medicinali, consigli o persone che curano; si rimane in contatto telefonico con persone che risiedono in altri paesi e a cui si chiedono consigli sul proprio stato di salute; l'Italia o un paese terzo è la meta desiderata nel momento in cui viene diagnosticata una malattia o ancora, infine, al paese di origine si inviano medicinali o si fa ritorno per sottoporsi a diagnosi e cure.

I bisogni soggettivi dei migranti – che si articolano su più territori nazionali di riferimento – la loro doppia appartenenza sociale e politica e le loro richieste di partecipazione multisituata interrogano i sistemi di welfare, organizzati in riferimento a un unico contesto nazionale⁴. L'impatto che le migrazioni hanno sul funzionamento del welfare dei paesi di destinazione, così come su quelli di provenienza, costituisce un nuovo ambito con il quale gli stati dovranno confrontarsi, cercando di ampliare i propri orizzonti di azione e comprendendo appieno il carattere complementare, interconnesso e comunicante delle istanze di protezione sociale che emergono da parte della popolazione migrante. Queste istanze di protezione possono generare emergenti forme di «welfare fai-da te» realizzate dai migranti⁵, oppure trovare risposte

² N. Glick Schiller, L. Basch e C. Blanc-Szanton, *Towards a Transnationalization of Migration: Race, Class, Ethnicity and Nationalism Reconsidered*, in «The Annals of the New York Academy of Sciences», vol. 645, 1992, pp. 1-24.

³ B. Bilecen e H. Tezcan-Güntekin, *Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants*, Comcad Working Paper, n. 127, Bielefeld, Comcad, 2014.

⁴ F. Piperno e M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Welfare transnazionale. La frontiera esterna delle politiche sociali*, Roma, Ediesse, 2012.

⁵ S. Ceschi, *Associazionismo migrante e welfare dal basso. Riflessioni di una conversazione con Hamat Diagne, presidente dell'Associazione Senegalesi Bergamaschi*, in *Welfare transnazionale. La frontiera esterna delle politiche sociali*, a cura di F. Piperno e M. Tognetti Bordogna, cit.

in un apparato legislativo e un sistema di protezione sociale che si modifica per tentare di fornire risposte a esigenze in via di trasformazione.

Analizzando il movimento di saperi, oggetti e persone all'interno di un quadro normativo e di un welfare in trasformazione, ci poniamo l'obiettivo di mostrare come l'attraversamento di frontiere alla ricerca di benessere e salute sia un fenomeno dinamico e multidirezionale, ben lungi dal poter essere ridotto all'etichetta «turismo sanitario». Nel discorso comune, ma anche in quello di alcuni operatori e politici, si fa spesso ricorso a questa categoria per descrivere l'esperienza di persone che si spostano con lo scopo di ottenere benefici per la salute utilizzando i servizi di uno stato diverso dal proprio. Il corollario di questo discorso è molte volte espresso in termini di sprechi e utilizzo errato delle risorse. Il qui presente studio non si è posto l'obiettivo di calcolare la percentuale di spesa sanitaria dedicata a persone che entrano in Italia per curarsi, perché questo esula sia dalle competenze che dall'approccio adottato. Si è interagito con stranieri presenti sul territorio cittadino per motivi diversi (lavoro, studio, ricongiungimento familiare) senza cercare coloro che hanno lasciato il loro paese spinti da un bisogno di salute. Persone con questo profilo, comunque, sono inevitabilmente entrati a far parte della ricerca: Amira è venuta in Italia con un visto per motivi di studio e poi non è rientrata in Marocco perché qui c'erano possibilità di cura che nel suo paese non aveva; Radu è partito con un amico dalla Romania alla ricerca di una protesi che nel suo paese non avrebbe potuto permettersi; alcuni migranti ricongiungono i genitori anziani per accedere a cure di una qualità superiore o a un costo inferiore di quelle disponibili nel paese di origine.

Ciò nonostante si ritiene che l'etichetta «turismo sanitario» sia di scarsa utilità poiché semplifica la molteplicità delle connessioni esistenti tra salute e mobilità.

Uno dei primi studiosi a occuparsi delle molteplici forme contemporanee di questa mobilità è Henderson⁶ che ha suddiviso il turismo sanitario in sottocategorie in base al tipo di intervento ricercato: area della malattia (check-up, screening, chirurgia per interventi urgenti, trapianti, servizi di odontoiatria, ecc.), area del benessere (agopuntura, massaggi, bagni termali, ecc.), area del miglioramento e degli interventi estetici (chirurgia plastica e cosmetica) e area riproduttiva (trattamenti per la fertilità, procreazione assistita). È evidente che queste categorie fotografano solo in misura molto limitata i bisogni dei pazienti stranieri presenti in Europa⁷, poiché il turismo medico non rende conto del senso di disparità e della serietà delle condizioni che

⁶ J. Henderson, *Healthcare Tourism in Southeast Asia*, in «Tourism Review International», 7, 2004, pp. 111-121.

⁷ T. Mainil, *Transnational Health Care and Medical Tourism: Understanding 21st Century Patient Mobility*, Nieuwegein, Nrit Media, 2012, pp. 13-14.

spingono certe persone a cercare cure in un paese diverso dal proprio. Nella letteratura scientifica, infatti, il termine turismo medico si sta sempre di più affermando per descrivere una crescente industria che coinvolge pazienti che viaggiano per servizi medici non essenziali⁸. Si tratta perlopiù di pazienti di nazioni economicamente avanzate che decidono di non utilizzare i servizi offerti nel loro paese per rivolgersi a quelli offerti da paesi dell'Europa dell'Est o del Sud-Est asiatico dove è possibile usufruire di servizi a un costo più vantaggioso. Secondo Horowitz questo tipo di movimento va differenziato da un'altra tipologia di viaggio medico, in cui i pazienti si spostano da paesi meno sviluppati a nazioni con servizi più numerosi e più accessibili alla ricerca di trattamenti che nei loro paesi non sono disponibili.

I casi presentati di seguito – che si tratti di «migranti per salute» o di immigrati che si sono ammalati durante la loro permanenza in Italia – sono radicalmente diversi da quelli dei «turisti della salute», in termini di possibilità di scelta del paziente, di disponibilità economica e di tipo di prestazioni richieste⁹. Non si parlerà dunque di «turismo», ma di «mobilità» o «itinerari terapeutici». Gli itinerari terapeutici possono essere definiti come i cammini percorsi dai malati, e eventualmente dalle loro famiglie, alla ricerca di soluzioni a problemi di salute. Il loro studio permette di mettere in evidenza la pluralità delle risorse terapeutiche disponibili e le modalità del loro utilizzo. Gli itinerari terapeutici osservati si collocano in diversi momenti dell'esperienza migratoria, ma coloro che erano già malati al momento della partenza e il cui viaggio è stato determinato dalla necessità di una terapia sono una minoranza dei casi che abbiamo incontrato. La maggior parte delle persone intervistate erano sane al momento della partenza e la loro patologia è stata diagnosticata e curata in Italia; per alcuni la malattia ha determinato il rientro al paese di origine e, talvolta, la fine ed eventualmente il fallimento dell'impresa migratoria. Il termine itinerario, infine, non rimanda a uno spostamento breve e a tempo determinato (come turismo), ma a un percorso che può avere diverse direzioni (in entrata o in uscita dall'Italia) e diverse mete (l'Italia, il paese d'origine o paesi terzi). Questo permette di differenziare le categorie di persone che si muovono per motivi di salute e di attribuire peso alle diseguaglianze sociali, anche attraverso una decostruzione critica dei concetti¹⁰.

⁸ *Ibidem*.

⁹ M.D. Horowitz, J.A. Rosensweig e C.A. Jones, *Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace*, in «MedGenMed», 9, 2007, n. 4, disponibile online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2234298>.

¹⁰ E.J. Sobo, *Medical Travel: What it Means, why it Matters*, in «Medical Anthropology», vol. 28, 2009, n. 4, pp. 326-335.

2. Reti terapeutiche transnazionali: turisti, esiliati e pellegrini della salute

Osservare la relazione tra benessere, salute e mobilità mette di fronte a una variabilità di pratiche difficile da riassumere e sistematizzare. Pazienti in cerca di un intervento immediato, classe media che si sposta in cerca di possibilità meno costose o non garantite nel paese di residenza, migranti che tornano nel paese di origine per farsi curare. Diversi contributi scientifici hanno tentato di spiegare questa complessità ricorrendo a una sistematizzazione in tipologie¹¹ e cercando di identificare – così come è stato fatto per altre forme di mobilità – i principali fattori *push* e *pull*¹². Glinos e colleghi, ad esempio, hanno identificato cinque ragioni principali a cui ricondurre i diversi tipi di movimento osservabili: disponibilità, convenienza economica, legislazione bioetica, qualità presunta e familiarità¹³. L'antropologa Kangas ha invece descritto cinque elementi che accomunano tutte le esperienze di viaggi medici, o attraversamento di confini alla ricerca della soluzione di un problema: innanzitutto i viaggi sono preceduti da una fase in cui vengono vagliate diverse possibilità e sono motivati dall'obiettivo di alleviare una sofferenza, spesso le cure richieste richiedono competenze tecnologiche avanzate e il viaggio è intrapreso perché queste cure sono inaccessibili o inesistenti nel luogo dove la persona risiede e infine i viaggi si svolgono in un'arena globale e sono facilitati dai moderni mezzi di comunicazione e di spostamento¹⁴.

Oltre a fornire una tipologia capace di rendere la complessità dei fenomeni compresi tra «turismo medico» e «esilio medico» l'antropologia ha il compito di portare a galla le vite di chi viaggia per risolvere una malattia¹⁵, esaminando come i modelli di cura si trasformino attraverso l'esperienza del viaggio¹⁶, senza perdere di vista la comparazione e l'elaborazione di risultati

¹¹ Glinos e colleghi propongono una tipologia costruita a partire dall'incrocio di due variabili: perché le persone si muovono alla ricerca di cura? Chi e come finanzia il viaggio e le spese mediche? Si veda I.A. Glinos *et al.*, *A Typology of Cross-border Patient Mobility*, in «Health Places», vol. 16, 2010, pp. 1145-1155. Manil invece propone una distinzione in base agli attori coinvolti: *trans border access seeker* (il paziente arriva da lontano per la mancanza di cure nel suo paese); *cross border access seeker* (il paziente attraversa frontiere di stati limitrofi); *receiving context actors*; *sending context actors*. Incrociando queste variabili l'autore crea 12 tipi di paziente transnazionale. Si veda T. Mainil, *Transnational Health Care and Medical Tourism*, cit., p. 52.

¹² V.A. Crooks *et al.*, *What is Known about the Patient's Experience of Medical Tourism? A Scoping Teview*, in «BMC Health Services Research», vol. 10, 2010, disponibile online: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/266>; L. Culley *et al.*, *Crossing Borders for Fertility Treatment: Motivations, Destinations and Outcomes of UK Fertility Travellers*, in «Human Reproduction», 26, 2011, pp. 2373-3381.

¹³ I.A. Glinos *et al.*, *A Typology of Cross-border Patient Mobility*, cit.

¹⁴ B. Kangas, *Traveling for Medical Care in a Global World*, in «Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness», vol. 29, 2010, n. 4, pp. 344-362.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ E.J. Sobo, *Medical Travel: What it Means, Why it Matters*, cit.

che offrano una cornice interpretativa del fenomeno. A partire dai casi che abbiamo conosciuto contestualmente alla nostra ricerca cerchiamo dunque di rispondere ad alcuni quesiti. Perché le persone si muovono per risolvere problemi di salute? In quali momenti si pianifica uno spostamento? Quali direzioni può prendere questa mobilità? Che ruolo giocano le reti sociali nella cura transnazionale? Quanto e come il diritto alla salute può essere garantito all'interno di tale mobilità?

In questo paragrafo vengono prese in considerazione le diverse direzioni dell'attraversamento di frontiere per motivi di salute¹⁷ cercando di proporre una riflessione generale sulla mobilità, al di là delle retoriche che spesso accompagnano questi argomenti. Per i migranti che agiscono in un campo sociale transnazionale fatto di relazioni e riferimenti culturali dislocati in più paesi, le possibilità di cura si moltiplicano perché le persone vagliano diverse possibilità, come ad esempio scegliere se farsi curare nel paese di residenza o in quello di origine. Spesso quest'ultima opzione è preferita per quegli interventi che non sono ritenuti indispensabili e per i quali il ritorno al paese di origine può rappresentare un'alternativa economica. Stan suggerisce che i migranti romeni residenti in Irlanda compensino il loro basso grado di utilizzo del sistema sanitario del paese ospitante con un consistente utilizzo dei servizi medici in Romania¹⁸. Per curarsi i denti, gli occhi o fare controlli specialistici non urgenti può essere preferibile aspettare i rientri estivi o periodici al paese di origine. Questo significa che ci sono paesi, come la Romania e verosimilmente altri geograficamente vicini, dove si intersecano diversi «flussi medici»: immigrati benestanti che tornano a casa, stranieri che vanno a farsi curare per accedere a servizi economici e romeni che vengono in Italia per usufruire di servizi inaccessibili a casa loro. La storia di Radu, illustrata nel capitolo settimo, è un chiaro esempio di flusso in uscita che per certi versi può essere letto in modo speculare a quello dei romeni che rientrano in Romania per farsi curare: mentre Radu non avrebbe potuto permettersi in Romania l'intervento di protesi, molti immigrati romeni non possono accedere in Irlanda alle cure di cui hanno bisogno. In entrambi i poli del processo, dunque, lo stimolo alla mobilità può risiedere in un variabile grado di disparità sociale che da un lato non permette ai migranti un uso soddisfacente dei servizi e dall'altro non include le classi sociali più povere nei servizi dei loro paesi¹⁹.

A ciò va aggiunto che il paese di origine è spesso considerato il luogo di acquisizione di un riconoscimento sociale che contribuisce a fornire senso

¹⁷ I.A. Glinos *et al.*, *A Typology of Cross-border Patient Mobility*, cit.

¹⁸ S. Stan, *Transnational Healthcare Practices of Romanian Migrants in Ireland: Inequalities of Access and the Privatisation of Healthcare Services in Europe*, in «Social Science & Medicine», 1, 2014, pp. 1-10.

¹⁹ A questo proposito, molti dei romeni incontrati a Torino ci hanno raccontato queste disparità sociali nell'accesso ai servizi sanitari che vengono confermate da altri studi. *Ibidem*, pp. 5-6.

all'esperienza migratoria. Questa dinamica è ormai nota rispetto agli investimenti economici dei migranti nei paesi di origine, alle forme matrimoniali e ad altri legami transnazionali, e non è da escludere che sottenda anche ad alcune scelte in ambito sanitario. Per manifestare lo status raggiunto all'estero, infatti, alcuni migranti si sono fatti curare nel paese di origine, spesso privatamente²⁰, e la scelta di curarsi a casa²¹ può essere spiegata come simbolo di mobilità sociale²², oltre che come strumento utile a rinsaldare le relazioni col contesto di provenienza²³. A questo tipo di motivazione se ne aggiungono altre che vanno dall'insoddisfazione per le cure ricevute in Italia, alla dimensione culturale dell'accettabilità del servizio e alla fiducia.

Io mi fido di più della medicina interna italiana e della chirurgica colombiana. In Colombia si opera di più, più in fretta e con meno cicatrici quindi se devo fare piccoli interventi aspetto di andare là. Per esempio nell'ultimo viaggio mi sono fatta togliere un calazio perché secondo me là era meglio... sono molte le cose che in questi anni ho fatto là per esempio la cura dei denti sia per una questione di fiducia che di economia, così come le visite agli occhi e in genere tutte le piccole cose che hai voglia di fare anche se non sono strettamente fondamentali, come la visita dermatologica o un controllo generico... queste cose tendo a farle là. I costi pubblici qui sono paragonabili ai costi privati là, e direi che è anche una questione di fiducia (Patricia, 40 anni, Colombia).

Spesso per risolvere i problemi di salute ordinari (ovvero quelli che non vanno curati in modo tempestivo e non rappresentano un rischio per la salute della persona) si aspetta il momento del viaggio nel paese di origine. Nel caso di Patricia questa dinamica è legata a un preciso giudizio basato su un confronto tra servizi italiani e colombiani, che la porta a individuare per quali disturbi sia preferibile curarsi in Italia e per quali altri, invece, sia dal suo punto di vista meglio curarsi in Colombia. Nel caso di Malika, invece, il

²⁰ Il tema dell'utilizzo dei servizi privati da parte dei migranti che tornano nei paesi d'origine è un argomento che può essere osservato da diverse prospettive. Da un lato, soprattutto in quei paesi in cui l'accesso ai servizi pubblici sono fortemente marcati da disuguaglianze, questo utilizzo accentua le disparità sociali tra chi beneficia di servizi a pagamento sempre migliori e chi invece utilizza servizi pubblici con sempre meno risorse (*ibidem*). Dall'altro lato, però, il flusso di risorse che i migranti investono nel settore privato della cura può funzionare come spinta al miglioramento, dando vigore al settore della cura (si veda E.J. Sobo, *Medical Tavel: What it Means, Why it Matters*, cit., p. 329).

²¹ Qui il termine «casa» è usato in riferimento a tutta quella letteratura sui fenomeni migratori che si è interessata alle relazioni che i migranti mantengono con il loro luogo di origine. Per casa si intende dunque un insieme di relazioni sociali che hanno a che vedere con significati condivisi e che forniscono ai migranti un senso di appartenenza e identità. Si vedano, tra gli altri, G. Valentine, *Social Geographies: Space and Society*, New York, Prentice-Hall, 2001 e H. Easthope, *A Place Called Home*, in «Housing, Theory and Society», 21, 2004, pp. 128-138.

²² S. Stan, *Transnational Healthcare Practices of Romanian Migrants in Ireland*, cit., p. 12.

²³ E.J. Sobo, *Medical Tavel: What it Means, Why it Matters*, cit., p. 329.

viaggio in Marocco è stata l'occasione per risolvere un problema per cui a Torino avrebbe dovuto aspettare più a lungo e per il quale la differenza di gestione dei problemi nei diversi paesi le creava dubbi e perplessità.

Io avevo un fibroma nell'utero che era da togliere. Lo avevamo visto con una ecografia, io ero andata dal dottore perché avevo frequenti emorragie che non sapevo da dove arrivavano e mi causavano altri problemi come l'anemia. Il dottore mi ha detto che dovevano operarmi per toglierlo e mi ha messo in lista di attesa, non so quanto fossero i tempi di attesa ma comunque c'era da aspettare tanto. Mi avevano detto che per fare l'operazione dovevo firmare un foglio in cui acconsentivo, in caso di complicazione, alla rimozione dell'utero. Io sinceramente non volevo farlo perché non sono giovane, ma non mi considero nemmeno vecchia [...]. Dopo un po' ho fatto un viaggio in Marocco e lì ho avuto lo stesso problema delle emorragie. Ho avuto un ciclo di quasi 15 giorni e le donne della mia famiglia mi hanno consigliato un medico privato. Sono andata, ho fatto la visita e alla fine ho deciso di fare l'operazione lì. Ho pagato quel che ho pagato ma almeno ho risolto il problema in fretta. Certo che il rischio di complicazioni c'era anche lì, ma da noi è diverso e il medico non mi ha fatto firmare niente. Per me è stato meglio così, tanto quel foglio non avrei voluto firmarlo (Malika, 43 anni, Marocco).

In questi casi il viaggio e la mobilità si configurano come un elemento che amplia le possibilità di scelta dei migranti che diventano soggetti con *agency* e capacità di scelta in ambito sanitario che, per la loro stessa esperienza di vita, travalicano i confini del paese in cui risiedono²⁴.

A questo tipo di rientro nel paese di origine si contrappone quello di persone che tornano per sfiducia nel sistema sanitario italiano e che non possiedono gli strumenti linguistici e culturali per affrontare la gestione di una malattia in Italia. In questo caso, come accennato in precedenza, la mobilità è strettamente connessa a forme di disuguaglianza ed esclusione sociale.

Quando il dottore ha diagnosticato la malattia, il cancro era già grave e non sapevamo cosa fare. Abbiamo telefonato in Cina e i genitori di mio marito hanno detto di tornare, per vedere se quello che aveva detto il medico italiano era giusto e per vedere cosa si poteva fare. In Cina abbiamo ricevuto la conferma della diagnosi e mio marito è stato sottoposto a un'operazione. Dopo si sentiva meglio, abbiamo pensato alla situazione in Italia, alla fabbrica, al lavoro e a tutto il resto, e allora siamo tornati. Quando siamo tornati siamo andati subito dal medico cinese per prendere le medicine cinesi, e abbiamo anche portato tutto quello che avevamo sull'operazione in Cina e su quello che aveva fatto con la medicina cinese. L'idea era quella di tornare di nuovo in Cina se succedeva qualcosa, ma in Italia il marito si è aggravato troppo e non abbiamo più potuto muoverci (Li Min, 45 anni, Cina).

²⁴ I migranti sono portati a confrontare le cure che gli vengono offerte nei diversi contesti cui appartengono. Questo confronto avviene spesso in modo informale e fa parte di quel processo di scelta che i migranti attivano quando scelgono dove curarsi. Si veda B. Bilecen e H. Tezcan-Güntekin, *Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants*, cit., p. 14.

Il racconto della vedova rivela un'altra faccia del transnazionalismo, quello di persone che si muovono a causa di sfiducia e di scarsa integrazione. Il caso del marito di Li Min spinge a riflessioni di ordine generale sul fenomeno del transnazionalismo medico, ma anche e soprattutto sull'importanza di garantire cure culturalmente accettabili. Nel caso della comunità cinese è comune che, in caso di malattie gravi, le persone preferiscano fare rientro al paese di origine, per ragioni di tempo²⁵, di distanza dal Sistema sanitario nazionale e anche per l'impossibilità di accedere all'estero a cure seguite da medici cinesi²⁶. Questi elementi portano spesso a propendere per una soluzione transnazionale dei problemi di salute, che può talvolta essere una «scelta subita». La tendenza a rivolgersi a medici del paese di origine – spesso ricondotta a una mancanza di integrazione²⁷ – può però rivelarsi un pericolo per la salute degli interessati. Il transnazionalismo medico, infatti, da un lato limita l'utilizzo dei servizi del paese ospitante²⁸ e dall'altro si può tradurre in rischio poiché difficilmente permette un monitoraggio. La traduzione di referti scritti in un'altra lingua e la prosecuzione di terapie iniziate in un paese diverso sono elementi da non dare per scontati che possono mettere a repentaglio la buona riuscita di una cura²⁹.

L'attraversamento di confini a scopo medico può quindi essere tanto una possibilità aggiuntiva quanto una mancanza di opportunità riconducibile ad assenza di documenti, mancanza di fiducia o assenza di un contesto sociale adatto alla cura. Ricerche di diversa matrice hanno infatti sottolineato l'importanza di curarsi in un contesto culturalmente e socialmente familiare³⁰ ed è a questo elemento che alcune persone fanno riferimento per spiegare le loro scelte di mobilità. In alcuni casi il viaggio avviene perché altrove si trovano risposte che il sistema sanitario e l'approccio biomedico in Italia non possono fornire. Una donna rom, la cui figlia ha un deficit uditivo, ha spiegato:

Se ti viene qualche brutta malattia è perché hai fatto qualcosa di male. Per esempio, se un antenato, aveva fatto qualche grave peccato, può succedere che anche tua figlia nasca malata. In Romania ho portato anche mia figlia da una signora,

²⁵ Si veda in questo volume, il paragrafo 4 del capitolo settimo.

²⁶ A. Sarli e D. Carrillo, *Unasked Questions and Missing Answers: The Italian National Health System and Chinese Migrants in Milan*, MPC Analytical and Synthetic Note, Firenze, European University Institute, 2014, n. 1, p. 14.

²⁷ T. Osteria, D. Carrillo e A. Sarli, *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, Manila, De La Salle University Publishing House for the Asia-Europe Foundation (Asef), 2013, p. 615.

²⁸ *Ibidem*, p. 44.

²⁹ A. Sarli e D. Carrillo, *Unasked Questions and Missing Answers*, cit., p. 14.

³⁰ M.C. Inhorn, *Diasporic Dreaming: Return Reproductive Tourism to the Middle East*, in «Reproductive BioMedicine Online», vol. 23, 2011, p. 586.

per farle togliere il malocchio, sono cure *babeste*³¹. Io credo che sia quello, mi ha detto che qualcuno le vuole male (Tatiana, 41 anni, rom di Romania).

Questa donna ha percepito come inutili le visite specialistiche in Italia e ha preferito compiere un percorso di cura transnazionale, per trovare in Romania una soluzione che in Italia la biomedicina non avrebbe fornito e che lei ritiene utile per affrontare il problema della figlia³².

L'intersezione della letteratura che si occupa di transnazionalismo, spazio terapeutico e salute suggerisce che le decisioni dei migranti siano formulate a partire dall'interazione tra individuo e società, da cui deriva la preferenza per i trattamenti svolti in un contesto culturalmente familiare. Questo si traduce in un legame tra salute e località che spinge i migranti a cercare una cura che non sia solo efficace, ma anche culturalmente accettabile. La relazione tra salute e località si costruisce su elementi culturali, linguistici, religiosi e affettivi³³.

Lavoravo come assistente familiare, un giorno mi sono seduta su una sedia che era rotta e sono caduta di colpo. In quella occasione ho scoperto che le mie vertebre erano infiammate e i medici mi dissero che dovevo stare a riposo assoluto e che il lavoro che stavo facendo non mi aiutava [...] Non sapevo che potevo fare la denuncia quando capitano incidenti sul lavoro e mi sono licenziata [...] In quel momento l'unica cosa che volevo era tornare a casa mia per curarmi. In Perù ci sono chiropratici americani che con una sola seduta ti tolgono il problema. Uno dei motivi per cui volevo tornare in Perù era che là ci sono mia mamma e mia sorella che potevano starmi vicino, curarmi, accompagnarci dal dottore (Cristina, 41 anni, Perù).

La scelta di uno spostamento può essere dettata anche dalla presenza dei familiari in un certo contesto e dalla percezione che essi siano le persone a cui bisogna affidarsi nel momento della malattia. Intendere la cura come responsabilità collettiva e non solo come impegno personale verso il proprio benessere è rilevante per cogliere quel lato sociale e affettivo della cura che può essere di difficile gestione nelle famiglie dislocate in diversi contesti geografici. L'importanza di una cura affettiva è maggiormente riconosciuta nel caso di problemi di natura psicologica. Una delle volontarie coinvolta nel sostegno a richiedenti asilo e rifugiati somali non inseriti in progetti di accoglienza e residenti in una casa occupata ci ha raccontato la

³¹ Letteralmente cure «degli anziani»: questo termine fa riferimento a un ampio spettro di metodi terapeutici che ancora si possono trovare nei contesti rurali e che comprendono uso di erbe e altri prodotti naturali, preghiere e rituali apotropaici.

³² Il concetto di utilità è qui evidentemente legato alla spiegazione che l'intervistata fornisce della malattia della figlia.

³³ J.Y. Lee, R.A. Kearns e W. Friesen, *Seeking Affective Health Care: Korean Immigrants' Use of Homeland Medical Services*, in «Health & Place», vol. 16, 2010, pp. 108-115.

storia di Abdou, un ragazzo somalo di venticinque anni a cui era stata diagnosticata una patologia di bipolarismo. Per le questioni legate alle visite e ai medicinali, Abdou era aiutato dai connazionali che abitavano con lui e dai volontari che si occupavano anche di mantenere le relazioni con la famiglia di origine. La mamma, con cui i volontari entravano in contatto telefonico grazie a una mediatrice culturale, sosteneva di volere il rientro del figlio, nonostante la preoccupazione per l'assenza di medicinali in Somalia. Quando la situazione si è aggravata per una sopraggiunta Tbc – a cui è seguito un ricovero ospedaliero – i connazionali si sono adoperati per cercare un modo per far rientrare il ragazzo nel suo paese. Con l'approvazione dello psichiatra del Centro di salute mentale presso cui era in cura, i connazionali hanno aiutato Abdou a tornare in Somalia. Una donna somala che doveva tornare a Mogadiscio ha accettato di portarlo con sé e Abdou è partito con una valigia piena di farmaci, ottenuti grazie al sostegno del Centro di salute mentale. Il suo rientro in Somalia è visto in forma ambivalente dalle persone che lo hanno seguito: il timore per la difficoltà ad accedere a cure adeguate viene compensato da un contesto sociale e affettivo che accoglie il ragazzo. Il caso di Abdou ha attirato l'attenzione per le sue caratteristiche di estrema marginalità sociale e sanitaria che ha fatto ritenere che la casa e la famiglia fossero i contesti più adatti alla cura e al raggiungimento di uno stato di benessere.

Il tema delle reti sociali come contesto della cura va tenuto presente quando si parla di gestione della malattia nonostante rappresenti un argomento ancora scarsamente indagato dalla letteratura specialistica. Quali sono le risposte che le famiglie transnazionali forniscono nei casi di bisogno sanitario? Quali strategie si attivano in momenti di crisi? Che ruolo giocano le nuove tecnologie nella cura? Che cosa vuol dire «curare a distanza» e «curare in prossimità»?

3. *Attraversamento di confini tra gestione ordinaria e momenti di crisi*

Veronica è un'assistente familiare romena la cui famiglia risiede in Romania. Nei suoi dieci anni di permanenza in Italia ha dovuto affrontare a distanza la malattia del marito e, successivamente, la sua. Queste due situazioni hanno modificato la struttura transnazionale della famiglia solo per brevi periodi, come quando Veronica ha chiesto un permesso dal lavoro per assistere il marito in Romania dopo un'operazione. Quando si è ammalata lei in Italia, invece, nessuno dei suoi familiari è venuto ad assisterla per difficoltà di ordine economico e pratico. Veronica ricorda questi momenti come molto difficili, nonostante il contatto continuo con la famiglia.

Gli studi sulle migrazioni hanno discusso di come le persone sviluppino pratiche e processi di cura a distanza e hanno descritto diversi processi che si attivano in vari momenti del ciclo di vita delle famiglie transnaziona-

li³⁴. Baldassar e colleghi hanno sottolineato l'importanza di osservare i «momenti di crisi», ovvero i momenti in cui la cura a distanza non è più sufficiente e viene richiesta una copresenza fisica. Nei momenti di malattia acuta o di rischio di decesso l'aspettativa di avere vicino alcuni familiari (genitori e figli soprattutto) si fa particolarmente forte e una copresenza fisica può sostituire la cura a distanza, qualora ne esista la possibilità³⁵. In questo paragrafo si porta l'attenzione sui momenti nei quali avviene la scelta di muoversi attraverso i confini alla ricerca di salute, benessere e cura. Nel farlo si mantiene intatto l'approccio multidirezionale (considerando tanto i flussi in entrata quanto i flussi in uscita) e il focus sulle reti sociali coinvolte nei fenomeni di cura. La famiglia, infatti, è coinvolta nei percorsi di cura poiché interviene con suggerimenti, invia medicinali, mette in campo strategie di cura a distanza o viaggia per garantire la copresenza fisica nei momenti di maggiore necessità.

Io sono venuta in Italia perché mio figlio si è ammalato. Lui sentiva che aveva un forte dolore alla testa, era andato dal dottore che gli aveva dato medicine ma anche dopo le medicine non succedeva niente. Aveva sempre male, anche quando dormiva. Allora gli hanno fatto una tac e hanno visto che aveva una macchia grande nel cervello che doveva essere tolta. Il dottore gli ha detto che lui poteva operarlo ma che si trattava di un'operazione di rischio, o la vita o la morte. Gli ha chiesto se voleva fare l'operazione e lui ha detto sì, ma ha detto che voleva che io fossi qui. «Se io muoio, voglio che la mia mamma sia qui con me». Lui mi ha telefonato ed è per questo che io sono venuta. Io ho pregato tanto e poi sono venuta qui. Adesso lui ha fatto l'operazione ed è andato tutto bene. Per venire qui mi hanno fatto un visto per assistenza familiare, sul visto c'è scritto ricongiungimento familiare e anche se la situazione era grave c'è voluto un po' per avere il documento, circa due mesi. Io avevo un negozio e l'ho lasciato³⁶ [...] Mio figlio era in Italia da 9 anni, è partito dalla Guinea quando aveva 20 anni. Lui è abituato a stare qui, io invece no. Io sono venuta qui solo per essere con lui circa un anno fa. Qui ci sono tanti dottori, non è come da noi. Questa è una cosa buona perché da noi se non hai soldi puoi morire. Se la stessa cosa capitava a mio figlio in Africa poteva morire. Le cose buone che ho trovato in Italia sono la scuola, il mangiare e i dottori. Se io trovassi un lavoro qui potrei cercare una casa e stare qui con mio figlio. Qui però non c'è niente per me, quindi visto che mio figlio sta meglio io penso di tornare in Guinea (Adawa, 51 anni, Guinea).

³⁴ Si vedano D. Bryceson e U. Vuorela (a cura di), *The Transnational Family: New European Frontiers and Global Networks*, New York, Berg, 2002; K. Gardner e R. Grillo, *Transnational Households and Ritual: An Overview*, in «Global Networks», 2, 2002, pp. 179-190; M. Madianou e D. Miller, *Migration and the New Media: Transnational Families and Polymedia*, London, Routledge, 2012.

³⁵ L. Baldassar, *Too Sick to Move: Distant «Crisis» Care in Transnational Families*, in «International Review of Sociology», vol. 24, 2014, n. 3, pp. 391-405.

³⁶ Wilding e Baldassar sottolineano che gli impegni legati alla cura a distanza possono spingere le donne in impieghi saltuari e precari, che permettono loro di partire all'occorrenza. Si veda R. Wilding e L. Baldassar, *Transnational Family-work Balance*, in «Journal of Family Studies», 15, 2009, pp. 177-187.

Adawa è certa che se lo stesso problema fosse capitato in Africa, il figlio avrebbe rischiato di morire. La percezione che in un luogo si possa accedere gratuitamente a un servizio qualitativamente migliore a quello presente in molti altri paesi fa sì che i migranti residenti a Torino sentano su di sé un certo grado di responsabilità nei confronti di chi è rimasto al paese di origine e affronta difficoltà nell'accedere alle cure.

La mamma di Odette soffre da anni di problemi cardiaci dovuti a un'ipertensione, ma nonostante le visite svolte in Camerun presso diversi medici privati, l'origine del problema e la cura rimangono aspetti insoluti e il problema persiste. Odette, conoscendo l'ambito del privato sociale, ha ritenuto che la madre avrebbe potuto ottenere qui conferme o smentite di quanto detto dai medici camerunensi e si è adoperata per farle ottenere un visto. Il visto per ricongiungimento familiare le è stato negato e a Odette non è rimasta altra scelta che richiedere un visto turistico. «Mi dispiace» dice «perché non voglio abusare dei servizi italiani, ma non avevo altra scelta. Il visto dura tre mesi e ne sono già passati due. Mia mamma ripartirà a breve perché una sua permanenza oltre la data di scadenza impedirebbe l'ottenimento del visto per ricongiungimento familiare, che vorrei provare a richiedere». L'obiettivo di Odette, in Italia da quindici anni, è quello di permettere alla mamma di andare e venire dal Camerun per svolgere a Torino controlli periodici, dato che l'apporto ricevuto dai medici in questo breve periodo è stato determinante per individuare errori nella diagnosi e nella profilassi ottenuta in Camerun. L'ottenimento di un visto permetterebbe inoltre l'iscrizione al Ssn, cosa che in questa breve permanenza non è stato possibile fare. Le alternative di Odette erano il privato sociale o i medici privati, dato che il permesso di soggiorno per motivi turistici non le permetteva né l'iscrizione al Ssn³⁷, né tantomeno ai Centri Isi³⁸.

L'insoddisfazione per le cure ottenute è una delle ragioni che spiega la mobilità in diverse direzioni, anche quando la sfiducia verso le cure ottenute in Italia spinge i migranti a cercare nel loro paese d'origine cure efficaci e culturalmente accettabili.

Dopo la seconda gravidanza ho avuto dei problemi. Per mesi ho avuto perdite di sangue, e poi sentivo dolori e avevo tanti problemi come debolezza e anemia. Sono andata all'ospedale due o tre volte, ho provato più di cinque o sei dottori, ho

³⁷ Si veda Ministero della sanità, Circolare n. 5 del 24 marzo 2000, *Gazzetta ufficiale*, Serie generale n. 126 del 1° giugno 2000, in cui si afferma che «non è consentita l'iscrizione ai cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di cura, per effetto di quanto disposto dall'art. 36 del testo unico, e per motivi turistici ai sensi di quanto previsto dal combinato disposto di cui agli artt. 5, comma 3, del testo unico e 42, comma 6, del regolamento di attuazione».

³⁸ La possibilità di usufruire dei Centri Isi è riservata, come noto, ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno ex art. 35, comma 3 del d.lgs. 286/1998.

fatto tutti gli esami e dicevano che era tutto a posto, ma io avevo dolore. Il dottore diceva che non c'era nulla, che ero a posto. Sono andata a una clinica privata in Cina, per forza. Non sono andata all'ospedale ma da un dottore anziano che cura con le erbe cinesi. È un medico molto famoso che cura nella sua casa. Si va a fare la fila al mattino presto perché ogni giorno ci sono molte persone. Me l'aveva consigliato un'amica che non riusciva a stare incinta e ha risolto il suo problema con questo dottore. Lui mi ha detto subito che quando hai dei bambini, se poi hai delle infiammazioni possono diventare gravi se sottovalutate. Con le erbe cinesi ho risolto il problema (Chie, 48 anni, Cina).

Un'altra condizione comune tanto nei flussi in entrata quanto in quelli in uscita è quella di utilizzare le vacanze come momento per curarsi in un posto in cui si ha più fiducia nel personale medico. Abbiamo visto nel paragrafo precedente che questa strategia è spesso impiegata dai migranti, e lo stesso può avvenire in direzione opposta nel caso di famiglie che presentano una struttura transnazionale diversa. Il ricongiungimento familiare non corrisponde necessariamente a una scelta di radicamento definitivo, poiché ragioni di ordine economico e culturale possono spingere le famiglie dei migranti (o parti di esse) a rientrare nel paese di origine³⁹. Chi ritorna a vivere nel proprio paese dopo una lunga permanenza in Italia mantiene i documenti italiani che gli permettono un ventaglio di possibilità mediche all'interno del quale scegliere⁴⁰.

Mia moglie e i bambini sono tornati in Egitto, ma dal mese di maggio vengono qua, e stanno durante tutte le vacanze delle scuole. I bambini qui hanno la pediatra così quando vengono io li faccio sempre vedere. L'ultima volta hanno fatto la visita dall'oculista e i vaccini che sono obbligatori qua (Ahmed, 47 anni, Egitto).

Oltre alla dimensione economica del servizio, vi sono bisogni culturali e religiosi che possono essere soddisfatti solo in uno dei due poli del percorso migratorio:

Ogni due anni vado in Senegal, faccio un bagno purificatore, faccio le preghiere, metto gli amuleti per la fortuna, per la difesa, per la vita più lunga. Lo faccio quando torno in Senegal, è una questione psicologica e culturale in generale, non solo per le malattie. Quando ho bisogno di preghiere, di fede, è come se mi mettessi uno scudo protettivo di fronte. L'ultima volta sono andato da tre marabut,

³⁹ L. Ferrero, *Generi, generazioni e famiglie in movimento tra le due sponde*, in *Transmediterranei. Generazioni a confronto tra Italia e Nord Africa* a cura di P. Cingolani e R. Ricucci, Torino, Accademia University Press, 2014, pp. 36-55.

⁴⁰ Una simile forma di «mobilità circolare» e le sue conseguenze sulle scelte sanitarie è stata indagata in relazione ai pensionati turchi residenti in Germania, caso in cui la gratuità del servizio è emersa come elemento determinante nella scelta di chi vive stabilmente a cavallo tra due paesi. B. Bilecen e H. Tezcan-Güntekin, *Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants*, cit., p. 14.

mi hanno fatto alcune preghiere, un mese fa. Adesso sono fortificato (Amadou, 35 anni, Senegal).

Il pendolarismo, poi, oltre a essere una condizione all'interno della quale si compiono scelte per il proprio benessere, può anche essere la soluzione a cui si approda per risolvere un problema, soprattutto quando i due contesti offrono risorse diverse, entrambi utili per la salute.

Questo amico aveva 24 anni e ha avuto problemi gravi sui piedi, si grattava via la pelle, era bruttissimo. Aveva preso questa malattia in Africa. E poi aveva tanta tosse tutta la notte. Lui non voleva andare dal dottore perché era senza documenti, e quello era il periodo in cui i medici potevano chiamare la polizia e denunciare. Noi cercavamo di dargli le nostre medicine africane ma non funzionavano. Alla fine siamo andati in ospedale e la dottoressa ha detto che aveva un problema al cuore molto grave che portava il problema ai piedi, perché il sangue non arrivava. Mi ha detto «dobbiamo fare intervento al cuore, ma è molto rischioso e lui deve avere i soldi per curarsi. Un'analisi del sangue costa 80 euro e dobbiamo farne tante per curarlo, qualcuno deve prendersi la responsabilità. Se non lo curiamo tra un mese muore, io non chiamo la polizia ma qualcuno deve prendersi la responsabilità per le cure» [...] L'intervento è andato bene, e alla fine il mio amico ha avuto il permesso di soggiorno per motivi di salute. Adesso lui vive tra il Senegal e l'Italia e può farlo perché ha il permesso di soggiorno. Ha appuntamenti ogni quattro mesi all'ospedale, all'inizio gli appuntamenti erano più frequenti, adesso sempre meno, uno ogni sette mesi. Lui non deve stare al caldo, quindi quando in Senegal fa caldo lui sta a Torino e nel frattempo fa l'ambulante. Quando è più fresco va in Senegal, dalla sua famiglia. Prima di andare in Senegal all'ospedale gli danno tutte le medicine che gli servono. Sicuramente in Senegal prende anche medicine naturali e tradizionali, questo lo facciamo tutti noi, ma per il problema del cuore i controlli li fa tutti in Italia (Babakar, 50 anni, Senegal).

Le forme di mobilità circolare e di attraversamento di confini in cerca di soluzioni sanitarie possono essere connesse, come nel caso raccontato da Babakar, al fenomeno del polimedico, ovvero al fatto che i migranti utilizzino spesso più medicinali contemporaneamente per curare una patologia o un sintomo. Rivolgendosi a diverse tradizioni mediche e a diversi saperi, i migranti possono essere portati a mettere insieme rimedi della medicina allopatrica e delle medicine tradizionali più che a scegliere di aderire a una sola modalità di cura. Il ricorso alla medicina tradizionale può essere tanto il frutto di consigli emersi dall'incontro con specialisti nel paese di origine quanto una forma di automedicamento⁴¹.

In conclusione di questo paragrafo che ha messo in luce i momenti in cui la mobilità si rivela utile o fondamentale per la salute, si descrivono tre fenomeni rilevanti per sottolineare la variabilità delle connessioni tra salute

⁴¹ *Ibidem*, p. 6.

e movimento. Il primo è quello dell'«attraversamento multiplo di confini»; nella maggior parte dei casi riportati le persone si muovono tra paese di origine e paese di migrazione. Le traiettorie, però, sono talvolta più dinamiche e possono portare a toccare paesi diversi. Per coloro che sono arrivati in Italia da anni e possiedono la cittadinanza italiana, poi, la mobilità in Europa diventa una possibilità concreta⁴². Un caso di attraversamento multiplo di confini è quello di Costel, un ragazzo romeno che nel 2012, durante la sua permanenza in Francia, ha avuto un brutto incidente. Al tempo lavorava in nero come stagionale per un'azienda agricola dove raccoglieva verdura e una mattina, mentre andava al lavoro in bicicletta, è caduto provocandosi una frattura alla gamba. Dopo essersi fatto medicare in un ambulatorio gestito da un'associazione di volontariato, ha continuato a lavorare per qualche giorno fino a quando, rimasto senza un'occupazione, ha deciso di tornare in Romania dove ha fatto una visita presso l'ospedale ortopedico della sua città. Dalla visita è emersa la necessità di un intervento, con l'inserimento di una protesi interna. Si trattava di un'operazione costosa e con tempi d'attesa molto lunghi in Romania. Nell'autunno dello stesso anno è tornato in Francia, dove ha fatto l'operazione. Non gli è stata però garantita la fisioterapia, molto importante per ottenere una completa riabilitazione. La situazione è peggiorata e Costel ha deciso di raggiungere il fratello a Torino. Dopo aver ottenuto la tessera Eni, Costel ha fatto una visita specialistica, alla quale è seguito un nuovo intervento alla gamba, con la rimozione della protesi precedente, mal posizionata. Il fatto che in Italia gli sia stato garantito anche il percorso fisioterapico è una delle ragioni per cui Costel ha deciso di rimanere dal fratello.

Il secondo fenomeno è quello della mobilità come «scelta ultima». Il paese di origine rimane per i migranti un riferimento simbolico e talvolta religioso molto forte e questo è il motivo per cui spesso essi desiderano morire ed essere sepolti nel paese di origine. Nel momento in cui viene diagnosticata una malattia terminale senza possibilità di cura, molti migranti decidono di fare ritorno al paese di origine.

C'è uno del mio paese che ha otto anni meno di me che è andato in Egitto per vacanza un mese ed è morto, vedi il destino lo ha fatto morire a casa sua. Perché se uno muore qui da solo è diverso. Qui c'è il cimitero islamico, ma ognuno di noi quando fa il testamento può scrivere dove vuole essere sepolto: io vorrei essere sepolto in un paese islamico e vicino a mio padre anche perché se i miei parenti vogliono venire a visitarmi non possono prendere il visto tutte le volte (Nasser, 48 anni, Egitto).

⁴² P. Cingolani e R. Ricucci (a cura di), *Transmediterranei. Generazioni a confronto tra Italia e Nord Africa*, Torino, Accademia University Press, 2014, pp. 78-79.

La morte è un momento a cui si attribuiscono significati che variano a seconda della cultura e della religione e rientrare nel paese di origine può rappresentare una grande differenza nell'attesa di questo passaggio da parte del malato e della sua famiglia. Nel caso della comunità senegalese in Italia, ad esempio, è noto l'impegno che le associazioni rivolgono a una forma di welfare dal basso destinato alla raccolta di fondi per il rimpatrio delle salme⁴³.

Il terzo ed ultimo fenomeno è quello dello «spostarsi senza spostarsi». In un mondo iperconnesso e caratterizzato da comunicazioni istantanee ed economiche è facile che anche i problemi di salute vengano discussi attraverso i moderni mezzi di comunicazione e che una forma di polimedica-mento avvenga anche senza recarsi nel paese di origine. Una volontaria di un'associazione cinese ha raccontato: «A volte con il tempo scopriamo che la persona non segue la cura che gli ha dato il medico, magari ha telefonato in Cina e si confrontano al telefono». Nel caso dei cinesi è stato anche riportato l'automedicamento attraverso internet, ovvero la ricerca di soluzioni in siti cinesi e lo sviluppo di agenzie di viaggio che propongono viaggi a scopo medico per le comunità che risiedono all'estero. Giornali, telefono, social network e internet appaiono come un ambito globale in cui si diffondono informazioni diverse, tra cui quelle legate alla salute, e contribuiscono quindi a una percezione della salute e del benessere sempre meno ancorata ai confini nazionali.

4. *Medicine e saperi in viaggio*

La circolazione di medicine e di saperi terapeutici all'interno dei network sociali dei migranti è uno degli aspetti fondamentali che caratterizzano gli spazi medici transnazionali⁴⁴. Tale aspetto è emerso con forza anche nella nostra ricerca torinese: le medicine seguono traiettorie multiple, possono essere inviate dai paesi d'origine verso i paesi d'immigrazione o viceversa, ma anche viaggiare attraverso i circuiti globali delle diaspore, da un paese d'immigrazione a un altro.

Per comprendere questo fenomeno è necessario richiamare il concetto elaborato in antropologia medica di «pluralismo medico», ovvero il ricorso a differenti pratiche che spaziano dalla biomedicina, all'uso terapeutico delle erbe, alle cure spirituali, alla medicina alternativa⁴⁵. Molto spesso le persone,

⁴³ S. Ceschi, *Associazionismo migrante e welfare dal basso*, cit.

⁴⁴ G. Zanini et al., *Transnational Medical Spaces: Opportunities and Restrictions*, Göttingen, MMG Working Paper, n. 13-16, 2013.

⁴⁵ D. Parkin, *Latticed Knowledge: Eradication and Dispersal of the Unpalatable in Islam, Medicine and Anthropological Theory*, in *Counterworks: Managing the Diversity of Knowledge*, a cura di R. Fardon, London, Routledge, 1995, pp. 143-164.

piuttosto che optare in forma esclusiva per un percorso, seguono diverse traiettorie. Per esempio la cinese Li spiega come il passaggio da una terapia a un'altra dipende dalla gravità e anche dall'efficacia dimostrata:

Se è solo influenza e non è grave, faccio da sola con le medicine che compro da conoscenti o porto qua dalla Cina, sono cose leggere, prodotti naturali. Se non si guarisce andiamo in un'erboristeria cinese. Lì c'è l'erborista che ti aiuta. Poi se non funziona vado dal dottore di famiglia. Solo alla fine si va dal dottore specialista, e se non si guarisce ancora si va all'ospedale per gli esami. Le medicine dalla Cina generalmente le trovo dagli amici, perché io non vado tanto in giro, e abito un po' fuori dal centro. Gli amici le hanno, le conoscono, ma sono solo per le cose leggere... Noi siamo abituati e sappiamo cosa funziona o non funziona, si può dire così. Tipo per la febbre se non è grave, o per l'influenza normale. Cerchiamo di risolvere a casa, non andiamo in farmacia. Sono tutte cose naturali, per le cose chimiche va meglio la farmacia italiana, oppure è uguale, sai che gli ingredienti chimici si assomigliano tutti. Sempre rovinano i corpi (Li, 45 anni, Cina).

Il senegalese Amadou distingue malattie per le quali funziona la medicina tradizionale da malattie per le quali la medicina occidentale è considerata l'unico rimedio:

Mio fratello aveva un negozio a Torino e quando tornava dal Senegal dichiarava le piante che portava con sé. La gente del posto sapeva che quelle piante curavano certe malattie, per la stanchezza andava bene una, per il raffreddore un'altra. Usare la medicina tradizionale come in Senegal in Europa è difficile, è diverso, si fa ma per altre malattie e problemi. C'è fiducia nella medicina moderna in Europa, ma in alcune malattie la medicina tradizionale ha sopravvinto, come quelle dermatologiche, le allergie o cose varie. Ogni cosa che esce sulla pelle non si capisce mai cosa è, e si preferisce la medicina tradizionale, anche in Italia. Se ho cose che non capisco, macchie, chiamo in Senegal che mi mandano polvere per il trattamento tradizionale (Amadou, 30 anni, Senegal).

Quali sono allora i criteri in base ai quali i migranti scelgono di ricorrere a medicine che provengono da un ambito culturale e geografico che non è quello del paese nel quale vivono? La scelta è dettata da diversi motivi, che spaziano da quelli di natura economica, a quelli di natura affettiva e culturale. Si valuta in base all'accessibilità, a bisogni pratici, ad aspettative sociali e culturali e a convinzioni personali riguardo all'efficacia di una cura. Non è semplice tracciare una linea netta di demarcazione, poiché questi fattori spesso si condizionano a vicenda.

Un primo criterio in base al quale si orienta la scelta è quello di natura economica. Si importano medicine dai paesi d'origine o le si invia ai propri familiari, perché sono meno costose in un contesto piuttosto che in un altro. La colombiana Patricia, per esempio, porta a Torino sia medicine tradizionali, non reperibili nel mercato locale, sia farmaci, perché in Colombia sono meno costosi e disponibili anche senza prescrizione medica:

Ci sono molti medicinali che mi porto dietro dalla Colombia. All'inizio ho portato una valigia di unguenti e creme per facilitare la mia prima gravidanza, questo era più dal punto di vista della cura del corpo, che da quello medico. Questi sono medicinali tipici e anche della medicina tradizionale colombiana, oltre ad aggiunti sciamanistici. Ho portato un amuleto per proteggere mio figlio. Un seme rosso si lega con una pietra nera al polso del bimbo e lo proteggono. Spesso porto le tisane di coca, rimedio tradizionale colombiano utile per il mal di pancia, per rilassare, per la sindrome premestruale. Mia nonna aveva la pianta di coca in casa e così faceva. Io qua la coca non posso coltivarla, quindi porto le tisane. Poi l'equiseto, la yerba buena, come tisane e come cure dolci per depurare il fegato... E poi porto i medicinali occidentali perché non ci sono restrizioni, anche senza ricetta puoi averli in Colombia. Continuo ad avere una minima fornitura chirurgica a casa, dove tengo dei piccoli bisturi. Dalla Colombia ho questo retaggio, anche perché entrambi i nonni erano farmacisti. Porto i medicinali qua credo per un fattore economico, da noi i farmaci costano molto meno (Patricia, 40 anni, Colombia).

I flussi di medicinali sono orientati anche verso i paesi d'origine. La marocchina Amira ha cominciato a inviare ai propri familiari in Marocco le medicine che reperiva a Torino grazie al supporto di associazioni di volontariato. Ha poi modificato negli anni questa pratica perché l'invio era diventato troppo costoso:

Mia mamma ha problemi di pressione, di diabete e tanti altri problemi di salute. Non ci sono differenze di prezzo sostanziali nei medicinali, ad esempio un pacco di spray, tipo Ventolin, costa 50 euro, sia qua che là... costano uguale. Solo che qua io prendo lo spray gratis, con la mutua, il foglio del medico, perché ho l'assistenza, là no, bisogna pagare, il medico ti scrive la medicina e uno va a comprarsela. Poi qua c'è un'associazione che mi dà delle medicine da mandare a mia sorella e anche a mia mamma. Da un po' di tempo non mando tanto perché ho capito che costa di più mandare medicine che altro. Sai che ci sono queste persone che portano i pacchi, partono da qua e vanno con le macchine fino in Marocco, a pagamento. Però per ogni pacco si paga 100-120 euro, per essere sicura che arrivi, e fanno sempre ritardo. In Italia c'è sempre l'anarchia totale. Sono tutti di Casablanca o di Marrakech e devono fare il percorso fino alla mia città... per quello pago di più. Arrivati a Casablanca, magari mandano il pacco con il pullman, ed è sempre difficile trovare una persona responsabile, che si assicura che il pacco arrivi intero e in tempo. Quindi ora preferisco mandare soldi. Adesso, quando sono andata l'ultima volta, ho fatto un accordo con la farmacia, e quando mia sorella o mia mamma hanno bisogno di medicine, vanno a ritirare tutte le medicine, io alla fine del mese mando i soldi ai miei (Amira, 37 anni, Marocco).

Alcuni autori hanno parlato dell'«efficacia sociale» dei farmaci, ponendo attenzione sulla componente emozionale legata alle medicine che vengono spedite. L'invio di medicine è un segno di attenzione e conferma un legame affettivo che continua a essere manifestato anche nella distanza. Come sostanza tangibile, una medicina può incorporare la nostalgia di casa e per-

mette di evidenziare e rafforzare le relazioni che sono considerate importanti⁴⁶. Così racconta Amira:

Io ho delle responsabilità, perché la mia famiglia dipende da me, e sono fiera di dirlo... mia madre, un fratello e due sorelle. Mia madre e mia sorella sono molto malate; mia sorella ha problemi cardiaci, ha l'asma e il diabete, e ha una spesa di medicine di quasi 200 euro al mese, tantissimo per il Marocco, e non ha assistenza sanitaria. Quindi ci sono io (Amira, 37 anni, Marocco).

Nel caso del giovane rom Ion, questa manifestazione di affetto attraverso i medicinali è capovolta. La madre rimasta in Romania ha dimostrato per lungo tempo il proprio premuroso attaccamento al figlio inviando costose confezioni di integratori alimentari considerati una cura miracolosa per sviluppare le capacità mnemoniche. La madre sosteneva che fossero gli unici rimedi efficaci per superare con successo l'esame di scuola guida e arginare la stanchezza psicofisica che il figlio stava da tempo manifestando. Ion ha spesso abusato di queste medicine poiché non rispettava la posologia, ma nonostante lo scarso effetto e le ripercussioni negative sulla sua salute si ostinava a prenderle poiché le considerava importanti, in quanto scelte e inviate dalla madre.

Le medicine che arrivano a Torino dai paesi d'origine possono giungere attraverso differenti canali. In alcuni casi viaggiano grazie al passaparola e alle reti personali. I migranti riescono ad ottenere i medicinali grazie all'intermediazione di amici o conoscenti che arrivano in Italia di ritorno da un viaggio. L'importazione di questi medicinali, anche solo per uso personale, non è consentita e spesso i migranti incorrono in situazioni spiacevoli, causate soprattutto da fraintendimenti culturali:

Abbiamo un tipo una polvere che se non stai bene internamente, fai così sul tuo naso, la respiri e cominci a starnutire, e in quel modo ti fa uscire il male da dentro. Un senegalese mio amico lo ha portato dall'Africa, è arrivato a Malpensa e il poliziotto ha respirato questa polvere e ha cominciato a starnutire; hanno portato il poliziotto in ospedale e il ragazzo lo hanno rimpatriato perché non poteva portare la sostanza, loro non la conoscevano. Ci sono delle cose che non funzionano, se non sai come si usano e non conosci il problema. Qualcuno viene qua e porta qualche medicina dal Senegal. Sono sempre in polvere, le trattano in questo modo... Noi abbiamo paura che se io ti do qualcosa poi magari stai male. Se ti chiedono cosa hai fatto in ospedale magari poi vengono a prenderci e ci mettono in galera! (Babakar, 50 anni, Senegal).

In altri casi questi medicinali sono reperibili all'interno di negozi etnici, soprattutto erboristerie cinesi. Purtroppo non ci è stato possibile accedere

⁴⁶ S. Van der Geest, S.S.R. Whyte e E.A. Hardon, *The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach*, in «Annual Review of Anthropology», 25, 1996, p. 168.

e intervistare i gestori di questi negozi, ma ci siamo affidati ai racconti di alcuni clienti.

Per cose piccole vado da persone cinesi che mi fanno le punture, non vado dal dottore perché non parlo e non capisco, anche adesso. Anche per i bambini. Quando qualcuno è ammalato in famiglia andiamo dal medico cinese che può spiegare bene le cose, è più facile capire, e non andiamo da quello italiano. Molti della comunità fanno così... io andavo alla farmacia di Porta Palazzo che forse adesso è chiusa. Lì un cinese ha una farmacia dove vende sia medicina italiana che cinese. Di solito passano i cinesi ma anche i neri vanno a prendere le medicine (Chao, 41 anni, Cina).

Da lavori di ricerca condotti in altre città italiane emerge come molti migranti preferiscano queste erboristerie poiché, a differenza di quanto avviene nelle farmacie, i medicinali vengono somministrati senza prescrizioni. Nelle erboristerie vengono forniti anche trattamenti medici di base, come iniezioni e trattamenti dentali. Tali negozi sono gestiti da persone che non possiedono qualifiche mediche riconosciute dal sistema italiano. La loro professionalità non è sottoposta ad alcun tipo di controllo anche perché la medicina cinese non gode di alcuna forma di riconoscimento in Italia, e lo stesso vale per le qualifiche acquisite in Cina da parte di medici e farmacisti esperti del sistema olopatico. Gli stessi migranti si dividono nella valutazione di questi luoghi: alcuni esprimono una grande fiducia, altri si astengono, altri ancora esprimono seri dubbi rispetto alla preparazione di chi li gestisce⁴⁷.

I medicinali hanno una propria vita sociale, che deve essere analizzata considerando non solo il momento della prescrizione, ma anche quello della somministrazione e dell'assunzione da parte del paziente. I trattamenti non comportano solo l'incorporazione di una sostanza, ma coinvolgono un'ampia sfera di significati pratici ed emozionali⁴⁸. L'efficacia di una medicina è legata al contesto sociale e culturale in cui viene prodotta e nel quale viene assunta. Per questo vi sono migranti che in Italia seguono una terapia, e la sostituiscono con altre terapie quando rientrano nei paesi d'origine:

In Senegal io avevo un fortissimo mal di pancia che durava da anni. Mio papà aveva un amico che mi ha detto «vai da un albero che si chiama il mango, prendilo e mettilo in acqua per qualche giorno». Ho fatto così e non ho mai più avuto mal di pancia, mai. Ho fatto una preghiera prima di prendere la foglia. Ci sono delle cose che uno deve sapere per usare un albero, devi sbriciolarlo, macinare le foglie

⁴⁷ Per un'analisi più approfondita di questi aspetti rimandiamo a T. Osteria, D. Carrillo e A. Sarli, *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, cit.

⁴⁸ S. Van der Geest, S.S.R. Whyte e A. Hardon, *The Anthropology of Pharmaceuticals*, cit.; L.L. Schumaker e V.A. Bond, *Antiretroviral Therapy in Zambia: Colours, «Spoiling», «Talk» and the Meaning of Antiretrovirals*, in «Social Science and Medicine», 2008, n. 67, 2008, pp. 2126-2134.

secche. C'è la parte sotto dell'albero da usare, le radici, e la parte di sopra, e devi sapere ogni cosa come va fatta. Ma queste cose non si possono fare in Senegal e poi mandare qua la medicina perché qua non funzionano. In Italia si usa il buscopan (Babakar, 50 anni, Senegal).

Nell'analizzare i flussi e il consumo transnazionale di medicinali è importante non incorrere nella classica dicotomizzazione tra contesto biomedico occidentale moderno e contesto tradizionale dei paesi d'origine. In alcuni casi i migranti provengono da contesti urbani molto più medicalizzati di quelli che trovano in Italia: in questi contesti d'origine l'utilizzo della medicina moderna è assolutamente dominante e ha soppiantato da tempo il ricorso ad ogni altra forma terapeutica. Per esempio Patricia ci spiega come in Italia abbia mantenuto diverse consuetudini colombiane. Ha una cassetta medica molto ben fornita di medicinali e di strumentazioni, come pinze chirurgiche e anafilattici:

C'è anche una certa inerzia in questi fenomeni, continui a riprodurre un comportamento che hai appreso nel tuo paese. La mia relazione con il mondo medico in Colombia era più diretta, qua in Italia lo è meno. Mio fratello infatti è medico e mi consiglia delle medicine e mi dice di portarle in Italia (Patricia, 40 anni, Colombia).

Simili considerazioni sono state espresse da Chao, che in Italia ha scoperto un uso molto più critico e parsimonioso di determinate medicine:

All'inizio facevo molto uso di antibiotici e li chiedevo al mio medico di base per qualsiasi stupidata perché così ero abituata. Adesso l'approccio sull'uso degli antibiotici sta cambiando anche in Cina, ma nel passato per qualsiasi cosa... immediatamente antibiotici. Io sono stata allevata ad antibiotici, con la penicillina. Qua in Italia ho capito che se si esagera non fanno così bene sul nostro corpo (Chao, 41 anni, Cina).

5. *Specialisti in movimento*

All'interno dei network terapeutici transnazionali circolano non solo medicinali ma anche specialisti che sanno preparare e somministrare le cure. Vi sono figure con competenze differenti, sia formate nell'ambito della medicina tradizionale, sia in quello biomedico. I percorsi che portano queste persone a Torino sono vari; vi sono persone giunte in Italia per motivi familiari o lavorativi, che possiedono un sapere specifico e lo mettono informalmente a disposizione dei membri della propria collettività. Vi sono specialisti che risiedono stabilmente in città e usano tali competenze in una vera e propria attività professionale. Vi sono infine specialisti e curatori che viaggiano per incontrare i pazienti nelle comunità emigrate e permangono solo per brevi periodi in città.

I confini tra queste categorie, tra saperi della medicina tradizionale e della medicina moderna e tra formalità e informalità sono molto spesso sfumati e un curatore può passare da un ambito a un altro a seconda delle occasioni, delle opportunità ma anche dei vincoli strutturali con i quali si deve confrontare. Come sottolinea un migrante senegalese, sono diverse le competenze che un buon curatore deve possedere e queste possono appartenere a campi differenti:

Ci sono tanti modi per curarsi. Alcuni si curano solo con la preghiera, altri solo con la medicina naturale, altri vanno all'ospedale. Per tutte queste cose bisogna avere delle conoscenze, averle apprese in famiglia o averle imparate in una scuola. I guaritori per esempio ereditano da un parente il potere. A volte il primogenito di un guaritore si trova a dover immigrare e se viene qui non ha ancora le competenze per guarire, non è il suo lavoro ma ogni tanto magari pratica, dà consigli, ogni tanto aiuta e poi diventa proprio un guaritore in Europa (Amadou, 48 anni, Senegal).

Babakar spiega che quando è malato si rivolge ai marabut e anche ai curatori tradizionali. Sia gli uni che gli altri non risiedono stabilmente a Torino ma vengono periodicamente, ospitati dai fedeli e dai connazionali.

Noi crediamo a cose a cui voi italiani non credete. Siamo africani e diversi da voi, tu non le puoi neanche immaginare queste cose, fidati... Marabut vuol dire persona santa, pulita, che è vicina a Dio, che gli dice un segreto che può vedere solo lui. Ti guarda e vede tutto, nessuno lo può imparare all'Università, non c'è un libro, sono cose automatiche. Loro vedono tutto, anche quando dormono. Il marabut quando parla con te ti dice «tu ti chiami Babakar», ti dice come si chiama tuo papà e tua mamma. Come fa a saperlo? Lo sa, te lo giuro. Altri marabut ti dicono proprio tutto, come hai la casa o la televisione, i colori dei mobili. E così possono vedere da dove viene il tuo male. Ci sono persone in difficoltà nella vita, che hanno problemi di salute, economici o familiari, e i marabut ti spiegano tutto. Non sono qui fissi ma vengono dal Senegal, solo se sanno che gli immigrati hanno dei problemi, vengono per tranquillizzare la gente. C'è la fila, tanti cercano di parlare con loro (Babakar, 50 anni, Senegal).

La consulenza spirituale che i marabut forniscono non riguarda solo la sfera della salute fisica, ma il benessere sociale e psicologico. Questa grande fiducia riposta nei poteri spirituali del marabut è una risposta alla profonda diffidenza che molti nutrono verso i saperi biomedici applicati alla sfera psichica:

La clientela che va dal marabut non è proprio malata, va per altre cose, per avere uno status sociale alto, i soldi, ci va lo spacciatore che non vuole farsi beccare dalla polizia, per avere delle difese. Ci sono credenze sugli spiriti; ci sono gli spiriti bravi, quelli cattivi, e ogni tanto sono in lotta tra loro. Il marabut ti fa fare dei bagni perché lo spirito cattivo ti può rovinare la vita. Quando andiamo da loro gli raccontiamo di cosa abbiamo bisogno, come ci sentiamo. Per la parte psicologica

è difficile la sostituzione con la medicina occidentale, se un senegalese dice che va dallo psicologo gli altri dicono che è pazzo. Per loro psicologia e pazzia sono la stessa cosa (Amadou, 40 anni, Senegal).

Mentre il marabut per curare utilizza la parola e la preghiera, i guaritori utilizzano soprattutto sostanze naturali e preparati:

Il guaritore fa cose diverse dal marabut, ha i suoi sacchetti e le sue medicine, mentre il marabut chiede a Dio, è più spirituale. È il tramite tra il paziente e Dio, è un interprete. Quando arriva un guaritore si sparge la voce. Il guaritore si mette in albergo e lì aspetta i pazienti. Ho visto in un hotel in corso Giulio che la mattina presto, prima che arrivi la gente, hanno due o tre polverine che mischiano con l'acqua e danno le preghiere in base a questa pianta. La pianta ha delle capacità, porta tante buone cose, e la mischiano con altre cose senza andare sullo specifico del problema del paziente, non è una cura appropriata ma si dà in generale (Amadou, 40 anni, Senegal).

Come si è già visto uno dei problemi emersi più frequentemente riguarda la mancanza di luoghi spaziosi, igienici, e adeguatamente attrezzati dove questi specialisti possano incontrare i propri pazienti. Questo aspetto è connesso anche al mancato riconoscimento dei saperi nel contesto italiano, saperi che rimangono per ora condannati alla semi-clandestinità. I luoghi di incontro sono gli hotel, ma anche gli appartamenti privati o i negozi etnici, che assumono molteplici funzioni: supermarket, farmacie, agenzie di viaggio, e punti di incontro con i curatori. A Torino è stata documentata questa molteplicità di funzioni per quanto riguarda, per esempio, i barbieri nigeriani, spazi nei quali si articolano ricche relazioni intracomunitarie⁴⁹. Il tema della mancanza di spazi di cura adeguati è particolarmente evidente quando si parla di medicina tradizionale cinese, un insieme di saperi e pratiche terapeutiche che sempre più attira non solo i migranti cinesi, ma gli stessi italiani:

A Torino c'è solo una erboristeria cinese, le altre le hanno chiuse tutte. Lì c'è un uomo del nord della Cina che quando era in Cina era già medico. Non è che i cinesi abbiano più fiducia in lui che nei servizi locali, ma lo fanno per comodità. Pagano e li cura subito. Lui stesso ti dice quando secondo lui devi fare un esame specialistico e allora vai dal tuo medico. Non ha la possibilità di avere tutte le erbe, una volta si prendevano le medicine sotto forma di radici, ora non è più possibile perché non può entrare questo tipo di medicina cinese in Italia... Questa persona deve praticare qui non in modo ufficiale ma lo fa in modo nascosto, non ha la li-

⁴⁹ P. Cingolani, *L'imprevedibile familiarità della città: luoghi e percorsi significativi dei migranti nigeriani a Torino*, in *Stranieri in Italia. Reti migranti*, a cura di F. Decimo e G. Sciortino, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 59-88. Simili considerazioni sono state fatte per il caso dei ghanesi a Londra: K. Krause, *Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London*, in «Journal of Ethnic and Migration Studies», vol. 34, 2008, n. 2, pp. 235-251.

cenza. Non c'è riconoscimento di nessun titolo di studio. Chi lo fa lo fa così anche se ci sono tanti medici che riconoscono il valore della medicina tradizionale cinese, ma è un regime di tutela aperto nei confronti solo di alcuni paesi (volontaria italiana, Associazione cinese).

Diversi migranti valutano criticamente l'approccio delle istituzioni italiane verso la medicina tradizionale. Senza un riconoscimento di queste competenze è impossibile certificare e garantire la qualità e la professionalità dei medici tradizionali, mettendo in taluni casi a rischio la salute degli utenti⁵⁰.

Se per diritto alla salute si intende anche il diritto a usufruire di cure culturalmente accettabili, allora diventa centrale anche il tema del riconoscimento dei titoli e delle qualifiche dei migranti in ambito sanitario. I migranti con una specifica formazione medica, non solo in ambito tradizionale, ma anche in ambito biomedico, potrebbero essere i migliori referenti per i loro connazionali malati. Tra le tante storie raccolte riportiamo quella di Marleni, una giovane peruviana arrivata Italia nel 2006. Laureata in medicina nella migliore Università di Cuzco, è immigrata con la speranza di specializzarsi e poter esercitare la sua professione in Italia. Purtroppo è stata sopraffatta dagli ostacoli burocratici e ha finito per riprendere e valorizzare un'altra sua competenza, quella nella medicina naturale, iscrivendosi a un corso professionale di naturopatia:

Vengo da Cuzco. Sono laureata in medicina, sono chirurga. Questo è il guaio. Sono venuta con la speranza di fare la specializzazione e mi sono trovata in una trappola. Quando sono andata all'ordine dei medici di Como mi hanno detto «dovevi chiedere al corpo professionale del tuo ordine in Perù». Mia cugina, con la quale vivevo a Como, non sapeva aiutarmi. A Milano ho dovuto frequentare altre persone per sapere dove è il corpo medico. All'ospedale, sembra pazzesco, nessuno sapeva dire dov'era. Questo poi è successo anche a Torino, solo alla fine ho saputo che c'era un corpo dei chirurghi anche qua. Al corpo medici mi hanno detto che qua devo fare solo aggiornamento, non devo fare nuovi corsi, perché ho già lavorato in Perù. I requisiti però sono lunghi. Devo prendere prima la mia laurea qua... A me è scaduto il visto e dovevo iniziare a lavorare. Comincio già a fare documentazione di mio paese per vedere se posso avere riconoscimento di titolo. Adesso penso anche a tornare a mio paese. Di là è più facile nel privato, ma devo portare qualche studio che ho fatto in Europa. Questo di naturopatia e ayurvedica sono tre anni. Sto tre anni per vedere se la situazione cambia o non cambia (Marleni, 35 anni, Perù).

Il racconto di Marleni solleva un problema istituzionale molto importante, non solo per quanto riguarda la sfera sanitaria, ovvero l'adeguato riconoscimento delle qualifiche. Nelle professioni della salute, e soprattutto in

⁵⁰ T. Osteria, D. Carrillo e A. Sarli, *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, cit.

determinati settori, vi è in Italia una prevalenza di operatori stranieri che, pur possedendo competenze molto alte, si trovano a lavorare nelle posizioni più basse e meno qualificate. Il riconoscimento di tali profili avrebbe una ricaduta non solo in termini individuali, ma anche di benessere collettivo, tanto più che tali operatori avrebbero in più, rispetto ai colleghi, le competenze culturali per seguire una vasta parte dei pazienti.

6. *Considerazioni conclusive. Verso sistemi di cura transnazionali?*

In questo capitolo abbiamo visto come molti dei percorsi terapeutici dei pazienti immigrati hanno intrinseche caratteristiche transnazionali. La mobilità dei pazienti non può essere ricondotta a un unico modello, ma deve essere suddivisa in base a diverse variabili, che spaziano dalle motivazioni (la familiarità, la percezione di qualità, la disponibilità e l'accessibilità economica), alla distanza dello spostamento (da spostamenti transfrontalieri a spostamenti su più lunga distanza), allo spazio sanitario nel quale i pazienti si collocano (sfera pubblica o sfera privata). Anche i medicinali, i saperi e gli specialisti viaggiano attraverso i confini e contribuiscono a costruire una fitta rete che si estende globalmente, ben oltre la dimensione locale. I pazienti stranieri sono radicati in contesti sociali multipli: possono valorizzare e seguire sia percorsi biomedici che non biomedici ed essere coinvolti in pratiche non confinate all'interno di singoli territori. Di fatto i migranti stanno trasformando dal basso i confini della cura e della salute, introducendo pratiche e possibilità nuove nei luoghi di origine e in quelli d'arrivo.

Tuttavia questa prospettiva transnazionale non è stata ad oggi sufficientemente considerata né dalla ricerca medica, né dalle analisi dei determinanti sociali della salute, né dalla pratica professionale⁵¹. Questa mancanza dipende da una molteplicità di fattori. Non di rado emerge tra i medici la difficoltà a riconoscere pratiche di cura che derivano da identità multiple. Molti operatori non prendono in considerazione la possibilità che i loro pazienti seguano percorsi terapeutici transnazionali o, quando ne diventano consapevoli, faticano a comprenderli veramente.

Quando non vi è coordinamento tra pazienti e operatori medici e tra operatori medici di differenti paesi si possono presentare situazioni problematiche. Per esempio possono emergere problemi di traduzione quando un paziente che sta seguendo una terapia in un paese si sposta in un altro paese; gli operatori medici locali non sono in grado di proseguire il percorso iniziato e le terapie possono entrare in conflitto, senza garantire la continuità della cura.

⁵¹ E.J. Murphy e R. Mahalingam, *Transnational Ties and Mental Health of Caribbean Immigrants*, in «Journal of Immigrant Health», vol. 6, 2004, n. 4, pp. 166-178.

I percorsi transnazionali trovano difficilmente spazio anche a causa della forma organizzativa del settore della cura, un settore nel quale i finanziamenti e i servizi sono erogati su base esclusivamente territoriale. Il principio della territorialità ha sicuramente permesso la pianificazione e la sostenibilità ma non è stato in grado di rispondere alla mobilità dei pazienti.

Come si è visto vi è ancora resistenza al riconoscimento delle competenze «altre» portate dai migranti, poiché percepite come incompatibili con quelle del sistema biomedico occidentale. Questa resistenza colpisce anche le medicine alternative, che per poter essere somministrate regolarmente devono essere testate secondo gli standard biomedici. La direttiva comunitaria 2004/24/EC ha stabilito che dal 2011 i prodotti di erboristeria e tutte le medicine omeopatiche dovessero avere una licenza, che però risulta molto costosa e difficilmente accessibile per i piccoli produttori. Tuttavia rimangono spazi di libertà per prodotti venduti come integratori alimentari per «uso tradizionale», ed è in questa zona grigia che si collocano molti dei prodotti importati e venduti nei negozi etnici⁵². Si tratta di un adattamento ma non di una reale soluzione, poiché questi prodotti sono sempre a rischio di espulsione dal mercato regolare.

Nella nostra ricerca abbiamo anche trovato, a livello istituzionale, segnali di sensibilità ai bisogni di cura e di assistenza transnazionali: ne è un esempio la pratica promossa dall'Inail di invio di materiale medico ai migranti che tornano nel paese d'origine dopo un incidente sul lavoro invalidante (si veda in questo volume il paragrafo 2 del capitolo quarto). Il migrante, in questo caso, è considerato come persona portatrice di specifici diritti e questa opzione di attivare progetti di rientro rappresenta una tutela transnazionale assolutamente innovativa in un welfare ancora principalmente improntato su una dimensione nazionale.

Un'altra risposta istituzionale ai bisogni dei cittadini che si spostano da un paese a un altro per risolvere problemi di salute, è quella di puntare a uniformare la qualità dell'offerta nei diversi paesi. L'Unione europea si è pronunciata in questa direzione con una direttiva del 9 marzo 2011, implementata dal 25 ottobre del 2013⁵³. Secondo tale direttiva un paziente comunitario ha diritto a essere trattato dal sistema sanitario dello stato in cui si trova alle stesse condizioni alle quali sarebbe stato curato nel proprio paese di appartenenza. Le opportunità e i progressi sul fronte del diritto alla salute prefigurati da tale direttiva sono molto importanti, anche se, allo stesso tempo, i legislatori europei hanno sottolineato come i singoli stati rimangano

⁵² G. Zanini *et al.*, *Transnational Medical Spaces*, cit., p. 22.

⁵³ «Questa proposta ha seguito la discussione sulla “mobilità dei pazienti” che è iniziata nel 1998 quando la Corte europea di giustizia ha aggiunto alcuni principi al Regolamento (Eec) n. 1408/71 del 14 giugno del 1971, elaborato a proposito dell'applicazione degli schemi di sicurezza sociale alle persone assunte e alle loro famiglie che si spostavano all'interno dell'Unione» (*ibidem*, p. 21).

i responsabili ultimi per l'organizzazione e il finanziamento dei propri sistemi sanitari. Le zone d'ombra rimangono dunque molte, e soprattutto bisogna ricordare come tale direttiva riguardi solamente i migranti provenienti dall'interno dell'Unione europea, mentre esclude tutti gli extracomunitari.

Il transnazionalismo della cura è una dimensione centrale per molti migranti. Da questa realtà discende la necessità per gli operatori sanitari di conoscere questi profili e di essere consapevoli che esiste «un altro» mondo a cui si rivolge la loro utenza, un mondo che non sempre si integra con l'approccio biomedico di matrice occidentale.

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Conclusioni

Dal filone di ricerca del Laboratorio dei Diritti Fondamentali in cui la presente ricerca si colloca emerge come la vulnerabilità della popolazione migrante sia un concetto chiave per analizzare le tematiche connesse alla salute, poiché da essa discendono molti degli aspetti che rendono difficoltosa la piena realizzazione del diritto alla salute. Un altro concetto chiave emerso con forza è la rilevanza dei determinanti sociali della salute, confermata dai dati epidemiologici, dalle riflessioni dei professionisti impegnati nel settore ospedaliero e dall'esperienza dei migranti.

L'esperienza migratoria è spesso associata a significative disuguaglianze, alla povertà, al disagio abitativo, a uno scarso riconoscimento sociale e a numerose forme esplicite e implicite di discriminazione. Oltre a misurarsi con una consistente marginalità sul piano politico ed economico, il migrante deve fare fronte a una «marginalità culturale», che implica un faticoso processo di adattamento a una realtà nuova e spesso ostile. Non a caso la migrazione può essere pensata come una ferita che, parafrasando l'etnopsichiatra Roberto Beneduce, può essere profonda e drammatica o piccola e tollerabile a seconda delle circostanze, ma che, in ogni caso, crea una discontinuità nei referenti simbolici e relazionali e comporta una profonda trasformazione identitaria del soggetto.

Le asimmetrie che segnano il rapporto fra il migrante e la società di arrivo sono una fonte diretta di sofferenza sociale e vanno incontro a un processo di incorporazione: esse assumono forme concrete nelle patologie correlate alla povertà, alle condizioni di vita e di lavoro e nel disagio fisico e mentale che spesso segna la quotidianità dei migranti. Le sfavorevoli condizioni di vita della maggior parte degli stranieri nella società ospitante stanno alla base di una forma di «vulnerabilità strutturale» che incide negativamente sul diritto alla salute. Per questa ragione l'intreccio fra marginalità e vulnerabilità rappresenta il filo conduttore primario della nostra ricerca che in entrambe le sue fasi mostra una chiara interconnessione fra le varie forme di esclusione dello straniero e il suo benessere fisico e mentale.

Il diritto alla salute, così come definito e interpretato a livello internazionale, rappresenta il quadro concettuale all'interno del quale si collocano le nostre riflessioni e offre una cornice interpretativa per categorizzare, problematizzare e analizzare le questioni emerse sul campo. Il diritto alla salute può essere considerato come l'insieme di due categorie principali: il diritto all'assistenza medica o ai servizi sanitari (generalmente intesi come fornitura di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione) e il diritto alle precondizioni sottostanti la salute. L'iniquità delle condizioni sanitarie rilevate nelle testimonianze raccolte rende indispensabile intendere il diritto *alle migliori condizioni di salute raggiungibili* come un diritto inclusivo, che non si riduce all'assistenza medica tempestiva e adeguata, ma richiede anche una concreta attenzione ai determinanti sociali della salute.

Le disposizioni legislative di diritto nazionale in materia di salute e immigrazione costituiscono il primo discrimine che determina la reale possibilità di accedere ai servizi sanitari per un migrante e, di conseguenza, la possibilità di veder realizzato il proprio diritto alla salute. Queste norme – su cui ci siamo ampiamente soffermati nei primi capitoli – garantiscono la possibilità di accedere ai servizi sanitari e stabiliscono il tipo di servizi a cui si ha diritto. La descrizione delle norme – che prevedono azioni diverse per stranieri con status giuridici diversi – ci mette di fronte all'eterogeneità della categoria migranti. Questa espressione, infatti, raggruppa persone che hanno non solo status giuridici ma anche storie migratorie diverse, che hanno livelli variabili di capitale sociale per far fronte alle avversità dell'emigrazione, che sono portatrici di culture, convinzioni e visioni del mondo differenti e di diverse rappresentazioni del corpo e della salute.

Le disuguaglianze economiche rappresentano il principale determinante delle differenze di salute all'interno della città di Torino. Fra i nostri intervistati abbiamo incontrato persone in condizioni di povertà estrema e relativa, che rappresentano gli esempi più chiari dell'intreccio fra la marginalità sociale e il diritto alla salute. La povertà, oltre a incidere in modo diretto sulla qualità della vita, è connessa a gravi difficoltà nel processo di inserimento e integrazione che si manifestano, per esempio, nella fatica ad acquisire una buona padronanza linguistica, nella ridotta possibilità di accedere a spazi di partecipazione e nel minor accesso all'informazione. Tutti questi fattori tendono a restringere l'accesso ai servizi sanitari e a compromettere la qualità dell'incontro clinico, riducendo, nel contempo, l'autonomia del malato e il suo potere decisionale. In questi casi emerge anche una grave carenza informativa circa i propri diritti, che inevitabilmente si pone come un ostacolo insormontabile all'accessibilità dei servizi sanitari e alla realizzazione del proprio benessere.

Lo studio ha anche mostrato chiaramente che i migranti non possono essere considerati esclusivamente come fruitori passivi dei servizi sanitari. Abbiamo potuto constatare la presenza di un coinvolgimento attivo dei

migranti nella ricerca di soluzioni e strategie ai più comuni ostacoli al diritto alla salute. Queste risposte possono essere sia individuali (attraverso il ricorso ai mediatori interculturali o allo sviluppo di strategie transnazionali di salute) che collettive (tramite l'associazionismo migrante) e rappresentano risorse da valorizzare e promuovere nell'ottica di costruire un approccio più partecipe e responsabile alla salute.

La tutela della salute dei migranti e delle fasce più vulnerabili si scontra con una situazione di scarsità generale di risorse e con i tagli alla spesa pubblica. Ogni riflessione sull'argomento diritto oggi deve, quindi, tener conto dell'attuale crisi economica e degli interrogativi etici e politici sollevati dalle scelte in merito all'allocazione delle risorse disponibili. Come è stato rilevato nel corso della ricerca, i migranti sono spesso percepiti come concorrenti economici indesiderati in un momento di crisi. Questa immagine può tradursi nel timore che le iniziative in favore della tutela dei migranti possano, in qualche modo, sottrarre fondi che sarebbero necessari altrove o da cui potrebbero trarre beneficio i cittadini italiani. Questi timori, però, sono spesso fondati su considerazioni ideologiche astratte e non su valutazioni economiche mirate, in cui si confrontino il costo di un dato programma o progetto, e i potenziali costi che si genererebbero nel caso si decidesse di non intervenire. Tali valutazioni dovrebbero prendere in esame anche l'efficienza dell'iniziativa in questione, i benefici a lungo termine e le ricadute positive sul piano economico, con l'obiettivo di massimizzare le risorse disponibili all'interno dei vincoli delle limitazioni del budget. Questi aspetti, che non sono stati studiati nel presente volume, rappresentano un filone di approfondimento di centrale importanza per future ricerche.

Nel corso della seconda fase della ricerca, si è avuto modo di confermare pressoché tutte le conclusioni tratte al termine della prima fase¹. Gran parte dei problemi che erano stati individuati come cause della difficile realizzazione del diritto alla salute hanno trovato riscontro nelle esperienze riportate dalla popolazione migrante e osservate tramite la ricerca sul campo. Innanzitutto, sono stati confermati i problemi rispetto alla disponibilità e la qualità dei servizi sanitari, nonché alla capacità dei servizi sanitari di rispondere alla domanda di salute in un periodo di profonda crisi economica e di diminuzione delle risorse. Si è notato come molti servizi siano sempre più in difficoltà a fare fronte adeguatamente alle esigenze di salute della popolazione in generale, e delle categorie vulnerabili in particolare. Ne è un esempio la pressione posta sui Centri Isi, i quali lavorano con mezzi insufficienti in rapporto al numero di richieste di assistenza. Si è anche fatto riferimento agli effetti della diminuzione di risorse sui servizi di mediazione culturale. I mediatori spesso sono presenti in numeri ridotti e con orari di lavoro insuf-

¹ I. Biglino e A. Olmo, *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2014.

ficienti, e in alcuni casi sono stati sostituiti da servizi di mediazione telefonica o su chiamata, strutturalmente incapaci di svolgere un'azione efficace.

Allo stesso modo hanno trovato conferma buona parte dei problemi riscontrati in materia di accessibilità culturale dei servizi: le barriere linguistiche, le difficoltà di accesso a un sistema altamente burocratizzato e poco *user-friendly* e le difficoltà relazionali con alcune figure operanti nei servizi sanitari. Ad esempio, nella prima fase era emerso un rapporto spesso difficile con il personale dell'Urp, mentre in questa seconda fase si è riscontrato un problema particolare – specialmente per le donne lungo il percorso della gravidanza – con gli operatori sanitari (Oss). Parimenti, questa seconda fase della ricerca ha confermato i problemi relativi alla carenza di informazione tra la popolazione migrante, riscontrabile su diversi fronti tra cui l'informazione sui diritti, sull'esistenza dei servizi sanitari, sulle modalità di utilizzo dei servizi, sulle malattie, la prevenzione, le cure e gli stili di vita. In questo complesso quadro il tema della mediazione culturale rimane un nodo centrale.

Vale la pena sottolineare che l'utilizzo di due diversi approcci – incentrati sui fornitori dei servizi nella prima fase e sugli utenti stranieri nella seconda – ha fatto emergere anche differenze rilevanti. L'impiego di una metodologia antropologica ci ha spinto a dare rilevanza alle categorie usate dai soggetti e a notare, ad esempio, un diverso uso della categoria «cultura» da parte dei vari attori coinvolti. Tale concetto, spesso usato dagli operatori per spiegare gli atteggiamenti degli stranieri, è invece scarsamente evocato dai migranti stessi. Le differenze nell'uso del termine «cultura» sono indicative di due rischi, apparentemente opposti, in cui si può incorrere. Il primo è il rischio di un eccessivo «culturalismo» che porta a spiegare tutte le differenze alla luce di categorie culturali, trascurando le variabili sociali, le condizioni di povertà e di marginalità sociale. Il secondo rischio è quello di ignorare l'importanza di una analisi approfondita della cultura, che non si manifesta solo nella sfera delle pratiche esplicite e osservabili, ma anche nelle rappresentazioni del corpo, della salute e della malattia che sono, nella maggior parte dei casi, inconsapevoli e implicite. La categoria «cultura», dunque, ha una grande rilevanza nella tutela del diritto alla salute dei migranti, ma deve essere vista nella sua complessità e non può essere usata in modo acritico.

Nei capitoli centrali del volume abbiamo approfondito tre fra le principali aree in cui si concentra il bisogno sanitario dei migranti. In Italia nell'ambito materno-infantile, esaminato nel capitolo terzo, il diritto alla salute è adeguatamente tutelato sul piano normativo; l'assistenza nel percorso nascita è erogata in forma gratuita per un ampio numero di prestazioni ed è estesa a tutte le donne in gravidanza, italiane e straniere a prescindere dalla condizione di regolarità o irregolarità. Dal punto di vista clinico il quadro nazionale mostra una sostanziale equivalenza negli indicatori di qualità

nell'assistenza al parto, ma rivela disparità significative fra le donne italiane e straniere nell'assistenza in gravidanza e nel *post-partum*. Queste differenze non sono spiegabili né da un'impossibilità di accesso alle cure mediche per le donne straniere, né da criticità sotto il profilo della disponibilità dei servizi. Esse sono, invece, correlate alle problematiche sociali connesse all'esperienza migratoria che abbiamo già avuto modo di menzionare, quali la mancanza di informazione sui servizi socio-assistenziali, la minor disponibilità di reti familiari e sociali capaci di fornire sostegno nelle fasi più delicate, lo svantaggio economico, il basso livello di istruzione e la carenza di adeguate conoscenze e competenze in materia di *health literacy*.

Il maggior tasso di mortalità materna, perinatale, neonatale e infantile fra le donne e i bambini stranieri rispetto agli italiani rappresenta un preoccupante indicatore delle persistenti disuguaglianze fra i due gruppi e una grave conseguenza della «vulnerabilità strutturale» dei migranti. L'intreccio fra marginalità e vulnerabilità strutturale si evidenzia con chiarezza non solo fra chi è in una situazione di assoluta povertà, ma anche fra coloro che sono inseriti in una posizione subalterna nel mercato del lavoro. Per il migrante, il lavoro non rappresenta solo una fonte di reddito e un traguardo importante nel percorso di inserimento, ma sovente anche una condizione necessaria per soggiornare legalmente in Italia. Come descritto nel capitolo quarto, i dati disponibili sulla situazione lavorativa degli stranieri indicano chiaramente una distribuzione nel mercato del lavoro caratterizzata da forti elementi di svantaggio rispetto ai lavoratori autoctoni e una maggiore concentrazione nei cosiddetti «lavori delle 5 P»: pesanti, precari, pericolosi, poco pagati, penalizzati socialmente. In queste circostanze, il lavoratore straniero è più esposto a rischi connessi all'attività lavorativa e incontra maggiori difficoltà nella denuncia degli incidenti e delle malattie professionali, soprattutto se in situazione di irregolarità. Dallo studio emerge inoltre come l'attività lavorativa stessa possa costituire un *ostacolo* ad appropriati percorsi di cura nella misura in cui i lavoratori e le lavoratrici omettono di considerare problemi di salute al momento del reclutamento o, quando sono impiegati, accedono più difficilmente a percorsi di salute per non assentarsi dal lavoro.

Anche nell'area delle malattie infettive – indagata nel capitolo quinto – il nesso tra marginalità sociale e salute è emerso in maniera evidente. La popolazione immigrata è particolarmente vulnerabile perché spesso si confronta con difficili condizioni di vita, osservabili nelle precarie soluzioni abitative, nell'alimentazione povera, nella mancanza di lavoro o nell'impiego in lavori che espongono a un alto rischio di contagio, come la prostituzione. Queste condizioni concorrono all'insorgere delle malattie e, allo stesso tempo, sono ostacoli al loro superamento, poiché rendono difficile la continuità terapeutica, che è invece di fondamentale importanza per il superamento delle patologie infettive. La marginalità riguarda anche il piano relazionale: il forte

stigma morale che circonda queste malattie fa sì che le persone tengano nascosto il loro stato di salute, precludendosi la possibilità di appoggiarsi a quelle reti sociali comunitarie che in molti casi sono fondamentali nei processi di guarigione. I significati attribuiti a queste malattie dai migranti spesso divergono da quelli della sfera biomedica occidentale; ne deriva un grave problema di interpretazione e comunicazione tra operatori sanitari e pazienti. Sia la prevenzione che la cura dovrebbero basarsi su un complesso lavoro di traduzione culturale e di lotta alle disuguaglianze sociali.

Il capitolo sesto è stato dedicato a un tema che nelle due fasi della ricerca è emerso come risorsa essenziale nella tutela del diritto alla salute dei migranti, la mediazione interculturale. I mediatori hanno il compito di realizzare un'interpretazione bidirezionale che favorisca la comprensione reciproca e, in definitiva, faciliti la relazione. Essi conoscono in modo approfondito le normative e le procedure per far valere particolari diritti e aiutano concretamente il paziente a interagire con il sistema sanitario, favorendo l'accessibilità e l'accettabilità dei servizi.

Un altro soggetto che spesso svolge un compito di mediazione informale sono le associazioni di migranti. Esse giocano un ruolo ancora minimo nel campo della tutela della salute e del benessere, ciò nonostante un'osservazione da vicino del loro operato ci ha permesso di identificarle come agenti di accessibilità, accettabilità e *health literacy*. Il loro ruolo, discusso nel capitolo settimo, può essere inteso come un lavoro a favore dell'inclusione sociale e una forma di lotta a quella marginalità che può facilmente trasformarsi in disuguaglianza di salute. Seppur il loro sostegno sia aperto a tutti, è per le persone che si trovano in maggiore difficoltà che la loro presenza può diventare determinante. Alcuni esempi fondamentali riguardano l'accessibilità linguistica, l'accessibilità economica, l'offerta di mediazione, di formazione e informazioni. L'operato delle associazioni può influire positivamente sulla relazione tra utente e servizio contribuendo a rendere quest'ultimo più «accessibile» e «accettabile». In definitiva, la prospettiva adottata suggerisce che le associazioni possano essere luogo di accrescimento del capitale sociale dei migranti, elemento di fondamentale importanza poiché l'assenza di reti è stata identificata come un fattore di aumento dei rischi, in particolare di quelli connessi alla salute.

Nell'ultimo capitolo ci siamo soffermati sulle traiettorie transnazionali legate alla ricerca di salute, una sfera molto delicata del diritto poiché la relazione tra mobilità e cura interroga i sistemi di welfare, organizzati in riferimento a un unico contesto nazionale. Questo argomento non era centrale nella nostra analisi ma si è imposto con forza alla nostra attenzione perché evocato di frequente dai nostri interlocutori. Richiamare la molteplicità dei riferimenti geografici presenti nelle esperienze raccolte ci è parso fondamentale per rendere giustizia alla complessità delle esperienze vissute dai migranti. La mobilità transnazionale ci mette di fronte a fenomeni contem-

poranei dalle caratteristiche molto diverse tra loro: da un lato troviamo la mobilità della classe media che si sposta per accedere a minor prezzo a cure spesso non fondamentali (il cosiddetto «turismo medico»), da un altro troviamo la mobilità come scelta estrema per cercare cure non disponibili nel proprio paese di nascita o residenza e infine troviamo la mobilità come risorsa dei migranti che agiscono in un campo transnazionale fatto di riferimenti culturali e pratiche mediche radicate in una pluralità di contesti. La relazione che i migranti mantengono con il loro paese di origine in merito alle questioni mediche rivela che il viaggio e la mobilità possono configurarsi tanto come elementi che ampliano le possibilità di scelta dei migranti, quanto risorse da utilizzare in casi di estrema sfiducia nel sistema sanitario italiano o assenza degli strumenti linguistici e culturali necessari per affrontare la gestione di una malattia in Italia. In quest'ultimo caso, quindi, la mobilità è strettamente connessa a forme di diseguaglianza, esclusione sociale e all'impossibilità di accedere a cure culturalmente accettabili. Sia per chi esce dal proprio paese alla ricerca di cura, sia per chi vi fa ritorno, lo stimolo alla mobilità può risiedere in un variabile grado di disparità sociale che da un lato non prevede forme di welfare per le classi sociali più povere di diversi paesi del mondo e dall'altro non permette ai migranti un uso soddisfacente dei servizi nei paesi d'arrivo.

La nostra ricerca ci ha permesso di raccogliere anche numerose esperienze positive e di identificare delle buone pratiche, alcune più recenti e innovative, altre più note e consolidate. Successivamente al primo rapporto di ricerca, alcune modifiche normative hanno migliorato la situazione della popolazione migrante, specialmente per i migranti irregolari. Si fa riferimento, in particolare, all'accordo Stato-Regioni che ha disposto il diritto di iscrizione al Ssn di tutti i minori, ivi compresi i minori irregolari. È da sottolineare l'importanza di una cornice normativa inclusiva in materia sanitaria, che trova come primi e più saldi sostenitori gli stessi operatori sanitari e le associazioni attive nel settore.

Vale anche la pena di evidenziare gli sforzi dei servizi per articolare percorsi assistenziali complessi, che richiedono una notevole flessibilità da parte degli operatori. Un esempio molto interessante di questo approccio, che già nel corso della prima fase della ricerca era emerso come particolarmente importante, è rappresentato dal progetto di assistenza integrato *Mamma+*, rivolto a donne sieropositive in gravidanza e ai loro figli fino al compimento del primo anno di età. Il progetto nasce dalla collaborazione di enti e di figure professionali differenti, come medici, assistenti sociali ed educatori, e prevede la presa in carico e l'accompagnamento globale della coppia mamma-bambino. Nel progetto si presta attenzione non solo alla salute in senso stretto, ma anche a tutte le altre dimensioni che concorrono a determinare il benessere delle pazienti, come la dimensione lavorativa, quella abitativa e quella socio-educativa dei figli.

Un'altra buona pratica, sempre nel settore della salute materno-infantile, è rappresentata dal progetto *Salone delle mamme*, uno spazio gestito dai volontari dell'Associazione Camminare insieme dove mamme in situazione di fragilità sociale ed economica possono trovare assistenza pediatrica per i loro figli. All'interno del salone vengono forniti aiuti materiali, come pannolini o medicinali, e le donne possono confrontarsi su diversi aspetti che riguardano la quotidianità e la gestione dei figli. Tra i risultati più importanti del progetto vi è stato quello di avvicinare ai servizi un gruppo particolarmente marginalizzato, le donne rom che vivono nei campi spontanei della città. Il salone delle mamme non vuole sostituirsi alla sanità pubblica, ma piuttosto lavorare in rete e informare indirizzando le utenti agli altri servizi disponibili gratuitamente sul territorio.

Va dato risalto al ruolo del lavoro in rete, che contribuisce a creare raccordi fra vari ambiti dei servizi e permette di attivare sinergie fra il settore pubblico e il privato sociale, di riconoscere tempestivamente problematiche emerse sul terreno e di programmare strategie congiunte di intervento. Come abbiamo evidenziato in più occasioni, i Gruppi immigrazione e salute (Gris) rappresentano un ottimo esempio di questo modello operativo. Il lavoro di rete nella città di Torino è caratterizzato da un forte ruolo del privato sociale che, oltre ad essere una risorsa fondamentale per garantire l'accesso e la gratuità dell'assistenza ai migranti, è un ambito di innovazione e di progettualità. Tra le buone pratiche possiamo anche evidenziare la crescente offerta formativa in materia di immigrazione e salute e, in particolare, le esperienze di formazione reciproca e di *peer education*, che favoriscono un coinvolgimento attivo dei migranti.

Queste buone pratiche rappresentano traguardi di rilievo nella tutela del diritto alla salute dei migranti e nella costruzione di un sistema sanitario inclusivo. Che cosa intendiamo, però, quando parliamo di un sistema sanitario inclusivo? Si tratta di una domanda ampia e spesso data per scontata, a cui bisognerebbe invece dare maggior peso e rilevanza. Sebbene non ci siano risposte univoche, ci sembra di poter dire che, nel nostro percorso di ricerca, le basi fondamentali dell'inclusione siano la possibilità di accesso ai servizi sanitari, l'attenzione ai determinanti sociali della salute e l'acquisizione da parte dell'istituzione di una maggiore «competenza culturale». Resta, comunque, aperta la questione della differenza culturale o religiosa, che può allontanare la persona dai percorsi previsti dal sistema sanitario o portare i singoli a fare delle scelte diverse rispetto a quelle considerate ottimali dall'Organizzazione mondiale della sanità. In questi casi sembra necessario riformulare di volta in volta il concetto di inclusione e co-costruire i percorsi di salute attraverso la partecipazione attiva dei migranti stessi.

Bibliografia

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Bibliografia

- Agenzia europea dei diritti fondamentali (Fra), *Migrants in an Irregular Situation Employed in Domestic Work: Fundamental Rights Challenges for the European Union and its Member States*, Luxemburg, Publications Office of the European Union, 2011.
- Agudelo-Suárez, A.A., Gil-González, D. e Vives-Cases, C., *A Metasynthesis of Qualitative Studies Regarding Opinions and Perceptions about Barriers and Determinants of Health Services' Accessibility in Economic Migrants*, in «BMC Health Service Research», vol. 12, 2012, n. 1, pp. 461-470.
- Alietti, A. e Padovan, D. (a cura di), *Metamorfosi del razzismo. Antologia di testi su distanza sociale, pregiudizio e discriminazione*, Milano, Franco Angeli, 2005.
- Allasino, E., Andolina, L., Sisti, M. e Valetti, R., *Promuovere la mediazione culturale in Piemonte. La valutazione di una politica regionale per diffondere la mediazione culturale nelle amministrazioni pubbliche piemontesi*, Torino, Ires, 2006.
- Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Report on Austerity Measures and Economic and Social Rights*, UN Doc. E/2013/82, 7 maggio 2013.
- Alunni, L., *La morale delle avvertenze. Circolazione, uso e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», n. 35-36, 2012, pp. 41-63.
- Ambrosini, M., *Senza distinzioni di razza: terzo settore e integrazione degli immigrati*, in «Sociologia e Politiche Sociali», 2000, n. 3, pp. 127-152.
- *Dentro il welfare invisibile: Aiutanti domiciliari immigrate e assistenza agli anziani*, in «Studi emigrazione», n. 159, 2005, pp. 561-595.
- *Scelte solidali. L'impegno per gli altri in tempi di soggettivismo*, Bologna, Il Mulino, 2005.
- Asher, J., *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, London, Commonwealth Medical Trust, 2004.
- Assemblea generale delle Nazioni Unite, *Resolution 217 A (III), Universal Declaration of Human Rights*, UN Doc. A/810, adottata il 10 dicembre 1948.
- *Convenzione internazionale sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale*, United Nations, Treaty Series, vol. 660, adottata il 21 dicembre 1965.
- *Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, adottata il 18 dicembre 1979.
- *Convenzione sui diritti del fanciullo*, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, adottata il 20 novembre 1989.

- *Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie*, UN Doc. A/RES/45/158, adottata il 18 dicembre 1990.
 - *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, UN Doc. A/RES/61/106, adottata il 13 dicembre 2006.
 - *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc. A/62/214, 8 agosto 2007.
 - *International Migration and Development, Report of the Secretary-General*, UN Doc. A/69/207, 30 giugno 2014.
 - *Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants*, Doc. A/69/302, 11 agosto 2014.
- Associazione 21 Luglio, *Mia madre era rom. Le adozioni dei minori rom in emergenza abitativa nella regione Lazio (2006-2012)*, Roma, 2013.
- Baldassar, L., *Too Sick to Move: Distant «Crisis» Care in Transnational Families*, in «International Review of Sociology», vol. 24, 2014, n. 3, pp. 391-405.
- Bartole, S. e Bin, R. (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, 2008.
- Baumann, G., *Contesting Culture. Discourse of Identity in Multi-ethnic London*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
- Bena, A. e Giraud, M., *Occupational Injury Risk in Immigrant Workers in Italy: Differences in Work Characteristics and Age*, in «Epidemiologia e Prevenzione», 38, 2014, nn. 3-4, pp. 208-218.
- Beneduce, R., *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Milano, Franco Angeli, 2004.
- *Corpi e saperi indocili. Guarigione stregoneria e potere in Camerun*, Torino, Bolidati Boringhieri, 2010.
- Berzano, L., Genova, C., Introvigne, M., Ricucci, R. e Zoccatelli, P., *Cinesi a Torino. La crescita di un arcipelago*, Bologna, Il Mulino, 2010.
- Bichi, R. e Bracalenti, R. (a cura di), *Il lavoro che ferisce. Esperienze di riabilitazione degli immigrati in Lombardia*, Quaderni Ismu, 2, Milano, Fondazione Ismu, 2012.
- Biglino, I. e Olmo, A., *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2014.
- Bilecen, B. e Tezcan-Güntekin, H., *Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants*, Comcad Working Paper, n. 127, Bielefeld, Comcad, 2014.
- Blangiardo, G.C. (a cura di), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La decima indagine regionale, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multiethnicità*, Milano, Regione Lombardia e Fondazione Ismu, 2011.
- Bramanti, D. e Carrà, E. (a cura di), *Buone pratiche nei servizi alla famiglia. Famiglie fragili e famiglie con anziani non autosufficienti*, Roma, Osservatorio nazionale per la famiglia, eBook, 2011.
- Brown, C., Harrison, D., Burns, H. e Ziglio, E., *Governance for Health Equity. Taking forward the Equity Values and Goals of Health 2020 in the WHO European Region*, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013.
- Bryceson, D. e Vuorela, U. (a cura di), *The Transnational Family: New European Frontiers and Global Networks*, New York, Berg, 2002.

- Bustreo, F., Hunt, P. *et al.* (a cura di), *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights*, Geneva, World Health Organization, 2013.
- Calafà, L., *Migrazione economica e contratto di lavoro degli stranieri*, Bologna, Il Mulino, 2012.
- Cangiano, A., *Immigration Policy and Migrant Labour Market Outcomes in the European Union: New Evidence from the EU Labour Force Survey*, Torino, Fieri Working Paper, 2012.
- Caselli, M., *Flussi globali, integrazione locale: il caso delle associazioni di migranti in provincia di Milano*, in «Mondi Migranti», vol. 2, 2008, pp. 109-129.
- Caselli, M. e Grandi, F., *Volti e percorsi delle associazioni di immigrati in Lombardia*, Milano, Osservatorio regionale per l'integrazione e multietnicità della Regione Lombardia, 2011.
- Castagnone, E., *Il lavoro immigrato: la prospettiva delle imprese*, in *Non solo braccia. Un'indagine sull'impiego di lavoro immigrato nelle imprese del torinese*, Torino, Fieri-Cciao, Camera di Commercio di Torino, 2012.
- Castagnone, E., Salis, E. e Premazzi, V., *Promoting Integration for Migrant Domestic Workers in Italy*, International Migration Papers n. 115, International Migration Programme, Geneva, International Labour Office, 2013.
- Castro, A. e Farmer, P., *Understanding and Addressing Aids-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti*, in «American Journal of Public Health», vol. 95, 2005, n. 1, pp. 53-59.
- Cavallo Perin, R., Lenti, L., Racca, G.M. e Rossi, A. (a cura di), *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2010.
- Ccm, Mamre, Tavola di Babele, *Progetto Aracne: Rapporto finale e ricerca*, 2012.
- Ceccatelli Gurrieri, G., *Mediare culture. Nuove professioni tra comunicazione e intervento*, Roma, Carocci, 2003.
- Censis, *Percorsi di prevenzione per la messa in sicurezza dei lavoratori domestici*, 2009.
- Cesareo, V. e Introini, F. (a cura di), *Istituzioni comunitarie e società civile. In dialogo per l'Europa*, Milano, Vita e Pensiero, 2008.
- Ceschi, S., *Associazionismo migrante e welfare dal basso. Riflessioni di una conversazione con Hamat Diagne, presidente dell'Associazione Senegalesi Bergamaschi*, in *Welfare transnazionale. La frontiera esterna delle politiche sociali*, a cura di F. Piperno e M. Tognetti Bordogna, Roma, Ediesse, 2012.
- Chenal, R., *Il diritto alla salute e la Convenzione europea dei diritti dell'uomo*, in *I diritti sociali come diritti della personalità*, a cura di R. Cavallo Perin, L. Lenti, G.M. Racca e A. Rossi, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2010, pp. 75-96.
- Cingolani, P., *Koming from Naija to Torino: esperienze nigeriane di immigrazione e di fede*, in *Più di un sud. Studi antropologici sull'immigrazione a Torino*, a cura di P. Sacchi e P. Viazzo, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 120-154.
- *L'imprevedibile familiarità della città: luoghi e percorsi significativi dei migranti nigeriani a Torino*, in *Stranieri in Italia. Reti migranti*, a cura di F. Decimo e G. Sciortino, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 59-88.
- Cingolani, P. e Ricucci, R. (a cura di), *Transmediterranei. Generazioni a confronto tra Italia e Nord Africa*, Torino, Accademia University Press, 2014.
- Città di Torino, *Annuario statistico della Città di Torino*, 2013, <http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/annuario/2013>.

- Clapham, A. e Robinson, M. (a cura di), *Realizing the Right to Health, Swiss Human Rights Book*, vol. III, Bern, Ruffe & Rub, 2009.
- Cnel, *Il ruolo degli immigrati nel mercato del lavoro italiano*, Roma, Onc e Cnel, 2012.
- Coffano, E., Del Savio, M. e Mondo, L. (a cura di), *Rapporto: Stranieri e salute*, Regione Piemonte, Assessorato alla tutela della salute e sanità, politiche sociali e politiche per la famiglia, 2012, <http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/stranieri/2012/pdf/24-stranieri-e-salute.pdf>.
- Colombo, A. (a cura di), *Stranieri in Italia. Figli, lavoro, vita quotidiana*, Bologna, Il Mulino, 2013.
- Comitato consultivo della Convenzione quadro per la protezione delle minoranze nazionali, *Second Opinion on Italy*, ACFC/INF/OP/I(2002)007, adottato il 24 febbraio 2005.
- Comitato delle Nazioni Unite per i diritti dei lavoratori migranti e i membri delle loro famiglie, *General Comment No. 1 on migrant domestic workers*, UN Doc. CMW/C/GC/1, 23 febbraio 2011.
- Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)*, UN Doc. A/54/38/Rev.1, 19 gennaio-5 febbraio 1999.
- Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione razziale, *General Recommendation No. 30, Discrimination against Non-Citizens*, UN Doc. CERD/C/64/Misc.11/rev.3, 10 gennaio 2004.
- *Concluding Observations on Italy*, UN Doc. CERD/C/ITA/CO/15, 16 maggio 2008.
- Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, *General Comment 3, HIV/ Aids and the Rights of the Child*, UN Doc. CRC/GC/2003/1, 17 marzo 2003.
- Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14. The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 agosto 2000.
- Commissione europea, *Roma Health Report. Health Status of the Roma Population. Data Collection in the Member States of the European Union*, Bruxelles, 2014.
- Commissione europea contro il razzismo e l'intolleranza, *Approccio paese per paese dell'EcRI. Rapporto sull'Italia*, CRI(1998)48, 15 giugno 1998.
- *Secondo rapporto sull'Italia*, CRI(2002)4, 23 aprile 2002.
- *Terzo rapporto sull'Italia*, CRI(2006)19, 16 maggio 2006.
- *Rapporto dell'EcRI sull'Italia (quarto ciclo di monitoraggio)*, CRI(2012)2, 21 febbraio 2012.
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, *Riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale*, Roma, 8 aprile 2009.
- Consiglio d'Europa, *Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*, STCE n. 5, Roma, 4 novembre 1950.
- *Carta sociale europea (riveduta)*, STCE n. 163, Strasburgo, 3 maggio 1996.
- *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, STCE n. 164, Oviedo, 4 aprile 1997.
- *The Right To Health and the European Social Charter, Information Document Prepared by the Secretariat of the ESC*, Strasbourg, ESC, 2009.

- Consiglio d'Europa, Commissario per i diritti umani, *Memorandum by Thomas Hammarberg Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his Visit to Italy on 19-20 June 2008*, CommDH(2008)18, 28 luglio 2008.
- *Report by Thomas Hammarberg, Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his Visit to Italy on 13-15 January 2009*, CommDH (2009)16, 16 aprile 2009.
- *Report by Nils Muižnieks Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his Visit to Italy from 3 to 6 July 2012*, CommDH (2012)26, 18 settembre 2012.
- Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, *Politiche per la mediazione culturale, formazione ed impiego dei mediatori culturali*, 2009, http://www.cnel.it/271?shadow_documento_altri_organismi=3010.
- *Mediazione e mediatori interculturali: indicazioni operative*, 2009, http://www.cnel.it/271?shadow_documento_altri_organismi=3366.
- Crooks, V.A., Kingsbury, P., Snyder, J. e Johnston, R., *What is Known about the Patient's Experience of Medical Tourism? A Scoping Teview*, in «BMC Health Services Research», vol. 10, 2010.
- Csordas, T.J., *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, in «Ethos», vol. 18, 1990, n. 1, pp. 5-47.
- Dacquino, S. e Bergallo, A., *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, Torino, LDF e Regione Piemonte, 2012.
- Da Lio, A. e Spagna, F., «Un codice così bianco». *Aspetti antropologici del triage in una ricerca sulle «priorità» presso il Pronto Soccorso di un ospedale veneto*, in «Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», 35-36, 2013, pp. 187-205.
- Dal Lago, A., *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Milano, Feltrinelli, 2004.
- Davis-Floyd, R., *The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth*, in «International Journal of Gynecology & Obstetrics», 75, 2000, pp. 5-23.
- Davis-Floyd, R. e Fishel Sargent, C., *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press, 1997.
- Decimo, F. e Sciortino, G. (a cura di), *Stranieri in Italia. Reti migranti*, Bologna, Il Mulino, 2006.
- Demaria, M., *La gestione integrata dei dati demografici e sanitari: l'esempio dello Studio longitudinale torinese*, in *Disuguaglianze sociali e di salute*, a cura di A. Pullini, Quaderni Ismu, Milano, Fondazione Ismu, 2011, pp. 101-128.
- Easthope, H., *A Place Called Home*, in «Housing, Theory and Society», 21, 2004, pp. 128-138.
- Eide, A., *Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights*, in *Economic, Social and Cultural Rights. A Textbook*, a cura di A. Eide, C. Krause e A. Rosas, Dordrecht-London, Martinus Nifhoff, 1995, pp. 9-28.
- Eide, A., Krause, C. e Rosas, A. (a cura di), *Economic, Social and Cultural Rights. A Textbook*, Dordrecht-London, Martinus Nifhoff, 1995.
- Errc, *Ambulance not on the Way. The Disgrace of Health Care for Roma in Europe*, Budapest, 2006.

- Fardon, R. (a cura di), *Counterworks: Managing the Diversity of Knowledge*, London, Routledge, 1995, pp. 143-164.
- Farmer, P., *Public Health Matters*, in «American Journal of Public Health», 89, 1999, n. 1, pp. 1042-1048.
- Ferrera, M. e Maino, F., *Il «secondo welfare» in Italia: sfide e prospettive*, in «Italia-nieuropei», 2011, n. 3, pp. 17-22.
- Ferrero, L., *Generi, generazioni e famiglie in movimento tra le due sponde*, in *Transmediterranei. Generazioni a confronto tra Italia e Nord Africa* a cura di P. Cingolani e R. Ricucci, Torino, Accademia University Press, 2014, pp. 36-55.
- Ferrua, S. e Giovannone, M. (a cura di), *Salute e sicurezza dei lavoratori: il caso dei servizi sanitari di assistenza alla persona*, Modena, Dossier Adapt n. 12, 2009, p. 6.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holtona, S. e Holmes, W., *Prevalence and Determinants of Common Perinatal Mental Disorders in Women in Low- and Lower-Middle-Income Countries: A Systematic Review*, in «Bulletin of the World Health Organization», 2011, http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en.
- Frazer, H. e Marlier, E., *Promoting the Social Inclusion of Roma*, Ceps e Instead, coll. European Network of Independent Experts on Social Inclusion, 2011, n. 3.
- Fsg Health Area, *Health and the Roma Community, Analysis of the Dituation in Europe*, Madrid, Fundación Secretariado Gitano, 2009.
- Fujimura, M., *The Welfare State, the Middle Class, and the Welfare Society*, in «Review of Population and Social Policy», 9, 2000, pp. 1-23.
- Galossi, E., *L'impatto della crisi sulle condizioni di vita e di lavoro degli immigrati: un'indagine dell'Associazione Bruno Trentin*, Roma, Associazione Bruno Trentin, Ires, 2013.
- Gardner, K. e Grillo, R., *Transnational Households and Ritual: An Overview*, in «Global Networks», 2, 2002, pp. 179-190.
- Geertz, C., *The Interpretation of Cultures*, New York, Basic Books, 1973, trad. it. *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- Geraci, S., Bonciani, M. e Martinelli, B., *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, Caritas Diocesana, 2010.
- Geyer, S. e Peter, R., *Income, Social Position, Qualification and Health Inequalities-competing Risk?*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», vol. 54, 2000, n. 4, pp. 299-305.
- Giovannone, M. e Spattini, S., *Lavoro in ambiente domestico, telelavoro e lavoro a progetto: linee guida e buone prassi per la prevenzione dai rischi, anche in chiave comparata, alla luce della riforma del mercato del lavoro in Italia*, Progetto di ricerca finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Adapt, 2009, p. 307, http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/Documents/08_RAPPORTO_IT.pdf.
- Glick Schiller, N., Basch, L. e Blanc-Szanton, C., *Towards a Transnationalization of Migration: Race, Class, Ethnicity and Nationalism Reconsidered*, in «The Annals of the New York Academy of Sciences», vol. 645, 1992, pp. 1-24.
- Glinos, I.A., Baeten, R., Helble, M. e Maarse, H., *A Typology of Cross-border Patient Mobility*, in «Health Place», vol. 16, 2010, pp. 1145-1155.

- Golini, A., *L'immigrazione straniera: indicatori e misure di integrazione*, Bologna, Il Mulino, 2006.
- Hannerz, U., *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*, New York, Columbia University Press, 1992, trad. it. *La complessità culturale. L'organizzazione sociale del significato*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- Hannum, H., *The Status of the Universal Declaration of Human Rights in National and International Law*, in «Georgia Journal of International and Comparative Law», 25, 1995-1996, pp. 287-314.
- Henderson, J., *Healthcare Tourism in Southeast Asia*, in «Tourism Review International», 7, 2004, pp. 111-121.
- Horowitz, M.D., Rosensweig, J.A. e Jones, C.A., *Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace*, in «MedGenMed», 9, 2007, n. 4.
- Hunt, P. e Backman, G., *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, in *Realizing the Right to Health. Swiss Human Rights Book*, vol. III, a cura di A. Clapham e M. Robinson, Bern, Ruffe & Rub, 2009, pp. 40-59.
- Inail, Dipartimento di Medicina del Lavoro, *Immigrazione, salute e lavoro*, 2012, http://www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_portstg_100854.pdf.
- *Rapporto annuale 2011*, parte IV, 2012, p. 27.
- *Malattie professionali. Indirizzi operativi per l'emersione e la prevenzione*, Azienda Ulss 12 Veneziana, 2013.
- Inhorn, M.C., *Diasporic Dreaming: Return Reproductive Tourism to the Middle East*, in «Reproductive BioMedicine Online», vol. 23, 2011, pp. 582-591.
- Ispesl, *Indagine pilota conoscitiva sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro relativa ad una realtà regionale: Veneto*, Roma, 2006.
- *Stress & Burnout: come riconoscere i sintomi e prevenire il rischio. Guida per operatori sanitari*, Roma, Dipartimento di Medicina del Lavoro, Centro Ricerche di Monte Porzio Catone, 2008.
- Istat, *La misura dell'occupazione irregolare nelle stime di contabilità nazionale*, 2011.
- *Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti*, pubblicato il 27 novembre 2013.
- *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*, pubblicato il 15 gennaio 2014.
- *Gravidanza, parto e allattamento al seno*, pubblicato martedì 9 dicembre 2014.
- *Rapporto annuale 2014. La situazione del paese*, 2014.
- *Salute e sicurezza sul lavoro*, Statistiche Report, Anno 2013, 2014.
- *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011-2012*, Ministero della salute, 2014.
- Istituto superiore di sanità, *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da Hiv e dei casi di Aids in Italia al 31/12/2013*, in «Supplemento del Notiziario dell'Istituto superiore di sanità», vol. 27, 2014, n. 9.
- Jordan, B., *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Montreal, Eden Press Women's Publications, 1980, trad. it. *La nascita in quattro culture. Atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, Milano, Emme Edizioni, 1983.

- Kangas, B., *Traveling for Medical Care in a Global World*, in «Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness», vol. 29, 2010, n. 4.
- Kawachi, I., *Social Capital and Community Effects in Population and Individual Health*, in «Annals of the New York Academy of Sciences», 896, 1999, pp. 120-130.
- Kettler, S., *Preparing for Motherhood: Authoritative Knowledge and the Undercurrents of Shared Experience in Two Childbirth Education Courses in Cagliari, Italy*, in «Medical Anthropology Quarterly», 14, 2000, n. 22, pp. 138-158.
- Kleinman, A., Das, V. e Lock, M. (a cura di), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press, 1997.
- Krause, K., *Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London*, in «Journal of Ethnic and Migration Studies», vol. 34, 2008, n. 2, pp. 235-251.
- Lauria, L. e Andreozzi, S. (a cura di), *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, Roma, Istituto superiore di sanità, Rapporti Istituzionali 11/12, 2011.
- Lauria, L., Forcella, E., Lamberti, A., Bucciarelli, M., Andreozzi, S. e Grandolfo, M.E., *Indagini sul percorso nascita delle donne straniere, in Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, a cura di L. Lauria e S. Andreozzi, Roma, Istituto superiore di sanità, Rapporti Istituzionali 11/12, 2011, pp. 65-115.
- Lauria, L., Lamberti, A., Buoncristiano, M., Bonciani, M. e Andreozzi, S. (a cura di), *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Roma, Istituto superiore di sanità, Rapporti Istituzionali 12/39, 2012.
- Lazzarini, G. e Santagati, M., *Anziani, famiglie e assistenti. Sviluppi del welfare locale tra invecchiamento e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- Lazzarini, G., Santagati, M. e Bollani, L., *Tra cura degli altri e cura di sé. Percorsi di inclusione lavorativa delle assistenti familiari*, Milano, Franco Angeli, 2007.
- Lee, J.Y., Kearns, R.A. e Friesen, W., *Seeking Affective Health Care: Korean Immigrants' Use of Homeland Medical Services*, in «Health & Place», vol. 16, 2010, pp. 108-115.
- Lock, M. e Scheper-Hughes, N., *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, in «Medical Anthropology Quarterly», 1, 1987, n. 1, pp. 6-41.
- Longhi, S., Ricciardi, W., Merialdi, M., Benagiano, G., Bustreo, F., Hunt, P. e Sander, G., *Women's and Children's Health in Italy, in Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights*, a cura di F. Bustreo, P. Hunt et al., Geneva, World Health Organization, 2013.
- Lynch, J., Smith, G.D., Harper, S. e Hillemeier, M., *Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 2. US National and Regional Trends in Income Inequality and Age and Cause Specific Mortality*, in «The Milbank Quarterly», vol. 82, 2004, n. 2, pp. 355-400.
- Madianou, M. e Miller, D., *Migration and the New Media: Transnational Families and Polymedia*, London, Routledge, 2012.
- Mainil, T., *Transnational Health Care and Medical Tourism: Understanding 21st Century Patient Mobility*, Nieuwegein, Nrit Media, 2012.
- Maltana, M., Tomaciello, M.L. e Congia, A., *Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro*

- ro, in *Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino: rapporto 2012*, Prefettura di Torino, 2013.
- Mantovan, C., *Immigrazione e cittadinanza: autorganizzazione, partecipazione e rappresentanza degli immigrati in Veneto*, in *Giovani sociologi 2005* a cura di Ais, Napoli, Civis, 2006.
- Marcon, G. e Scilletta, C., *Il ruolo del welfare civile nel welfare mix. Bisogni non evasi dal welfare pubblico*, Osservatorio di Economia Civile, Camera di Commercio di Treviso, 2010.
- Matthews, G., Desmond, P.A. e Hancock, P.A. (a cura di), *The Handbook of Operator Fatigue*, Burlington, Ashgate, 2012.
- Mauss, M., *Les techniques du corps*, in «Journal de Psychologie», vol. 32, n. 2, 1936, trad. it. *Le tecniche del corpo*, in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 1965, pp. 386-409.
- Minelli, M., *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, Perugia, Morlacchi University Press, 2007.
- Ministero della salute, *Piano sanitario nazionale 1998-2000*.
- *Piano sanitario nazionale 2006-2008*.
- *Piano nazionale prevenzione 2010-2012*.
- *Piano sanitario nazionale 2011-2013*.
- *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/1978)*, 2013.
- Ministero della salute e Istituto superiore di sanità, *Linea guida 22. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, 2012.
- Mladovsky, P., *Research Note: To What Extent are Roma Disadvantaged in Terms of Health and Access to Health Care? What Policies have been Introduced to Foster Health and Social Inclusion?*, LSE e Commissione europea, 2007.
- Monasta, L., Erenbourg, A., Restaino, S., Lutje, V. e Ronfani, L., *Review of the Scientific Literature on the Health of the Roma and Sinti in Italy*, in «Ethnicity and Diseases», vol. 22, 2012, n. 3, pp. 367-371.
- Mosconi, G. e Riva, M.M., *Immigrati e salute in edilizia: risultati di una indagine sanitaria su un campione di lavoratori edili della provincia di Bergamo*, in «Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia», 33, 2011, n. 2, pp. 33-36.
- Moullan, Y. e Jusot, F., *Why is the «Healthy Immigrant Effect» Different between European Countries?*, in «European Journal of Public Health», vol. 24, 2014, n. 1, pp. 80-86.
- Murphy, E.J. e Mahalingam, R., *Transnational Ties and Mental Health of Caribbean Immigrants*, in «Journal of Immigrant Health», vol. 6, 2004, n. 4, pp. 166-178.
- Nacu, A., *The Politics of Roma Migration: Framing Identity Struggles among Romanian and Bulgarian Roma in the Paris Region*, in «Journal of Ethnic and Migration Studies», vol. 37, 2011, n. 1, pp. 135-150.
- Organizzazione delle Nazioni Unite, *The United Nations Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, 2006, Joint Fact Sheet WHO/OHCHR/323, agosto 2007 (rivista e integrata nel novembre 2013).
- Organizzazione internazionale del lavoro, *C155 – Occupational Safety and Health*

- Convention*, 1981 (No. 155), *Convention concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment*, Geneva, International Labour Office, 22 giugno 1981.
- C161 – *Occupational Health Services Convention*, 1985 (No. 161), *Convention Concerning Occupational Health Services*, Geneva, 25 giugno 1985.
 - *Domestic Workers across the World: Global and Regional Statistics and the Extent of Legal Protection*, Geneva, International Labour Office, 2010.
 - *Decent Work for Domestic Workers*, International Labour Conference, 100th Session, Report IV(1), Geneva, International Labour Office, 2011.
 - C189 – *Domestic Workers Convention*, 2011 (No. 189), *Convention Concerning Decent Work for Domestic Workers*, Geneva, International Labour Office, 16 giugno 2011.
 - R201 – *Domestic Workers Recommendation*, 2011 (No. 201), *Recommendation Concerning Decent Work for Domestic Workers*, Geneva, International Labour Office, 16 giugno 2011.
 - *Domestic Workers across the World: Global and Regional Statistics and the Extent of Legal Protection*, Geneva, International Labour Office, 2013.
- Organizzazione mondiale della sanità, *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità*, 22 luglio 1946, Official Records of the World Health Organization, n. 2, 1948, p. 100.
- Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa e Alto Commissario per le minoranze nazionali, *Assessment of the Human Rights Situation of Roma and Sinti in Italy, Report of a Fact Finding Mission to Milan, Naples and Rome on 20-26 July 2008*, Varsavia, L'Aia, marzo 2009.
- Osservazione, *EU Values: The Roma Migration Challenge. Italy Report*, Roma, 2009, http://www.osservazione.org/it/3_6/eu-values-the-roma-migration-challenge.htm.
- Osteria, T., Carrillo, D. e Sarti, A., *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*, Manila, De La Salle University Publishing House for the Asia-Europe Foundation (Asef), 2013.
- Parker, R. e Aggleton, P., *Hiv and Aids-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action*, in «Social Science & Medicine», 57, 2003, pp. 13-24.
- Parkin, D., *Latticed Knowledge: Eradication and Dispersal of the Unpalatable in Islam, Medicine and Anthropological Theory*, in *Counterworks: Managing the Diversity of Knowledge*, a cura di R. Fardon, London, Routledge, 1995, pp. 143-164.
- Pasqualini, C., Bugiani, M. e De Micheli, V., *La tubercolosi in Piemonte, Rapporto 2013*, Alessandria, Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (Seremi), Asl Alessandria, 2013.
- Pasqualini, C., Di Pietrantonj, C. e De Micheli, V., *HIV e AIDS in Piemonte, Rapporto 2013*, Alessandria, Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (Seremi), Asl Alessandria, 2013.
- Pasquinelli, S., *Un sociale senza stato?*, in «Prospettive sociali e sanitarie», 7, 2011, http://www.qualificare.info/upload/Pasquinelli_PSS1107.pdf.

- Pasquinelli, S. e Rusmini, G., *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Milano, Istituto per la Ricerca Sociale, 2008.
- Pastore, F. e Ponso, I. (a cura di), *Concordia discors*, Roma, Carocci, 2013.
- Pastore, F., Salis, E. e Villosio, C., *L'Italia e l'immigrazione «low cost»: fine di un ciclo?*, in «Mondi Migranti», 19, 2013, n. 1, pp. 151-172.
- Piasere, L., *I Rom d'Europa. Una storia moderna*, Roma-Bari, Laterza, 2004.
- Piperno, F. e Tognetti Bordogna, M. (a cura di), *Welfare transnazionale. La frontiera esterna delle politiche sociali*, Roma, Ediesse, 2012.
- Ponso, I. (a cura di), *Il nuovo care mix. Realtà e prospettive della cura agli anziani, tra pubblico (locale) e privato (transnazionale)*, Torino, Rapporti di ricerca Fieri, 2014, http://fieri.it/wp-content/uploads/2014/04/Il-nuovo-care-mix_prefazione.pdf.
- Prefettura di Torino, *Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino: rapporto 2012*, 2013.
- Presidenza del Consiglio dei ministri e Comitato nazionale per la bioetica, *La terapia del dolore. Orientamenti bioetici*, documento approvato il 30 marzo 2001.
- Prestileo, T., Cassarà, G., Di Lorenzo, F., Sanfilippo, A., dalle Nogare, E.R. e Orlando, G., *Salute e malattie infettive nella popolazione migrante: l'esperienza della «Coorte di Lampedusa 2011»*, in «Le Infezioni in Medicina», 2013, n. 1, pp. 21-28.
- Quagliariello, C., *Dal Senegal migrare in Valdelsa. Modelli di nascita a confronto, in Stranieri in Italia. Figli, lavoro, vita quotidiana*, a cura di A. Colombo, Bologna, Il Mulino, 2013, pp. 117-149.
- Quaranta, I., *Antropologia medica, i testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2006.
- Quaranta, I. e Ricca, M., *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Milano, Raffaello Cortina, 2012.
- Quesada, J., Hart, L.K. e Bourgois, P., *Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States*, in «Medical Anthropology», 30, 2011, n. 4, pp. 339-362.
- Regione Marche, *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali*, Progetto nazionale, accordo Ministero della salute-Agenas, ottobre 2013.
- Regione Piemonte, *Piano socio-sanitario regionale 2012-2015*, 2012.
- *Il mercato del lavoro in Piemonte nel 2013*, Torino, 2014.
- Regione Piemonte, Assessorato alla tutela della salute e sanità, Ufficio Dipendenze e Aids, *Mamma+. Progetto di assistenza integrata alle donne gravide HIV+ e alla coppia mamma-bambino. Sette anni di attività e prospettive future*, Cuneo, Edizioni Publiedit, 2008.
- Ricca, M., *Medicina equa e interculturale. Per una cittadinanza sanitaria cosmopolita*, in *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, a cura di I. Quaranta e M. Ricca, Milano, Raffaello Cortina, 2012, pp. 57-95.
- Ricordy, A., Motta, F. e Geraci, S., *SaluteRom. Itinerari possibili*, Bologna, Pendragon, 2014.
- Riedel, E., *The Human Right to Health: Conceptual Foundations*, in *Realizing the Right to Health, Swiss Human Rights Book*, vol. III, a cura di A. Clapham e M. Robinson, Bern, Ruffe & Rub, 2009, pp. 21-39.

- Robertson, E., Celasun, N. e Stewart, D., *Risk Factors for Postpartum Depression*, in *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions*, a cura di D. Stewart *et al.*, Toronto, University Health Network Women's Health Program, 2003.
- Rocco, L. e Suhrcke, M., *Is Social Capital Good for Health? A European Perspective*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe, 2012.
- Rodriguez, E.G., *The «Hidden Side» of the New Economy. On Transnational Migration, Domestic Work and Unprecedented Intimacy*, in «Frontiers», vol. 28, 2007, n. 3, pp. 60-83.
- Romero, M., *Maid in the USA*, New York, Routledge, 1992.
- Sacchi, P. e Viazzo, P. (a cura di), *Più di un sud. Studi antropologici sull'immigrazione a Torino*, Milano, Franco Angeli, 2003.
- Saletti Salza, C., *Dalla tutela al genocidio? Le adozioni dei minori rom e sinti in Italia (1985-2005)*, Firenze, Cisu, 2010.
- Sandu, A., *Rules from Above, Views from Below: Accessing and Using Child Health Services in Post-Communist Rural Romania*, in *Poverty, Urbanity and Social Policy: Central and Eastern Europe Compared*, a cura di J. Aidukaite, New York, Nova Science Publishers, 2009, pp. 59-79.
- Sarli, A., *Il disagio della cura. I vissuti professionali delle assistenti familiari occupate in Italia*, Tesi di dottorato non pubblicata, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, 2011.
- Sarli, A. e Carrillo, D., *Unasked Questions and Missing Answers: The Italian National Health System and Chinese Migrants in Milan*, MPC Analytical and Synthetic Note, Firenze, European University Institute, 2014, n. 1.
- Save the Children, *I minori stranieri in Italia. L'esperienza e le raccomandazioni di Save the Children*, 2010.
- Schumaker, L.L. e Bond, V.A., *Antiretroviral Therapy in Zambia: Colours, «Spotling», «Talk» and the Meaning of Antiretrovirals*, in «Social Science and Medicine», n. 67, 2008, pp. 2126-2134.
- Singh, D., *Attitudes and Praxis of Traditional Forms of Health Care in a Post-Communist Romanian Romani Community*, in «Anthropology of East Europe Review», vol. 29, 2011, n. 1, pp. 127-140.
- Smith, D.J., *Youth, Sin and Sex in Nigeria: Christianity and Hiv/Aids-related Beliefs and Behaviour among Rural-urban Migrants*, in «Culture, Health, Sexuality», vol. 6, 2004, n. 5, pp. 425-437.
- Sobo, E.J., *Medical Travel: What it Means, why it Matters*, in «Medical Anthropology», vol. 28, 2009, n. 4, pp. 326-335.
- Spinelli, A., Forcella, E., Di Rollo, S. e Grandolfo, M.E. (a cura di), *Istituto Superiore di Sanità. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Rapporti Istituzionali 06/17, 2006.
- Stan, S., *Transnational Healthcare Practices of Romanian Migrants in Ireland: Inequalities of Access and the Privatisation of Healthcare Services in Europe*, in «Social Science & Medicine», 1, 2014.
- Stewart, D., Robertson, E., Dennis, C.L., Grace, S.L. e Wallington, T. (a cura di), *Risk Factors for Postpartum Depression*, in *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions*, Toronto, University Health Network Women's Health Program, 2003.

- Tajfel, H., *Human Groups and Social Categories*, Cambridge, Cambridge University Press, 1981.
- Taliani, S., *Il bambino e il suo doppio. Malattia, stregoneria e antropologia dell'infanzia in Camerun*, Milano, Franco Angeli, 2006.
- Taliani, S. e Vacchiano, F., *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Milano, Unicopli, 2006.
- Tassinari, A. e Tomba, L., *Zhejiang-Pechino, Zhejiang-Firenze. Due esperienze migratorie a confronto*, in «La Critica Sociologica», 1996, n. 117-118.
- Terra del Fuoco, *Analisi socio-sanitaria dei campi rom abusivi di Lungo Stura Lazio e Via Germagnano*, Rapporto di attività, Torino, 2009.
- Tognetti Bordogna, M. (a cura di), *I colori del welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, Milano Franco Angeli, 2004.
- *La realtà delle badanti, criticità e prospettive nell'assistenza agli anziani*, in «Rassegna di servizio sociale», 1, 2006, pp. 43-56.
- *La salute degli immigrati e i soggetti di terzo settore*, in «Salute e Società», 2006, n. 1, pp. 187-207.
- *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- Trevisan, P., *La «salute» dei rom: una questione piuttosto ingarbugliata. Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli zingari*, in «La Ricerca Folklorica», n. 50, 2004, pp. 53-63.
- Triandafyllidou, A. (a cura di), *Irregular Migrants Domestic Workers in Europe. Who Cares?*, Aldershot, Ashgate, 2013.
- Tucker, P. e Folkard, S., *Work Scheduling*, in *The Handbook of Operator Fatigue*, a cura di G. Matthews, P.A. Desmond e P.A. Hancock, Burlington, Ashgate, 2012.
- Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Fact Sheet 27: Seventeen Frequently Asked Questions about United Nations Special Rapporteurs*, Geneva, Ohchr, 2001.
- Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Organizzazione mondiale della sanità, *Fact Sheet 31: The Right to Health*, Geneva, Ohchr/Who, 2008.
- Unar e Centro Studi e Ricerche Idos (a cura di), *Dossier statistico immigrazione 2014. Dalle discriminazioni ai diritti*.
- Undp e Fra, *The Situation of Roma in 11 EU Member States. Survey Results at a Glance*, 2011.
- Valentine, G., *Social Geographies: Space and Society*, New York, Prentice-Hall, 2001.
- Van Boven, T., Flintertan, C. e Westendorp, I. (a cura di), *Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights*, Utrecht, Netherlands Institute of Human Rights, 1998.
- Van der Geest, S., Whyte, S.S.R. e A. Hardon, *The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach*, in «Annual Review of Anthropology», 25, 1996, pp. 153-178.
- Vargas, A.C., *Avere paura, fare paura: stigma e discriminazione nell'esperienza dei giovani sieropositivi*, in C. Di Chio, A. Fedi e K. Greganti (a cura di), *Vivere la sieropositività: i giovani, la comunità, l'aids*, Napoli, Liguori, 2013, pp. 89-108.

- Whitehead, M. e Dahlgren, G., *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Leveling up Part 1*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe, 2006.
- Wilding, R. e Baldassar, L., *Transnational Family-work Balance*, in «Journal of Family Studies», 15, 2009, pp. 177-187.
- Wu, B. e Zanin, V., *Healthcare Needs of Chinese Migrant Workers in Italy: A Survey Report on Chinese owned Workshops in Veneto*, University of Nottingham, China Policy Institute, Discussion Paper n. 48, 2009.
- Zanfrini, L., *La partecipazione al mercato del lavoro*, in *L'immigrazione straniera in Lombardia. La decima indagine regionale*, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multiethnicità, a cura di G.C. Blangiardo, Milano, Regione Lombardia e Fondazione Ismu, 2011, pp. 83-125.
- Zanini, G., Raffaetà, R., Krause, K. e Alex, G., *Transnational Medical Spaces: Opportunities and Restrictions*, Göttingen, Mmg Working Paper, n. 13-16, 2013.

Copyright © 2015 by Società editrice Mulino

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Finito di stampare nel mese di novembre 2015
dalle Arti Grafiche Editoriali Srl, Urbino

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2015 by Società editrice il Mulino