



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale
in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di Laurea

—

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Sapere di poter scegliere
Salute, immigrazione, accesso ai servizi:
un'esperienza a Torino per contrastare le
disuguaglianze

Relatore

Ch.mo Prof. Mauro Ferrari

Laureando

Mattias Bassotto

Matricola 846576

Anno Accademico

2015 / 2016

*A Vanina,
perché sia sempre in grado di fare ed essere
in questa particolare società.*

*“quel fiume del tempo,
quel tempo che ci accompagna discreto”*

ABSTRACT

Le principali teorie sulle disuguaglianze di salute si concentrano sull'esistenza di determinanti sociali, ma ne esistono anche di carattere sanitario, legati all'organizzazione del sistema. L'accessibilità è un tema strettamente connesso alla produzione e riproduzione delle disuguaglianze, in particolar modo per gli immigrati. Eliminare le barriere che si possono incontrare durante l'intero percorso di cura migliora lo stato di salute della popolazione immigrata, ma è un'occasione per rendere il sistema più fruibile per tutta l'utenza, anche quella italiana. In particolare, abbiamo potuto rilevare come l'operatore sanitario sia chiamato a curare lo spazio relazionale con l'utente e a mettere in campo un approccio transculturale. Questo elaborato prende in esame un laboratorio di formazione sull'alleanza terapeutica, rivolto agli operatori sanitari, che ho avuto modo di seguire nell'ambito di un'esperienza di Servizio civile nazionale svolto a Torino. Un'occasione per raccogliere esperienze e riflessioni sulle principali questioni in gioco con l'utenza straniera e sui possibili strumenti da mettere in campo dagli operatori per migliorare la relazione di cura. Inoltre, si è trattato di una possibilità di osservare un esempio di progettazione congiunta fra pubblico e privato. Il lavoro si colloca, quindi, nella cornice di una concezione di salute globale e comunitaria, in cui il terzo settore è visto come risorsa per la comunità.

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	11
CAPITOLO I - WELFARE DI COMUNITÀ E SALUTE COMUNITARIA	13
1.1. WELFARE DI COMUNITÀ.....	13
1.1.1. Una premessa.....	13
1.1.2. Empowerment comunitario.....	14
1.1.3. Il lavoro di comunità.....	15
1.1.4. Il welfare di comunità.....	16
1.2. LA SALUTE COMUNITARIA.....	18
1.2.1. Il concetto di salute.....	18
1.2.2. Sanità pubblica.....	20
1.2.3. Salute comunitaria.....	20
1.2.3.1. L'azione comunitaria.....	22
1.2.3.2. Gli otto punti di riferimento per un'azione comunitaria nel campo della salute.....	23
1.2.3.3. Percorsi applicativi del concetto di salute comunitaria: alcuni esempi.....	30
CAPITOLO II - SALUTE E IMMIGRAZIONE.....	39
2.1. DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E IMMIGRAZIONE.....	39
2.1.1. Le disuguaglianze di salute e i determinanti.....	39
2.1.2. I determinanti sociali e sanitari.....	42
2.1.3. L'accesso ai servizi sanitari.....	44
2.2. IMMIGRAZIONE E SERVIZI.....	46
2.2.1. La migrazione: un fenomeno strutturale	46
2.2.2. Il fenomeno migratorio investe i servizi.....	49
2.2.3. I servizi sanitari: tensione fra universalità e particolarità.....	52
2.2.4. “Il corpo appare come l'ultimo rifugio di una comune umanità”.....	55
2.3. DIRITTO ALLA SALUTE E IMMIGRAZIONE.....	57
2.3.1. La salute nel diritto internazionale dei diritti umani.....	57

2.3.2. Il diritto alla salute nell'ordinamento italiano.....	59
2.3.3. Il diritto alla salute per l'immigrato: quadro giuridico di riferimento.....	60
CAPITOLO III - DIRITTO ALLA SALUTE: UNA REALTÀ DI TERZO	
SETTORE A TORINO.....	67
3.1. IMMIGRAZIONE E SERVIZI DI SALUTE: IL CONTESTO TORINESE	
.....	67
3.1.1. La città di Torino.....	67
3.1.2. Quadro demografico migratorio.....	69
3.1.3. Quadro istituzionale, legislativo e dei servizi.....	73
3.2. COMITATO COLLABORAZIONE MEDICA - CCM: UNA REALTÀ	
DEL TERZO SETTORE A TORINO.....	76
3.2.1. Breve storia.....	76
3.2.2. La formazione: focus delle attività in Italia.....	77
3.2.3. Impressioni di un osservatore partecipante: criticità di un processo di	
cambiamento.....	79
CAPITOLO IV - IL LABORATORIO: “COSTRUIRE ALLEANZE. UNO	
SGUARDO ANTROPOLOGICO E INTERCULTURALE SU SALUTE E	
CURA”	
4.1. LA CORNICE.....	85
4.2. IL LABORATORIO.....	85
4.3. METODOLOGIE DI LAVORO.....	86
4.4. PARLANO GLI OPERATORI.....	88
4.4.1. L'incontro con l'altro non è sempre facile.....	88
4.4.2. Storie di fili rossi, di figli che diventano mediatori, di “minimi	
sindacali”	89
4.5. LE SFIDE PROPOSTE DAL LABORATORIO.....	93
4.5.1. Decentrarsi e cambiare prospettiva	93
4.5.2. ... osservarsi	94
4.5.3. ... svelare gli impliciti culturali.	95
4.6. GLI STRUMENTI DA METTERE IN CAMPO.....	97
4.6.1. Raccogliere le sfide.....	97
4.6.2. “Avere il coraggio di fare domande”	98

4.6.3. Tenere aperto il dialogo.....	99
4.6.4. Non siamo solo cultura.....	101
4.7. VALUTAZIONI CONCLUSIVE.....	102
4.8. ALCUNE RIFLESSIONI A POSTERIORI.....	104
4.8.1. La consapevolezza culturale.....	104
4.8.2. Si possono insegnare o sono attitudini personali?.....	106
4.8.3. Il “grande alibi”: il tempo.....	108
4.8.5. Il privato e il pubblico in rete.....	111
CONCLUSIONI.....	113
APPENDICE I - UN TASSELLO DI WELFARE	117
APPENDICE II - LA LOCANDINA DEL LABORATORIO.....	119
BIBLIOGRAFIA.....	121
SITOGRAFIA.....	129
RINGRAZIAMENTI.....	131

INTRODUZIONE

“Gli operatori sono anche soggetti parlanti a nome dell’immaginario sociale collettivo. Nonostante le buone intenzioni restano all’interno di una società che esercita una pressione su di loro. Il loro lavoro è fatto di quotidianità quindi di stereotipi, di routine, di significati collettivi.”¹

Le disuguaglianze di salute esistenti fra gli individui sono motivate dall'esistenza di determinanti sociali. L'intreccio di varie dimensioni - personale, sociale, economica, culturale, politica, ambientale - influenza la salute dell'individuo e della comunità. Anche l'organizzazione del sistema sanitario e il rapporto con i suoi rappresentanti più prossimi, gli operatori, influiscono sullo stato di salute. In letteratura si parla di determinanti sanitari. Si tocca, in particolar modo, il tema dell'accessibilità, strettamente connesso alla produzione e riproduzione delle disuguaglianze, soprattutto per gli immigrati: una questione che non riguarda solo barriere iniziali, ma anche quelle che si possono incontrare durante l'intero percorso di cura e di uso dei servizi. Eliminare le barriere migliora lo stato di salute della popolazione straniera, ed è un'occasione per rendere il sistema più fruibile per tutta l'utenza, anche quella italiana. L'immigrato, infatti, appare come un'opportunità per il *welfare* e i suoi attori, sollecitati a mettere in gioco le cornici entro cui lavorano e a mettere in campo pratiche innovative².

I servizi e i loro operatori non possono prescindere da una riflessione sulle migrazioni, in quanto fenomeno strutturale del panorama internazionale. Sebbene la sua gestione a livello nazionale sia caratterizzata da una costante logica di precarizzazione, la presenza degli stranieri nei servizi sarà sempre più duratura, i dati presentati in questo lavoro lo confermano. Appare necessario tener conto e lavorare su due fronti: da un lato, contrastare le barriere che ostacolano una buona accessibilità a livello organizzativo, dall'altro, curare lo spazio interpersonale fra l'utente e gli operatori. Insomma, si tratta di orientare il sistema verso un'ottica interculturale, verso un *welfare* che valorizzi organizzazioni semplici e buone

1 Olivetti Manoukian, D'Angella, Floris, 2003, 12.

2 Ferrari, 2010, 211.

competenze comunicative e relazionali. La formazione è un importante strumento in questo senso.

L'elaborato prende in esame un laboratorio di formazione sull'alleanza terapeutica, rivolto agli operatori sanitari, che ho avuto modo di seguire nell'ambito di un'esperienza di Servizio civile nazionale svolto a Torino. Un'occasione per raccogliere esperienze e riflessioni sulle principali questioni in gioco con l'utenza straniera e sui possibili strumenti da mettere in campo dagli operatori per migliorare la relazione di cura e, di conseguenza, contrastare le disuguaglianze. Inoltre, si è trattato di una possibilità di osservare un esempio di progettazione congiunta fra pubblico e privato, in un contesto, quello torinese, particolarmente fertile per sperimentazioni di questo tipo.

Il lavoro si colloca nella cornice di una concezione di salute globale e comunitaria, in cui il terzo settore è visto come risorsa per la comunità. Per questo motivo l'elaborato si apre con un approfondimento sul *welfare* di comunità e sulla salute comunitaria, concetti che pongono l'accento sulla partecipazione e sull'apporto della comunità e delle sue organizzazioni rispetto al tema della salute e del benessere individuale e collettivo. A seguire si riserva una parte al nesso tra salute e immigrazione, passando, infine, a presentare il caso studio contestualizzato nella realtà torinese.

CAPITOLO I

WELFARE DI COMUNITÀ E SALUTE COMUNITARIA

Il capitolo prende in esame il concetto di *santé communautaire*, tradotto con “salute comunitaria”. La base di lavoro è una ricca bibliografia di autori francofoni provenienti da paesi (Francia, Belgio, Canada) in cui esistono da anni applicazioni e pubblicazioni sul tema. Una prima parte introduttiva sul *welfare* comunitario, l'*empowerment* e il lavoro di comunità appare opportuna per costruire una cornice e rintracciare concetti affini nella letteratura e nella realtà italiana.

1.1. WELFARE DI COMUNITÀ

1.1.1. Una premessa

“Uno tsunami socio-culturale ha silenziosamente sconvolto il nostro pianeta negli ultimi vent'anni, riconfigurando in modo radicale la geografia della povertà”¹. Mazzoli (2010) elabora un'analisi interessante della situazione culturale e sociale contemporanea, parlando di un ceto medio vulnerabile costituito da individui incapaci di accettarsi con le proprie fragilità a causa di un pensiero dominante che li vuole sempre intraprendenti, flessibili, capaci di adattarsi e padroni di sé stessi. Questo stacco fra i modelli dominanti e i propri limiti ci porta ad una percezione di costante inadeguatezza, una vita al di sopra dei nostri mezzi, un indebitamento crescente, uno spaesamento rispetto al contesto di vita. Poiché “il sociale è costruito dagli immaginari che permeano le persone, se alcune, a torto o a ragione, si sentono vulnerabili, precarie, a rischio di rotolare nella china della povertà, si comporteranno come se lo fossero realmente”². Insomma, secondo l'analisi dell'autore, oggi i vulnerabili sarebbero la maggioranza dei cittadini occidentali che percepisce quotidianamente di vivere in una situazione di precarietà e declino. In un contesto come quello descritto, si apre il problema di

1 Mazzoli, 2010, 41.

2 Mazzoli, 2010, 43.

ripensare il *welfare*. I vulnerabili si vergognano nell'ammettere le proprie debolezze e nel chiedere aiuto e le categorie di lettura classiche dei problemi sociali a disposizione dei servizi non sono più abbastanza, quindi la costruzione del benessere deve trovare e percorrere nuove strade rispetto alla tradizionale impostazione dei servizi come luoghi in cui si attende l'utente³.

In questo disegno si innesta anche l'erosione progressiva della relazione di rappresentanza in democrazia e l'allontanamento dei cittadini (vulnerabili) dalla cittadinanza e dalla politica⁴. Il contesto globalizzato e la consapevolezza che le nostre vite sono influenzate da fattori fuori dal nostro controllo alimentano la percezione di non avere potere sulla nostra vita; Martini e Torti (2003) parlano di “vissuti di impotenza”. Da qui emerge la dimensione locale come luogo privilegiato e unico per ritrovare un senso di controllo sulle proprie condizioni di vita, per lavorare sulla partecipazione dei cittadini⁵. La comunità locale intesa come luogo di prossimità, come “luogo di vita e ambito di relazioni”⁶, diventa significativa per quella maggioranza di persone che, come sostiene Mazzoli, vive in condizione di insicurezza, debolezza e fragilità sociale; ma lo è ancor di più per chi è in forte condizione di disagio: famiglie povere, con figli piccoli, malati cronici, anziani, persone con disabilità, con scarsa autonomia e capacità di movimento⁷; per loro la comunità è il luogo della quotidianità e punto di riferimento delle loro vite.

Con queste premesse la comunità diventa luogo e oggetto di lavoro, e la costruzione del benessere sociale passa attraverso la sua valorizzazione e il suo coinvolgimento: tematiche chiave legate ai concetti di *empowerment* comunitario e lavoro di comunità.

1.1.2. Empowerment comunitario

Il termine *empowerment* si è sviluppato soprattutto nell'ambito della psicologia di comunità, ma ha trovato diffusione in numerose altre discipline. Letteralmente è traducibile con “rendere potenti”, “favorire l'acquisizione di

3 Mazzoli, 2010, 39-44.

4 Mazzoli, 2012, 46.

5 Martini, Torti, 2003, 19-22.

6 Martini, Torti, 2003, 14.

7 Vernò, 2007, 21-23.

potere”, ed è un concetto che può essere applicato sia agli individui sia alle organizzazioni e alle comunità⁸. L'*empowerment* riconosce competenze e risorse agli individui e alle proprie forme organizzative e “promuove nella comunità la comprensione, la coscienza, la capacità e la possibilità di influenzare le decisioni e le azioni che hanno un riflesso sulla vita della comunità stessa”⁹. I processi legati a questo concetto quindi, vedono la comunità non come semplice bacino d'utenza dei servizi, ma come attore capace di scegliere e decidere, di identificare bisogni e problemi e di mobilitare risorse per la loro soluzione. Significa cioè creare le condizioni utili per lo sviluppo della comunità, un processo che si pone come obiettivi quelli di favorirne autonomia, responsabilità, competenza e, fra gli individui, senso di appartenenza e di corresponsabilità¹⁰.

1.1.3. Il lavoro di comunità

È un approccio che può essere utilizzato in tutti quei contesti in cui si perseguono obiettivi di cambiamento partecipato, *empowerment* e di sviluppo di comunità¹¹. Per sviluppo di comunità si intende un miglioramento nella qualità della vita dei soggetti che vivono in essa, accrescendo la loro capacità di risolvere i propri problemi e soddisfare i propri bisogni¹². Il lavoro di comunità è una pratica sociale non legata alla soluzione di un problema, ma ai processi attivati e realizzati per raggiungerla; per questo motivo può essere realizzata in molteplici contesti e si situa in una zona di confine fra diverse discipline. Concretamente consiste nel facilitare processi di responsabilizzazione collettiva, attivare e sostenere processi di partecipazione e collaborazione fra diversi attori di una comunità, sviluppare in essa relazioni che rinforzino la dimensione della fiducia e del senso di appartenenza, sviluppare competenze utili ai membri di una comunità¹³.

L'approccio in oggetto è vicino e oggetto di teorizzazione nella disciplina del servizio sociale, tuttavia esistono professioni altre rispetto a quella

8 Sartori, 2013, 240-241.

9 Ziliani, Rovai, 2007, 184.

10 Ziliani, Rovai, 2007, 198-199.

11 Martini, Torti, 2003, 16.

12 Martini, Torti, 2003, 43.

13 Martini, Torti, 2003, 47-48.

dell'assistente sociale che, nell'esercizio del proprio lavoro, possono adottare prassi riconducibili al lavoro di comunità: ad esempio educatori, psicologi, pedagogisti, medici, infermieri, ma anche urbanisti, architetti, economisti. Ciascuno può interessarsi e attivare la comunità, mettendo in campo le proprie competenze disciplinari, per affrontare una molteplicità di questioni¹⁴.

In quest'ottica cambia il ruolo dei servizi, che diventano parte degli attori in gioco per soddisfare i bisogni della comunità e non più luogo privilegiato di risposta professionale ai problemi dei cittadini-utenti, non avendo più ad appannaggio esclusivo la definizione dei bisogni e dei problemi e la loro risoluzione. Il focus si sposta sulla collettività specifica in cui sono inseriti i servizi, costituita da cittadini-risorse; una comunità che deve essere responsabilizzata e che può affiancare il lavoro degli operatori¹⁵.

In questo approccio insomma, il lato promozionale - di benessere sociale - dei servizi del territorio e delle politiche sociali diventa importante come quello riparatorio¹⁶. D'altronde, un territorio animato e qualitativo funziona come “filtro preventivo, capace idealmente di considerare i propri problemi e coinvolgere rispetto ad essi”¹⁷, mentre “una comunità disgregata costituisce un fattore di accelerazione dei problemi”¹⁸. Il lavoro di comunità come sviluppo di esperienze di partecipazione per fronteggiare problemi quotidiani e connessione di queste esperienze tra loro può rappresentare, inoltre, un'opportunità per ri-animare la politica e fermare questo “esodo di cittadinanza” a cui stiamo assistendo e di cui parla Mazzoli¹⁹.

1.1.4. Il *welfare* di comunità

Forti delle basi tracciate sopra, possiamo ora introdurre il concetto di *welfare* di comunità. Un'idea che “rappresenta un modello di politica sociale che sposta il baricentro della produzione del benessere della società dallo “stato” alla “comunità”, responsabilizzando e valorizzando il capitale umano della società

14 Martini, Torti, 2003, 87-89.

15 Martini, Torti, 2003, 90.

16 Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, 2006, 43.

17 Ferrario, 1999, 73.

18 Ferrario, 1999, 73.

19 Mazzoli, 2010, 31-67.

civile ed affidando alle istituzioni un ruolo di supporto e promozione delle risorse umane delle persone e dei gruppi sociali. Le istituzioni assumono cioè, una funzione di “*maternage*” che di fatto consiste nell’aiutare la comunità a recuperare la propria identità solidale e divenire protagonista della realizzazione del proprio benessere”²⁰. In quest’ottica, le organizzazioni della società civile e il terzo settore in generale (associazioni di volontariato, cooperative sociali, fondazioni, ecc.) sono una risorsa per la società, sia come motore relazionale, terreno fertile di legami comunitari, sia come contributo al *policy making*, risorsa per la progettazione congiunta fra attori pubblici e privati²¹. Anche la Costituzione, all’articolo 118, riconosce l’importanza per le istituzioni di promuovere l’autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale. Folgheraiter (2003) si spinge ad affermare che le organizzazioni di terzo settore hanno in molti casi “aiutato o stimolato vigorosamente e spesso anche supplito l’ente pubblico nel compito di percepire i bisogni sociali e rispondervi al meglio. (...) Il più delle volte si è tratto di reagire a disagi nuovi e mai affrontati (pensiamo all’immigrazione straniera nello scorso decennio) così che le organizzazioni di terzo settore, per operare, hanno di fatto dovuto fungere da elaboratori e diffusori di cultura sociale e da costruttori delle politiche pubbliche”²².

La Legge 328/2000, in particolare, riconosce l’emergere del terzo settore nella scena pubblica e ne norma il contributo nella programmazione e gestione dei servizi. Ai fini di questo lavoro e dell’analisi del progetto nell’ultimo capitolo, appare interessante abbassare lo sguardo alle dinamiche interattive che necessariamente, nella realtà descritta, si vengono a creare tra soggetti impiegati nel settore pubblico e in quello privato. Poniamo attenzione a quei “movimenti che portano gli attori sociali a superare i confini propri e quelli organizzativi; con maggiore o minore consapevolezza, ottenendo maggiori o minori riconoscimenti”²³, movimenti che Ferrari (2012) chiama “sconfinamenti”. Sono proprio questi operatori che, uscendo dal confine rigido del loro mandato nell’organizzazione di riferimento e aprendosi a nuovi orizzonti e soggetti alleati,

20 Calvaruso, 2008.

21 Folgheraiter, 2003, 39-40.

22 Folgheraiter, 2003, 41.

23 Ferrari, 2012.

spesso sono in grado di raccogliere le sfide poste dalla realtà per il *welfare* contemporaneo. In queste interazioni, più o meno formalizzate, tra attori diversi, risiede un importante potenziale trasformativo²⁴.

Non possiamo esimerci però, prima di passare oltre, dal sottolineare come il ricorso alla comunità locale e alle organizzazioni della società civile non possa diventare un disegno volto alla deresponsabilizzazione e allo smantellamento dello stato sociale. Il lavoro di comunità e il *welfare* comunitario sono strumenti per integrare e accrescere l'efficacia delle politiche di *welfare* e non per permettere allo Stato di ritirarsi, lasciando in solitudine la comunità e le sue forme organizzative²⁵.

Un cammino parallelo definibile “comunitario” può essere riscontrato in un ambito specifico del *welfare*, quello della promozione della salute. L'Oms porta avanti da anni un'idea di salute non solo legata al benessere fisico, ma anche a quello mentale e sociale. La promozione, come vedremo anche in seguito, passa attraverso la partecipazione, la responsabilizzazione e la valorizzazione delle risorse della società; tutti i settori economici e sociali, afferma l'Organizzazione nella Dichiarazione di *Alma Ata*, sono chiamati a dare il loro contributo per raggiungere il maggior livello possibile di salute. Allora non è difficile “constatare come di fatto il concetto di salute vada a sovrapporsi per l'Oms a quello di benessere e quindi di *welfare*”²⁶. Il disegno che vogliamo offrire è quello dell'intrecciarsi di due percorsi, quello del *welfare* e quello della promozione alla salute, e più in generale al benessere, che si toccano, si sovrappongono ed entrambi sono bisognosi di una profonda connotazione comunitaria.

1.2. LA SALUTE COMUNITARIA

1.2.1. Il concetto di salute

Il primo principio del Trattato istitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità”²⁷. La

24 Ferrari, 2012.

25 Martini, Torti, 2003, 54-55.

26 Calvaruso, 2008.

27 Per questa e le seguenti citazioni tratte dai documenti dell'Oms mi sono rifatto alle traduzioni rintracciabili sul sito di Dors, il Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della

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)”²⁸; un'idea di salute che è stata ripresa e sviluppata in seguito da altri due documenti dell'Oms in cui possiamo trovare le radici di quella che poi definiremo salute comunitaria. La Dichiarazione Universale di *Alma Ata* sull'Assistenza Sanitaria Primaria del 1978 sviluppa il principio sopra citato esplicitando che una concezione di questo tipo “richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre al settore sanitario”. Inoltre, introduce il diritto e dovere delle popolazioni di “partecipare individualmente e collettivamente alla programmazione e realizzazione della loro assistenza sanitaria”. La Carta fa leva sull'importanza della partecipazione, ma invita anche a prestare attenzione alla dimensione collettiva, ribadita successivamente quando afferma che l'Assistenza Sanitaria Primaria è il primo livello di contatto col sistema sanitario del Paese non solo per gli individui, ma anche per famiglie e comunità. L'ultimo documento da considerare è la Carta di *Ottawa* del 1986; in essa si parla di un “approccio socio-ecologico alla salute”, reso necessario dalla complessità e dall'interdipendenza delle nostre società e dagli “inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente”. La promozione della salute non può che andare, quindi, al di là dell'assistenza sanitaria: deve collocare “la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e ad ogni livello, per renderli consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute”. Le responsabilità in questo ambito sono, quindi, fortemente intersettoriali. Nell'ultima parte della dichiarazione si riprende quell'attenzione alla dimensione collettiva già accennata in *Alma Ata*: “La promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute. Al cuore di tutto ciò vi è il processo che attribuisce un maggior potere alle comunità, vi è il possesso e il controllo da parte delle comunità stesse dei loro sforzi e dei loro destini”; un processo che potremmo chiamare di *empowerment* comunitario.

Il concetto di salute che emerge dall'analisi dei documenti dell'Oms è

Salute della Regione Piemonte.
28 Biglino, Olmo, 2014, 27.

orientato ad un benessere che può definirsi globale o multidimensionale, considerando il piano fisico, mentale e sociale della persona e il suo legame inscindibile con l'ambiente che la circonda. Ne derivano responsabilità in capo a più settori, non solamente a quello prettamente sanitario; anche la comunità è chiamata ad attivarsi definendo priorità e strategie per il miglioramento del livello di salute di tutti.

1.2.2. Sanità pubblica

Secondo il glossario della promozione della salute dell'Oms, la sanità pubblica è “la scienza e l’arte di promuovere la salute, di prevenire le malattie e di prolungare la vita attraverso sforzi organizzati della società”²⁹. È un approccio collettivo e amministrativo ai problemi di salute di una popolazione che tocca aspetti politici, economici, legislativi e istituzionali; è definito e portato avanti dagli amministratori competenti attraverso la politica sanitaria³⁰.

A livello europeo, in materia sanitaria troviamo realtà, approcci e politiche diverse da paese e paese; i sistemi di sanità pubblica presentano differenze nelle modalità di organizzazione, regolamentazione, finanziamento, erogazione e utilizzo dei servizi sanitari. Tuttavia dal 1980, anno di adozione della strategia della Salute per tutti, gli Stati europei membri della Regione Europea dell'Oms sostengono una concezione comune di sanità pubblica. Si concorda sull'importanza delle vaccinazioni, della protezione della salute materna e infantile, del miglioramento dell'igiene ambientale, della lotta contro le malattie trasmissibili e delle statistiche sanitarie. Il documento, oltre a concentrarsi sulla protezione, introduce la necessità di focalizzare l'azione degli Stati sulla promozione, in particolare di stili di vita salutari e, ancora, considerare la salute in una prospettiva più ampia che consideri anche le problematiche ambientali³¹.

1.2.3. Salute comunitaria

È un concetto che “si basa su una concezione globale e positiva della salute, come definita dalla Carta di Ottawa: un equilibrio complesso e dinamico tra fattori

29 Dors, 2012.

30 Smith, 2012, 3.

31 Istitut Renaudot, 2001, 11-21.

biologici, psicologici, culturali, economici, sociali, spirituali e ambientali. Questa strategia mira al cambiamento sociale e contribuisce a sviluppare il diritto alla salute per tutti; è caratterizzata da una base collettiva e da un processo partecipativo che coinvolge tutti i soggetti interessati (cittadini, professionisti, politici, ecc.)”³².

La salute comunitaria è un approccio che va collocato all'interno delle strategie per il conseguimento della salute e del benessere della collettività. Il termine “salute” non rimanda all'assenza di malattia, ma, come afferma l'Oms, ad una concezione di benessere globale dell'individuo: fisico, mentale e sociale. Il termine “comunitaria” si riferisce ai rapporti con un gruppo, una comunità, e rimanda ad un'ottica regionale e locale rispetto ai problemi di salute³³. Stiamo parlando quindi di un approccio che veicola dei valori e delle idee e che si traduce in metodi di lavoro. Lo potremmo contrapporre ad una visione più classica di gestione della situazione sanitaria di una collettività, che si sviluppa in politiche pubbliche e decisioni formulate soprattutto dai professionisti sanitari e politici nei confronti di una popolazione che resta per lo più passiva. La portata innovativa della salute comunitaria è l'accento sull'apporto della comunità rispetto al tema della salute e l'importanza della dimensione partecipativa³⁴. Ne consegue il pieno riconoscimento alla stessa della capacità di prendere in mano il proprio destino e assumersi le proprie responsabilità³⁵.

Gli assunti alla base della salute comunitaria sono³⁶:

- la convinzione che la salute sia legata a dei fattori (demografici, geografici, sociali, economici...) che non toccano solamente il singolo individuo, ma tutta la popolazione e, restringendo il campo, una comunità; questi fattori, essendo variabili e legati al territorio considerato,

32 Trad. mia: “*repose sur une conception globale et positive de la santé, telle qu'elle est définie dans la charte d'Ottawa: un équilibre complexe et dynamique entre des facteurs biologiques, psychologiques, culturels, économiques, sociaux, spirituels et environnementaux. Cette stratégie vise le changement social et contribue à développer le droit à la santé pour tous; elle se caractérise par une base collective et un processus participatif entre tous les acteurs concernés (habitants, professionnels, politiques, etc.)*”. Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, 2009, 19.

33 Coutant, 1995, 41-43.

34 Smith, 2012, 2-3.

35 Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation, Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, 2013, 8.

36 Planète publique, 2011, 1.

influiscono sulla condizione di salute delle comunità in modo differente e specifico;

- la medicina, i sistemi di cure e le politiche pubbliche raramente portano avanti un approccio globale della salute;
- un'attenzione alla dimensione collettiva è fondamentale per mirare al cambiamento, in quanto i comportamenti individuali sono difficili da cambiare; non si tratta di “fare per la gente”, ma “con la gente”.

1.2.3.1. L'azione comunitaria

Lo sviluppo della salute comunitaria passa attraverso un'azione comunitaria. “L'azione comunitaria indica tutte quelle iniziative, esito di comunità, di gruppi comunitari, di una comunità (geografica, locale, regionale, nazionale; d'interessi; d'identità) che mira a portare una soluzione collettiva e solidale ad un problema sociale o ad un bisogno comune. L'azione comunitaria si attualizza attraverso pratiche multiple e differenziate (creazione di risorse e servizi, trasformazioni sociali, educazione popolare, ecc.) che persegue degli obiettivi di giustizia sociale, di solidarietà, di democrazia, di ripartizione più giusta delle ricchezze, di uguaglianza fra gli uomini e le donne come fra i popoli. Queste azioni sono condotte con un'attenzione verso l'educazione e il funzionamento democratico al fine di favorire l'autonomia delle persone e delle comunità (*empowerment*)”³⁷. I valori che sottendono un intervento comunitario, quali giustizia sociale, solidarietà, rispetto, democrazia, autonomia, sono oggi generalmente poco seguiti dalla società e dall'ideologia neoliberale dominante. Le disuguaglianze, l'esclusione sociale, l'individualismo, l'assenza di rispetto e la concentrazione di potere sono ancora al cuore dei rapporti sociali. Su queste considerazioni l'azione comunitaria deve farsi portatrice degli interessi di chi subisce gli effetti negativi

³⁷ Trad. mia: “*L'action communautaire désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, locale, régionale, nationale; d'intérêts; d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise sur des pratiques multiples et diversifiées (création de ressources et des services, transformations sociales, éducation populaire, etc.) qui poursuivent des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. Ces actions sont menées avec un souci d'éducation et de fonctionnement démocratique afin de favoriser l'autonomie des personnes et des communautés (empowerment)*”. Lamoureux, Lavoie, Mayer, Panet-Raymond, 2008, 4.

sopra citati dello sviluppo della società; essa è utile per il cambiamento sociale e per chi vuole migliorare collettivamente le proprie condizioni e la propria qualità di vita³⁸.

1.2.3.2. Gli otto punti di riferimento per un'azione comunitaria nel campo della salute

L'associazione internazionale *Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires - SEPSAC*, propone alcuni punti di riferimento per sviluppare un'azione di salute comunitaria. L'associazione nasce nel 1986 da un gruppo di professionisti sanitari provenienti da diversi paesi europei, con l'obiettivo di creare un *network* per sviluppare pratiche di salute innovative basate sulla partecipazione dei singoli e delle collettività; un proposito che si colloca sulla scia di quanto affermato dalla Dichiarazione di *Alma Ata* e dalla Carta di *Ottawa* dell'Oms³⁹. I primi quattro si riferiscono a ciò che sta alla base di un'azione comunitaria, il quinto è un riferimento metodologico e gli ultimi tre sono punti da tener presente per sviluppare un'azione comunitaria sul tema della salute. Non esistono regole rigide e prefissate nella loro articolazione e non per forza vanno perseguiti tutti nello stesso tempo; sono dei riferimenti che si completano e si articolano in maniera variabile secondo il contesto, sta agli attori coinvolti saperli utilizzare e mettere in campo nei momenti più adeguati.

Punti di riferimento specifici per una strategia comunitaria

■ Coinvolgere una comunità

È possibile definire una comunità come “un insieme di soggetti che condividono aspetti significativi della propria esistenza e che, per questa ragione, sono in un rapporto di interdipendenza, possono sviluppare un senso di appartenenza e possono intrattenere tra loro relazioni fiduciarie”⁴⁰. Diversi sono gli aspetti che possono legare degli individui per poter essere considerati una comunità, ad esempio il territorio, il tetto, le radici, la storia, un progetto, la religione, la cultura, la nazionalità, la lingua, le risorse, i problemi,

38 Lamoureux, Lavoie, Mayer, Panet-Raymond, 2008, 3-4 e 114.

39 Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, 2009.

40 Martini, Torti, 2003, 13.

l'organizzazione sociale, gli interessi, i nemici. La sociologia ne distingue di due tipi: spaziali, in cui la contiguità è determinante per il vincolo (il vicinato per esempio), e aspatiali, in cui le persone sono legate dalla condivisione di interessi, di valori o ideali (l'associazione per esempio). Un'accezione particolare del termine è quella di comunità locale, “identificandola come dimensione territoriale, come luogo di vita e ambito di relazioni, come spazio privilegiato per la partecipazione sociale”⁴¹.

Prima di procedere, va introdotta una riflessione sulla differenza tra “essere comunità” e “sentirsi comunità”. Vi è uno scarto significativo tra le due espressioni; la prima rimanda ad una definizione esterna di un soggetto rispetto alla condivisione e all'interdipendenza fra alcuni individui, mentre la seconda implica un senso di appartenenza comune, condiviso, e va a toccare la sfera soggettiva delle persone⁴². Appare evidente che una qualsiasi azione concernente una comunità debba tener ben presente questa dicotomia e confrontarsi con essa durante tutto l'evolversi dell'intervento.

■ Favorire la partecipazione di tutti gli attori coinvolti in una dinamica di co-costruzione

Il concetto di partecipazione è fondamentale per sviluppare un'azione comunitaria nell'ambito della salute. In questo contesto, ha a che fare col coinvolgimento responsabile degli attori sociali nei processi di *problem solving* ed è considerata una condizione essenziale per affrontare le questioni e i problemi sociali, per trovare risposte migliori e durature⁴³. La possiamo definire come “la totalità delle forme (personali, formali, informali ecc.) attraverso le quali individui, gruppi, collettività tutelano i proprio interessi o contribuiscono al processo di scelta su materie che li riguardano”⁴⁴.

Gli attori di un processo di salute comunitaria sono⁴⁵:

- la popolazione, le comunità e le loro forme organizzative (gruppi di interesse, comitati, associazioni, movimenti sociali, ecc.) portatrici di

41 Martini, Torti, 2003, 14.

42 Martini, Torti, 2003, 14.

43 Martini, Botazzoli, 2013, 421.

44 Martini, Botazzoli, 2013, 421.

45 Planète publique, 2011, 2.

istanze e di bisogni;

- “*les agents de développement / les médiateurs*”⁴⁶, tutti coloro che sono chiamati a fare lavoro di comunità, che si occupano di attivare processi di collaborazione fra attori sociali e di partecipazione dei cittadini. Possono promuovere progetti, tessere legami tra la popolazione e le amministrazioni, facilitare la progettazione congiunta e così via. Diversi sono i soggetti che nell'ambito delle proprie professioni possono adottare prassi riconducibili al lavoro di comunità: assistenti sociali, educatori, psicologi, medici, infermieri, urbanisti, architetti, ecc.⁴⁷;
- i professionisti, gli esperti e più in generale gli attori che possono portare un contributo tematico al processo riflessivo;
- decisori politici, amministrazioni, finanziatori: soggetti che possono influenzare i processi di salute comunitaria, creando un contesto fertile e mettendo in campo le risorse per portare avanti progetti di questo tipo.

La salute comunitaria si sviluppa in un contesto che incoraggia la co-costruzione e il coinvolgimento di gran parte degli attori sopra elencati nell'azione che si vuole portare avanti. Come già ricordato in precedenza, la partecipazione della comunità nelle scelte di salute che la riguardano e nel definire e portare avanti priorità e strategie è posto dalla Carta di Ottawa come principio chiave per la promozione della salute. In questo ambito la partecipazione ha due dimensioni: da un lato, è un metodo efficace per raggiungere miglioramenti nelle condizioni di salute di una collettività, dall'altro, rappresenta un valore democratico nell'ambito della sanità pubblica⁴⁸. Avvicinare e coinvolgere i quartieri, le città, gli utenti dei servizi nei progetti di promozione alla salute e di salute comunitaria permette di stimolare pratiche democratiche nel sistema pubblico di governo e allo stesso tempo processi di *empowerment*. È da sottolineare, però, che le dinamiche partecipative non sono una panacea; come gran parte delle azioni umane infatti, non hanno alcuna garanzia di riuscita, in quanto i risultati dipendono da una molteplicità di fattori difficilmente controllabili in tutto e per tutto. Pur tuttavia esse offrono uno spazio e un tempo per formulare e affrontare questioni, conflitti,

46 Planète publique, 2011, 2.

47 Martini, Torti, 2003, 87.

48 Ireps Bretagne, 2011, 4.

problemi, riducendo la distanza tra le amministrazioni e la realtà quotidiana⁴⁹; sta agli attori coinvolti farne il miglior uso possibile.

Gettando uno sguardo alla letteratura italiana in questo ambito per introdurre concetti a noi più vicini, possiamo parlare di lavoro di rete e di progettazione partecipata. Il lavoro di rete come promozione di integrazioni e di nuove opportunità di comunicazione tra persone, istituzioni e altre risorse della società per una convergenza verso azioni condivise, creando *partnership*. La legislazione sociale, e in particolare la legge 328/2000, sostiene il concetto di *partnership* e di pratiche di rete quali strategia centrale per impostare nuovi modelli di *welfare* in cui vi sia una pluralizzazione degli attori sociali (pubblici e privati) coinvolti nella programmazione, produzione ed erogazione dei servizi⁵⁰. La progettazione partecipata in ambito sociale è, invece, una prospettiva metodologica che prevede la collaborazione dei vari attori di una comunità (cittadini o gruppi sociali destinatari di un'iniziativa, amministratori e tecnici) che, attraverso spazi e momenti di elaborazione, sono coinvolti nell'ideazione o nella realizzazione comune di un progetto con ricadute positive sui partecipanti e il loro gruppo di appartenenza⁵¹. L'Oms afferma che coinvolgere la comunità nei processi di progettazione significa perseguire obiettivi in modo concertato, accrescere competenze, poter riorientare i servizi, allocare risorse con maggiore efficienza ed efficacia, stimolare processi democratici, offrire opportunità e spunti per ripensare i processi di pianificazione e sviluppo⁵².

■ Favorire un contesto di condivisione dei poteri e dei saperi

L'azione comunitaria favorisce relazioni dove ciascun attore (professionisti, cittadini, amministratori, eletti) è coinvolto e riconosciuto per la propria specificità. Parliamo di dinamiche in cui vi è una condivisione di saperi e poteri. Tutti gli attori hanno dei saperi differenti e complementari, condividerli all'interno di un gioco egualitario e di riconoscimento dell'importanza dell'apporto di tutti

49 Smith, 2012, 14-15.

50 Ziliani, Rovai, 2007, 175-183.

51 Martini, Torti, 2003. Per un approfondimento sulla progettazione partecipata si rimanda al documento di Dors: Coppo A., Tortone C., 2011, *Partecipazione e empowerment. La progettazione partecipata intersettoriale e con la comunità*. Disponibile al sito <<http://www.dors.it/public/ar54/Prog%20partecipata.pdf>>, consultato il 10.12.2015.

52 Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002.

permette la costruzione di un'intelligenza collettiva⁵³. Anche qui, in riferimento alla comunità, siamo all'interno di una dinamica di responsabilizzazione, *empowerment* e condivisione dei poteri; il potere inteso come “possibilità di influenzare il corso degli eventi, di contribuire a dare una direzione al cambiamento e a stabilirne il passo”⁵⁴.

■ Valorizzare e condividere le risorse della comunità

Il termine risorsa, “usato in relazione ai concetti di necessità, esigenza, problema e carenza indica le possibili leve su cui fare forza per trovare le vie d'uscita, le risposte, le soluzioni”⁵⁵. Un approccio comunitario mira ad identificare, stimolare e mobilitare risorse del territorio e di ciascun attore individuale e collettivo, riconoscendone le loro specificità e la loro complementarità. Queste risorse possono essere⁵⁶:

- riflessioni, esperienze, saperi, competenze degli attori della comunità;
- dati disponibili, soprattutto quelli raccolti e elaborati a livello locale;
- spazi, infrastrutture, servizi, ecc. ;
- opportunità di finanziamento e più in generale risorse di tipo economico.

Valorizzare le risorse della comunità ci pone ancora in una dinamica individuale e collettiva di *empowerment*, di quel processo legato alla consapevolezza di poter contare, di avere la capacità e i mezzi per fronteggiare situazioni problematiche. Processi come questo sostengono e aumentano la stima di sé e le proprie competenze per trasformare o influenzare il contesto di vita; sviluppano un sentimento di appartenenza, di solidarietà, del fare insieme; sviluppano una coscienza critica sulle disuguaglianze sociali e le forme di potere, sia a livello dei singoli comportamenti individuali, sia a quello istituzionale⁵⁷.

53 Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation, Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, 2013, 24.

54 Martini, Botazzoli, 2013, 421-422.

55 Da Pos, 2013, 544-545.

56 Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation, Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, 2013, 28.

57 Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation, Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, 2013, 17.

Un punto di riferimento metodologico

- Adottare un processo di valutazione condiviso e permanente orientato ad una pianificazione flessibile

Un percorso comunitario elabora un piano di azioni costruite a partire dall'individuazione di bisogni, di priorità, dall'utilizzo ottimale delle risorse e delle strategie più adeguate. Questo percorso dovrebbe restare flessibile per permettere agli attori di riorientare l'azione in funzione di eventi non previsti, nuovi ostacoli, nuove risorse. Una pianificazione, quindi, che comporta un processo di valutazione permanente, basata sulla concertazione e la partecipazione degli interessati⁵⁸.

Lavorando nel campo della realtà sociale, in cui è evidente l'alta imprevedibilità, si assume come intrinseca la possibilità di discostarsi da un percorso prestabilito e le logiche di lavoro da adottare sono quindi di tipo incrementale, in cui l'azione progettuale si specifica, si valuta e si corregge in corso d'opera⁵⁹.

Punti di riferimento per un approccio orientato alla promozione della salute

- Avere un approccio globale della salute

Riferendosi alla concezione di salute portata avanti dall'Oms, è necessario averne una visione globale: uno stato di benessere influenzato non solo dal campo sanitario, ma anche da quello sociale, economico, ambientale e culturale; un diritto umano fondamentale riconosciuto dalle principali fonti di diritto internazionale⁶⁰. Salute globale non è solo una disciplina o un campo di studi, ma un approccio integrato di ricerca e azione. Avendo presente i diversi settori che influenzano la condizione di salute e di malattia degli individui, occuparsi di questo tema significa schierarsi in favore di equità e giustizia sociale, a livello sia

58 Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire , 2009, 34.

59 Battistella, De Ambrogio, Ranci Ortigosa, 2004.

60 Il diritto alla salute è riconosciuto dai principali documenti di diritto internazionale dei diritti umani approvati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, in particolar modo dall'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani (1948), dall'art. 5 della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale (1965), dall'art. 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1966), dall'art. 12 della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne (1979), dall'art. 24 della Convenzione sui diritti del bambino (1989), dagli artt. 28, 43, 45 della Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (1990) e dall'art. 25 della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (2006).

locale che internazionale. Si dice che la Salute globale adotti uno “sguardo ampio”, seguendo due assi principali: quello geografico, in quanto analizza l’interdipendenza esistente tra fenomeni locali e globali, e quello disciplinare, perché si avvale del contributo di molte discipline, oltre a quelle sanitarie (scienze sociali e umane, economia, diritto, ecc.)⁶¹. In Italia, Riisg (Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale) si sta muovendo da diversi anni per diffondere questo approccio, per promuovere un dibattito pubblico sulla Salute globale e il suo insegnamento a livello accademico e professionale.

■ Agire sui determinanti di salute

I determinanti di salute sono “l’insieme di fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute di individui o popolazioni”⁶². Promuovere la salute significa agire sull’intera gamma di determinanti. Orientare, quindi, a comportamenti e stili di vita sani, ma anche considerare e lavorare su altri elementi, come il livello di reddito, l’istruzione, le condizioni lavorative, l’accesso ai servizi, la qualità dell’ambiente di vita.

■ Lavorare con un approccio intersettoriale

La salute comunitaria è orientata a promuovere la partecipazione di tutti i settori che concernono la salute globale. Fondandosi sulla costruzione di partenariati, mira a favorire la collaborazione fra diverse istituzioni e professionisti di ambiti differenti. Promuovere la salute esige un’azione coordinata tra governi, attori in ambito sanitario, sociale ed economico, organizzazioni non governative e di volontariato, autorità locali, imprese e media⁶³. Un approccio efficace richiede che “tutti i settori della società siano responsabili dell’impatto sulla salute delle loro politiche e dei loro programmi”⁶⁴. I soggetti pubblici in primis quindi, ma anche quelli privati, dovrebbero agire avendo consapevolezza

61 <<http://www.educationglobalhealth.eu/it/salute-globale>>, consultato il 11.12.2015.

62 Dors, 2012, 7.

63 Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation, Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, 2013, 6.

64 Organizzazione Mondiale della Sanità, Regional Office for Europe, 1998, *An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Il testo tradotto è visionabile al sito <http://www.apaitaliana.it/files/1357_017%5B1%5D.pdf>, consultato il 11.12.2015.

rispetto all'impatto che le loro politiche, o più in generale, le loro decisioni hanno sulla salute degli individui di una comunità.

1.2.3.3. Percorsi applicativi del concetto di salute comunitaria: alcuni esempi

Francia, Belgio e Canada offrono ricchi esempi di politiche e, più in generale, realtà legate alla salute comunitaria; sono infatti paesi in cui da anni esiste un pensiero e una bibliografia tematica. In letteratura le radici storiche del concetto vengono fatte risalire ad alcuni interventi e scelte politiche francesi degli anni Trenta. Dalla seconda metà del Novecento si rintracciano e si sviluppano altre linee d'azione legate al tema nei tre paesi sopra citati e negli Stati Uniti, in cui per la prima volta, negli anni Sessanta, si lega “comunitaria” alla parola “salute”, nell'ambito di programmi governativi di lotta alla povertà che si proponevano di stimolare una grande partecipazione della comunità⁶⁵. Rimando per una ricostruzione storica dettagliata al documento di Smith (2012) citato in bibliografia, uno studio approfondito sulla salute comunitaria commissionato dal *Centre de ressources midi-pyrénéen pour les acteurs de la cohésion sociale*. Ci occupiamo, invece, di presentare qualche breve esempio di applicazioni concrete dell'idea di salute comunitaria in Francia e in Brasile, per poi rintracciare nel contesto italiano linee di pensiero riconducibili alla nostra area di interesse.

I Servizi di salute mentale comunitari: l'esperienza di Lille Est, Francia⁶⁶

Il programma di salute mentale comunitario di Lille Est ha portato, a partire dagli anni Settanta, un cambio delle modalità di gestione del settore psichiatrico adulti, passando dall'ospedale come fulcro del sistema, ad un'organizzazione più orientata verso il territorio e la comunità. Un percorso di riforma simile è avvenuto anche in Italia con la promulgazione della Legge 180/1978, detta Legge Basaglia, che stabilì la chiusura dei manicomi e favorì la nascita dei dipartimenti di salute mentale odierni in seno alle aziende sanitarie locali.

Il nuovo apparato della città creatosi nel corso degli anni è un esempio di

⁶⁵ Smith, 2012, 3.

⁶⁶ Per la breve descrizione dell'esperienza mi sono basato sulla ricostruzione e l'analisi fatta da Jean Luc Roelandt per il Centro Studi Sofferenza Urbana, visionabile al sito <http://www.souqonline.it/home2_2.asp?idpadre=822&idtesto=821#.Vm7V43oWW1F>, consultato il 14.12.2015.

cosa comporta orientare il proprio agire tenendo presente il concetto di salute globale. Grazie ad un lavoro di collaborazione e *partnership* fra associazioni, amministratori locali, professionisti dell'assistenza, servizi sanitari, sociali e culturali si è operato gradualmente su più versanti. La riforma del settore è partita da una serie di incontri di quartiere per avvicinare la cittadinanza e svolgere una ricerca sugli stereotipi legati al tema della salute mentale. L'idea era quella di avviare una politica di integrazione ed educazione pubblica in quel territorio cittadino. Il lavoro di rete con attori pubblici e privati ha portato alla creazione di unità abitative per l'utenza dislocate nell'area considerata; alla collocazione dei servizi psichiatrici in edifici in cui vi sono altri servizi utili per la stessa utenza; alla creazione, coinvolgendo il territorio, di una rete di famiglie terapeutiche, una modalità di accoglienza altra rispetto all'ospedalizzazione; all'offerta di attività di inclusione in tutti i luoghi artistici, sportivi e di cultura di Lille Est portati avanti dai team di riabilitazione psico-sociale dei centri terapeutici e da artisti locali; all'offerta di una riabilitazione economica coinvolgendo associazioni e realtà lavorative della città. La modalità di azione collaborativa, intersettoriale e a stretto contatto con la comunità si è istituzionalizzata nei consigli di salute mentale: una piattaforma di discussione per sindaci, cittadini, utenti dei servizi di salute mentale, famiglie, artisti, servizi culturali e abitativi, servizi sanitari, sociali e psichiatrici delle sei municipalità del territorio di Lille Est.

La breve narrazione del caso della città francese serve per mostrare cosa significa agire avendo a monte una visione globale dell'individuo. L'utente non è solo un paziente bisognoso di cure mediche fornite da un ospedale, ma una persona che, in tutta la sua complessità, abbisogna di una serie di interventi congiunti che possono essere portati avanti solo grazie a *partnership* tra i diversi attori pubblici e privati della città. Quindi, per esempio, per occuparsi della tematica abitativa si è resa necessaria una rete composta da servizi cittadini che si occupano delle politiche della residenza e degli alloggi a canone moderato, i team multi-professionali di cura e le associazioni degli utenti, delle famiglie e dei *caregiver*. È interessante anche la *partnership* costruita fra l'ospedale e il mondo della cultura locale per avvicinare i pazienti e la comunità; l'idea di base è che l'arte permetta di lavorare sulla valorizzazione e l'accettazione sociale. Lille Est è,

quindi, un chiaro esempio di cosa significa integrazione, intersectorialità, multidisciplinarietà, coinvolgimento e valorizzazione delle risorse della comunità e del confronto con essa: tutti punti chiave per un'azione di salute comunitaria.

*La “Place Santé”: un centro di salute comunitaria a Saint-Denis, Francia*⁶⁷

L'Association Communautaire Santé Bien-Être (ACSBE) è un'associazione costituitasi nel 1991 e operante nel quartiere di Franc Moisin/Bel Air di Saint-Denis, comune a nord nella cintura urbana parigina. L'area è caratterizzata da una forte multiculturalità, molti nuclei monoparentali (soprattutto madri sole), una popolazione relativamente giovane colpita da un alto tasso di disoccupazione; inoltre, circa un terzo degli abitanti vive in una famiglia a basso reddito. L'associazione è formata da rappresentanti di varie realtà del quartiere: la Municipalità e le istituzioni sanitarie, diversi professionisti che lavorano nella zona (medici, infermieri, farmacisti, dentisti), associazioni e partecipanti a titolo individuale. La nascita avvenne dopo la realizzazione, da parte della Municipalità, di una ricerca sullo stato di salute degli abitanti del quartiere, tra il 1986 e il 1991. Sociologi dell'Università *Paris 8* e diversi professionisti delle strutture socio-sanitarie di Franc Moisin/Bel Air collaborarono per costruire questa diagnosi. Più di 300 famiglie furono interpellate per conoscere le loro condizioni di vita, l'accesso e l'utilizzo ai sistemi di cura, ecc. La ricerca portò alla creazione di ACSBE e al suo impegno in favore di un progetto di salute per il quartiere, animato da tutti gli attori che agiscono in questo campo. Ancora oggi l'associazione sostiene la necessità del lavoro intersectoriale per fare salute, la responsabilizzazione dell'individuo e degli attori del quartiere, l'accento sulla prossimità e il coinvolgimento cittadino. Le azioni che si propone di portare avanti sono:

- contribuire al miglioramento dell'accessibilità alle cure;
- sviluppare un'educazione alla salute per la popolazione;
- dare visibilità alle realizzazioni, alle competenze e ai valori dell'associazione;

⁶⁷ Per la breve descrizione dell'esperienza mi sono basato sui materiali disponibili al sito web dell'Association Communautaire Santé Bien-Être <<http://acsbe.asso.fr/>>, consultato il 4.04.2016.

- avviare e partecipare a lavori di ricerca, di formazione, di osservazione e di valutazione che s'inscrivono negli obiettivi dell'associazione.

Il percorso per il benessere di Franc Moisin/Bel Air iniziò attraverso ricerche-azioni per il coinvolgimento degli abitanti del quartiere, l'organizzazione di corsi di formazione sul funzionamento del sistema sanitario e sociale e sulla salute comunitaria, proposte di attività ricreative di vario tipo, con l'aiuto di mediatori, a tutta la popolazione del quartiere. Il lavoro dell'associazione è culminato con l'apertura del centro di salute comunitaria *La Place Santé* nel 2011: un luogo in cui mettere in essere le azioni che ACSBE porta avanti dalla sua nascita e che si propone di essere punto di riferimento per l'accesso ai diritti sociali e ai servizi sanitari, per la costruzione di un benessere fisico, mentale e sociale, un centro di aggregazione del quartiere che vuole tenere unito l'ambito sanitario con quello sociale. Nello specifico il centro offre:

- un servizio di mediazione per l'accompagnamento nelle pratiche amministrative legate al settore sanitario;
- consultazioni di medicina generale;
- azioni di promozione alla salute rivolte alla collettività attraverso momenti di formazione e di convivialità;
- azioni terapeutiche di musicoterapia e di educazione al paziente diabetico;

La Place Santé inoltre, ospita un comitato di quartiere per mobilitare gli abitanti attorno a problematiche di salute. Dopo la tragica morte di due donne di Franc Moisin/Bel Air che incontravano pesanti difficoltà sociali, il comitato si occupa in particolar modo di rispondere al fenomeno dell'isolamento.

È significativa l'esperienza dell'*Association Communautaire Santé Bien-Être* perché è ben orientata, sin dalla sua nascita, verso la salute comunitaria. Sono punti chiave delle sue azioni: l'intersectorialità, l'attenzione verso la comunità e il suo coinvolgimento. È inoltre interessante l'integrazione fra il sanitario e il sociale che il centro e alcuni interventi posti in essere rappresentano. *La Place Santé* è un luogo di convivialità e di scambio, dove combattere l'isolamento e poter accedere a momenti di formazione e socializzazione, uno spazio dove il quartiere e suoi abitanti si prendono cura, insieme, di loro stessi⁶⁸.

68 Si invita alla visione del video di presentazione del centro *La Place Santé* in cui ben si

Il “Programa Saúde da Família” in Brasile⁶⁹

Il Programma Salute per la Famiglia introdotto nel 1994 dal Ministero della Salute brasiliano è interessante perché possiamo trovare diversi spunti che ci riconducono al tema della salute comunitaria. Il programma riprende il precedente *Programa de Agentes Comunitarios de Saúde* della metà degli anni Ottanta che introduce, nelle regioni del nord-est del paese, agenti comunitari di salute (o meglio conosciuti in ambito internazionale come *Community Health Workers*): una figura di raccordo, interna alla comunità in cui lavora, tra il sistema sanitario e la popolazione. I primi agenti brasiliani seguivano tre mesi di *training*, per poi visitare mensilmente dalle 50 alle 250 famiglie e, sotto la supervisione del personale infermieristico, fornire cure prenatali, vaccinazioni, controlli e promuovere l'allattamento al seno. Con il *Programa Saúde da Família* in seguito, l'obiettivo è quello di lavorare sulla sorveglianza sanitaria e stabilire un vincolo forte tra sistema di salute e comunità in cui si lavora. Vengono create quindi delle équipes multi-professionali, composte da un medico, due infermieri e sei agenti comunitari, che rispondono ai bisogni di salute di un bacino territoriale formato da un numero di famiglie compreso tra 600 e 1000. La figura del *Community Health Worker*, sviluppata soprattutto in paesi africani, asiatici e sudamericani, è molto interessante perché permette di avvicinare al sistema sanitario anche i gruppi sociali più vulnerabili, soprattutto in aree dove i servizi sono scarsi o comunque raggiungibili con difficoltà. In Brasile, l'*Agente comunitário de saúde*, attraverso visite periodiche alle famiglie assistite, monitora la condizione di salute della popolazione e svolge un ruolo di promozione, prevenzione e vigilanza; a livello organizzativo, è responsabile della gestione della domanda assistenziale, delle riunioni d'équipe e della pianificazione delle azioni. Insomma, il *Programa Saúde da Família* interessa la salute comunitaria in quanto propone una serie di interventi, in un'ottica multi-professionale, che avvicinano il sistema sanitario alla comunità, servendosi e valorizzandone risorse interne, quali sono gli agenti comunitari di salute.

comprende quanto espresso nel paragrafo. Disponibile al sito
<<https://www.youtube.com/watch?v=bs3ieXHxHTg>>, consultato il 4.04.2016.

69 Per la breve descrizione dell'esperienza mi sono basato su Canini, 2015; Serapioni, 2011; Lehmann, Sanders, 2007.

La realtà italiana

Per trovare stimoli nel contesto italiano che ci riconducano all'idea di salute comunitaria, iniziamo con l'introdurre il tema della partecipazione, del coinvolgimento e dell'ascolto dei cittadini da parte dei servizi e delle organizzazioni. Pellegrino e Nicoli (2011) disegnano uno scenario contemporaneo di superamento della rigida gerarchia tra erogatori di sapere (professionisti, medici, insegnanti, ecc.) e fruitori (utenti, studenti, pazienti, ecc.), dominante fino agli anni Ottanta. La fine delle ideologie e la crisi di quelle forme di aggregazione che le portavano nei contesti locali (es. i partiti politici) ha avuto come conseguenza la “moltiplicazione degli immaginari individuali sull'ordine sociale”⁷⁰ e l'aumento della resistenza all'affidamento passivo alle istituzioni. Da queste considerazioni si rende sempre più necessaria l'attivazione di processi di partecipazione dei cittadini nella definizione delle politiche e nella programmazione dei servizi⁷¹. Ad oggi, il contributo più significativo a livello normativo in questa direzione è portato dalla Legge 328/2000, che con l'istituzione dei Piani di zona invita comuni, Asl e soggetti del terzo settore a collaborare per la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sociali e socio-sanitari di un determinato ambito territoriale.

Andando nello specifico nel settore sanitario, un documento del Programma nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità del 2005 intitolato “Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità”, nella presentazione, ricorda: “La partecipazione alle scelte sulle problematiche relative alla salute è un diritto oltre che un dovere del cittadino e le ricerche pubblicate in letteratura indicano che la presenza di non professionisti nelle sedi in cui si discute di salute e sanità non solo arricchisce quanto prodotto, ma soprattutto porta una visione nuova e diversa dei problemi, spesso trascurata da operatori sanitari e decisori politici”⁷². Il documento sottolinea che il coinvolgimento dei cittadini contribuisce a creare consenso intorno all'organizzazione e alla modalità di fornitura dei servizi, fa acquistare maggiore consapevolezza agli individui sui propri diritti e sull'organizzazione dei sistemi di salute e favorisce l'attivazione di processi di

70 Pellegrino, Nicoli, 2011.

71 Pellegrino, Nicoli, 2011.

72 Programma Nazionale per le Linee Guida, 2005.

empowerment comunitario. A livello legislativo sia la Legge 419/1998 che la 229/1999 invitano alla partecipazione dei cittadini e delle loro forme organizzative alla programmazione e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. Seppur l'Italia sia ancora agli inizi rispetto ad altri paesi, esistono possibilità ed esperienze di partecipazione molto interessanti che il Pnlg passa in rassegna: *partnership* tra Asl e associazioni, progettazioni partecipate dei Piani di salute, progettazioni partecipate su specifiche tematiche in varie aziende sanitarie dell'Emilia Romagna, laboratori di idee, piattaforme, coordinamenti, ecc. Il documento si conclude con delle raccomandazioni sul coinvolgimento di pazienti e cittadini in diversi ambiti:

- nella stesura di linee guida dei servizi sanitari, che senza il contributo degli utenti rischiano di essere lontane dalla realtà quotidiana;
- nella pratica clinica, nelle modalità di assistenza e nella relazione medico-paziente con interviste, questionari, *focus group*;
- nella dimensione più politica, per esprimere priorità, proporre nuovi servizi o interventi di miglioramento;
- in questioni specifiche, coinvolgendo le associazioni di pazienti, per affrontare al meglio problematiche e bisogni.

Un questionario non basta per migliorare un servizio, ma “è necessario costruire un’alleanza, una forte *partnership* e comunicare efficacemente. Le proposte di cambiamento di un servizio dovrebbero fondarsi sulle valutazioni e sulle esperienze delle persone che utilizzano il servizio stesso o che potrebbero usarlo in futuro”⁷³.

Salute comunitaria significa anche avere un approccio globale alla salute. Su questo argomento da qualche anno è attiva la Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale, un *network* che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche, Ong, associazioni, gruppi, studenti e singoli individui impegnati nella promozione e formazione in salute globale. Riisg porta avanti la convinzione che sia necessario un arricchimento dei *curricula* delle facoltà mediche in questa direzione, ma anche di tutti i processi formativi di chi è coinvolto nella promozione e tutela della salute. Gli operatori sanitari, secondo la piattaforma,

73 Programma Nazionale per le Linee Guida, 2005.

rischiano di trasformarsi in tecnici competenti iperspecializzati; al contrario dovrebbero essere consapevoli di agire per il benessere comune, e per questo non rinunciare a relazionarsi con tutti quei settori della società e quelle discipline che lavorano alla ricerca del bene comune⁷⁴.

In precedenza abbiamo visto che il lavoro di comunità è parte integrante dell'idea di salute comunitaria. In Italia, nella disciplina di servizio sociale, questo concetto è presente fin dalla prima metà del Novecento, al fine di sviluppare “processi democratici e di responsabilizzazione della comunità nei confronti dei suoi problemi”, attraverso “l'insieme complesso di analisi, ricerca, progettazione, azione e strategia professionale che il servizio sociale adotta per concorrere allo sviluppo della comunità locale”⁷⁵. In ambito sanitario invece, il lavoro di comunità si sta facendo strada solo in questi ultimi anni: l'infermiere di famiglia e di comunità va in questa direzione. La figura, proposta dall'obiettivo quindici del documento programmatico Salute 21 dell'Oms, dovrebbe essere di supporto al medico di medicina generale, in riferimento ad un numero determinato di famiglie. Dovrebbe gestire e garantire il processo e la continuità assistenziale, sfruttare il contatto con le famiglie e la comunità per analizzare i bisogni e per lavorare sul campo della prevenzione, promuovendo azioni di salute, e lavorare a stretto contatto con gli altri servizi preposti al benessere sociale. Un sistema di cure primarie vicine al cittadino permette una riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli eventi di riacutizzazione di malattie, una maggiore aderenza alle terapie e in generale una maggior consapevolezza e partecipazione attiva nei processi di cura e assistenza; il lavoro tecnico-relazionale dell'infermiere può inoltre supportare le famiglie nell'affrontare determinati bisogni e problematiche, orientandole attraverso i servizi locali e favorendo la loro autonomia⁷⁶. L'infermiere di famiglia e di comunità esiste da diversi anni in alcuni paesi, quali Stati Uniti, Canada, Australia, Finlandia; il panorama italiano offre alcuni corsi universitari sul tema e qualche sperimentazione in Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Puglia, Toscana e Valle d'Aosta⁷⁷.

74 Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale, 2015, 28-32.

75 Allegri, 2013, 577-578.

76 Obbia, Menarello, Maddalena, 2014, 16-17.

77 Obbia, Menarello, Maddalena, 2014, 18.

In conclusione, il concetto di salute comunitaria, ancora poco usato in Italia, si avvicina a tutti quei progetti legati ai temi della partecipazione e dello sviluppo comunitario e agli interventi di promozione della salute. Il mondo della sanità e i decisori politici, oltre che i cittadini, sono chiamati a far proprio questo approccio, puntando al coinvolgimento di quanti più attori possibili nella costruzione del benessere della collettività, anche sotto il profilo più strettamente sanitario.

CAPITOLO II

SALUTE E IMMIGRAZIONE

2.1. DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E IMMIGRAZIONE

2.1.1. Le disuguaglianze di salute e i determinanti

Nella seconda metà del Novecento, l'Europa presenta due fenomeni in controtendenza: da un lato un aumento generalizzato della speranza di vita, dall'altro importanti differenze nei tassi di mortalità e morbilità, legate alla classe sociale d'appartenenza¹. Nonostante la diffusione dei Servizi sanitari nazionali nel corso del secolo insomma, rimangono accentuate le disuguaglianze di salute all'interno della società². Parliamo di disuguaglianze per indicare differenze misurabili, tra gruppi sociali, connotate da un valore negativo; ovvero “*status* diversi degli individui (o di interi settori della società) che hanno un accesso differenziale al bene salute, in termini di maggiore esposizione ai rischi, peggiore alimentazione, minore informazione preventiva e scarsa tutela nell'ambiente di lavoro”³.

Le ipotesi più avvalorate per spiegare la persistenza delle disuguaglianze di salute sono quelle che si focalizzano sui determinanti sociali⁴. Un contributo importante nell'affrontare questo tema è stato dato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che, nel 2005, ha costituito la Commissione sui Determinanti Sociali di Salute, presieduta dall'epidemiologo inglese Michael Marmot. L'idea centrale è che “la medicina e l'assistenza sanitaria costituiscono soltanto uno dei fattori che influiscono sulla salute della popolazione. In realtà, i fattori principali consistono nell'ampio spettro di condizioni sociali ed economiche in cui vivono le persone: la povertà nelle sue diverse manifestazioni, le ingiustizie, il deficit di istruzione, l'insicurezza alimentare, l'esclusione e la discriminazione sociale, l'insufficiente tutela della prima infanzia, le discriminazioni verso le donne, l'abitare in edifici

1 Cardano, 2009, 121.

2 Costa, 2009, 251.

3 Corradi, 2008, 12.

4 Cardano, 2009, 121.

malsani, il degrado urbano, la mancanza di acqua potabile, la violenza diffusa, le lacune e l'inadeguata qualità dei sistemi assistenziali”⁵. Il Rapporto finale della Commissione sottolinea che le disuguaglianze di salute sono evitabili e dipendono, oltre che dall'efficacia del sistema sanitario, anche dalle circostanze in cui gli individui crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Stiamo parlando di contesti di vita in cui forze politiche, sociali ed economiche hanno un impatto non indifferente⁶.

Già nell'Ottocento, alcuni studiosi riconoscevano nello sviluppo sociale ed economico e nelle sue conseguenze sull'igiene e sulla povertà le principali cause delle epidemie che affliggevano le popolazioni di allora⁷. Durante il XX secolo però, i progressi della medicina e l'attenzione agli stili di vita fanno passare in secondo piano le radici sociali ed ambientali della salute, “radici che oggi l'evidenza delle disuguaglianze di salute ci restituisce più attuali che mai”⁸. Assistiamo quindi, ad una rinnovata sensibilità a livello internazionale, grazie alla quale nascono documenti e raccomandazioni in favore di una politica di promozione della salute attenta ai determinanti sociali⁹. Ne è un esempio la dichiarazione *Health on All Policies*, adottata a Roma il 18 dicembre 2007, dai ministri della salute dei paesi dell'Unione Europea, in cui si raccomandano strategie comuni e azioni coordinate tra le varie politiche che influiscono sulla salute¹⁰.

La figura 1, elaborata da G. Dahlgren e M. Whitehead¹¹, concettualizza i molteplici fattori che influenzano – o meglio determinano – la salute di un individuo e di una comunità.

5 Berlinguer, 2006, 23-24.

6 Commissione sui determinanti sociali di salute, 2008.

7 Costa (2009) cita Rudolf Virchow, scienziato e politico tedesco del XIX secolo, a cui viene attribuita la frase: “La politica non è altro che la medicina su scala più vasta”. La consapevolezza dei fattori economici e sociali che influenzano la malattia, portano Virchow ad occuparsi, nel parlamento prussiano, di politiche di risanamento.

8 Costa, 2009, 251.

9 Costa, 2009, 251.

10 Per un approfondimento si rimanda al sito <http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_it.htm>, consultato il 21.03.2016.

11 Dahlgren G., Whitehead M., 1991.

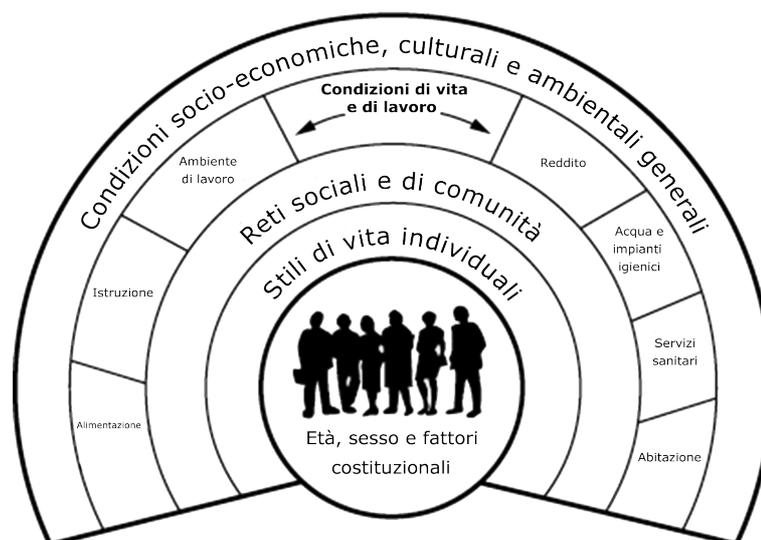


Figura 1. I determinanti di salute

I cerchi concentrici esplicitano i determinanti di salute. Il cuore del modello è costituito dalle caratteristiche biologiche dell'individuo, in generale non legate a scelte personali; troviamo intorno altri fattori, invece, legati a scelte individuali, ma anche e soprattutto politiche¹². Il disegno evidenzia che la salute e il benessere del singolo e della comunità dipendono da diversi livelli di responsabilità, correlati e in interazione fra loro. Per fare un esempio, gli stili di vita sono fortemente condizionati dal contesto familiare e sociale di un individuo, che a sua volta è influenzato dalle condizioni di vita e di lavoro¹³. Condizioni sociali, economiche, ambientali e lavorative disagiate, povertà e discriminazione, disoccupazione, esclusione sociale portano a condizioni di salute peggiori¹⁴.

Le disuguaglianze insomma, sono prodotte e alimentate dall'intreccio di varie dimensioni. È importante quindi, considerare tutti quei fattori, oltre a quelli strettamente sanitari, che in qualche modo vanno ad influenzare la salute dell'individuo e della comunità. La distribuzione ingiusta dei determinanti contribuisce nella riproduzione delle disuguaglianze in salute tra i diversi gruppi sociali. In questo ambito le politiche pubbliche possono fare molto per modellare un ambiente sociale che, sotto vari aspetti, sia orientato al miglioramento della salute e del benessere dell'individuo e della comunità.

12 Maciocco G., Santomauro F., 2014, 32-33.

13 Stefanini A., Albonico M., Maciocco G., 2006, 37-39.

14 Wilkinson R., Marmot M., 2006.

2.1.2. I determinanti sociali e sanitari

Sono numerosi gli studi in cui si parla di “razializzazione delle disuguaglianze di salute”¹⁵: un fenomeno che evidenzia la distribuzione diseguale del bene salute, delle malattie e delle patologie tra autoctoni e immigrati¹⁶. Si riscontra una vulnerabilità differenziata che non può essere ricondotta solamente a ragioni biologiche, ma piuttosto a processi di esclusione sociale - prodotti dalla società - che più fortemente coinvolgono individui che hanno sperimentato una storia di emigrazione¹⁷. Per loro si riscontra un'aspettativa di vita inferiore alla popolazione generale, una mortalità infantile maggiore, una modalità più frequente di accesso ai servizi scorretta connessa ad un rischio di prestazioni inadeguate. Sono, inoltre, più esposti a fattori di rischio quali: vivere in condizioni abitative di bassa qualità, in zone urbane degradate con pochi servizi; povertà economica e disoccupazione; situazioni lavorative di irregolarità e sottopagate, spesso ad alto rischio; barriere fisiche, legislative e sociali che ne impediscono l'accesso ai servizi¹⁸. Insomma, se le disuguaglianze di salute hanno alla radice dei processi di tipo sociale, dobbiamo allora tener presente il “razzismo istituzionale”¹⁹, le sue pratiche, le sue politiche, i processi di “inferiorizzazione giuridica e sociale”²⁰ alimentati dal legislatore e dai mass-media. “Il diritto speciale riservato agli immigrati, la precarietà lavorativa e sociale loro imposta, la segregazione e la stigmatizzazione pubblica loro assegnata”²¹ non possono che avere conseguenze negative sul piano della salute.

In letteratura si evidenzia che ad influire sulle condizioni di salute degli immigrati, oltre che ai determinanti di carattere sociale, vi sono quelli a carattere sanitario²². Infatti, “per gli immigrati, più che per gli autoctoni, oltre ai sistemi di produzione, ai fattori socio-economici e alle caratteristiche della società, pesa sulle disuguaglianze di salute, il sistema sanitario, il suo modo di funzionare, le disuguaglianze all'accesso che esso produce”²³. Ci riferiamo a quei determinanti

15 Tognetti Bordogna, 2008, 20.

16 Perocco, 2008, 87.

17 Tognetti Bordogna, 2008, 70-71.

18 Marceca, Geraci, Martino, 2006, 310-311.

19 Basso, 2010.

20 Ferrero, Perocco, 2011, 25.

21 Perocco, 2008, 87-88.

22 Costa, Spadea, Cardano, 2004.

23 Tognetti Bordogna, 2008, 73.

organizzativi che contribuiscono a rendere difficile l'accesso al sistema sanitario. Sono evidenti infatti, tra la popolazione, le disuguaglianze nella conoscenza del funzionamento dei servizi, delle loro pratiche, delle loro risorse per la salute; questo è vero soprattutto per chi proviene da contesti di vita, sistemi di tutela della salute e culture differenti da quella ospitante, con un'idea di salute e malattia che può essere altra rispetto a quella prevalente nel paese di immigrazione²⁴.

Le teorie dell'effetto migrante sano e dell'effetto migrante esausto, ampiamente citate in letteratura, confermano la rilevanza dei determinanti sociali e sanitari rispetto ai fattori costituzionali dell'individuo, per spiegare la vulnerabilità differenziata tra autoctoni e immigrati. La volontà di portare a successo il progetto emigratorio porta soprattutto soggetti con buone caratteristiche di salute ad emigrare, in qualità di “pionieri della migrazione della propria famiglia, gruppo, paese”²⁵. Infatti, in genere, chi emigra è soprattutto un giovane adulto che, al paese di destinazione, può apportare forza lavoro, punto chiave del successo del proprio spostamento. Ovviamente queste considerazioni valgono meno per chi è costretto a scappare da gravi situazioni politiche, ambientali, di guerra o di persecuzione; profughi, sfollati e richiedenti protezione internazionale spesso, possono già all'arrivo presentare un grado di vulnerabilità molto alta, motivata dal contesto fortemente problematico da cui si allontanano. Riprendendo il caso di chi mette al centro del progetto emigratorio la propria forza lavoro, l'effetto migrante sano viene meno con la stabilizzazione dell'individuo nel contesto che lo ospita²⁶. Il profilo di salute cambia con quello demografico (invecchiamento), ma “certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in “dotazione” del migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di “fattori di rischio” e malattie che incombono nel paese ospite, soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale

24 Tognetti Bordogna, 2008, 73.

25 Geraci, 2005, 58.

26 Geraci, 2005, 61.

compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari nonostante le leggi"²⁷. Insomma, i fattori strutturali e sociali del contesto che ospita l'emigrato influiscono maggiormente sul suo stato di salute, rispetto a caratteristiche biologiche e individuali.

2.1.3. L'accesso ai servizi sanitari

Il tema dell'accessibilità è strettamente connesso con quello della produzione e riproduzione delle disuguaglianze. È stato dimostrato che il Servizio sanitario nazionale, istituito in Italia nel 1978, “seppure ispirato ai principi di gratuità, universalità ed equità, non è riuscito a evitare il riprodursi di forme di disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie”²⁸. La convinzione che un numero alto di servizi porti necessariamente ad un miglioramento delle condizioni di salute della società è riduttiva²⁹. Un approccio di questo tipo si concentra solamente sulla dotazione di risorse, trascurando una riflessione sull'effettiva capacità degli individui di utilizzarle³⁰. Più efficace appare l'approccio delle capacità, elaborato da Amartya Sen e sviluppato anche da Martha Nussbaum, che “significa non già chiedersi quale sia il livello di ricchezza e neppure solo come questa sia distribuita (cioè il livello di disuguaglianza). Significa piuttosto chiedersi che cosa le persone siano in grado di fare ed essere in quella particolare società”³¹.

Seguendo quanto detto sopra, introduciamo la definizione del concetto di accessibilità dei servizi sanitari proposta da Donabedian (1973) che “la considera come un attributo del sistema sanitario che va al di là della mera presenza e “disponibilità di risorse” in un dato momento e in un dato luogo; questo criterio include infatti anche le “caratteristiche delle risorse” che ne facilitano od ostacolano l'utilizzo da parte dei potenziali fruitori. Non è sufficiente, allora, garantire un'equa distribuzione delle risorse assistenziali nello spazio e nel tempo; occorre agire su quanto può costituire una barriera di natura psicologica, culturale,

27 Geraci, 2005, 61.

28 Bruni, Fasol, Gherardi, 2007, 18.

29 Bruni, Fasol, Gherardi, 2007, 19.

30 Sen, 1982.

31 Saraceno, 2002, 8-9.

sociale”³². Inoltre, la questione dell'accessibilità non riguarda solamente eventuali barriere iniziali d'accesso, ma tutte quelle che si possono incontrare durante l'arco del percorso di cura³³. Bruni, Fasol, Gherardi (2007) ben rappresentano l'accesso ai servizi con l'immagine di un'oscillazione all'interno di un *continuum*, ai cui estremi troviamo il “dentro” e il “fuori”. La loro ricerca infatti, dimostra che l'utente che ottiene l'accesso al servizio prescelto, spesso, incontra “nel prosieguo del suo percorso ostacoli, deviazioni e sbarramenti”³⁴.

Kerse individua le barriere, enunciate qui sotto, che influenzano l'accesso e l'utilizzo dei servizi³⁵:

- barriere giuridico legali legate al possesso o meno del permesso di soggiorno, alla condizione giuridica in genere;
- barriere organizzative legate al modello di organizzazione del servizio;
- barriere burocratiche, procedure amministrative, molteplicità di passaggi per accedere alla prestazione;
- barriere amministrative come i ticket, le fasce di reddito, ecc.;
- barriere comunicative dei servizi e degli operatori verso l'esterno, l'impersonalità e la freddezza;
- barriere linguistiche che vanno ad influire in quelle comunicative;
- barriere interpretative e di riconoscimento delle risorse, legate a idee di *welfare* e di aiuto differenti fra operatore e utente.

È indubbio che questi ostacoli toccano qualsiasi tipologia di utenza, italiana e straniera; ma la particolare condizione di un individuo, immigrato ed emigrato allo stesso tempo, che vive una situazione di sradicamento e di scarso supporto sociale, non può che far pesare in modo rilevante queste barriere nel suo accesso ai servizi³⁶.

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali, tra il 2011 e il 2012³⁷, ha curato un'indagine sull'accesso alla salute da parte dei migranti nell'area torinese, portando alla luce i nodi problematici che limitano l'accessibilità ai servizi

32 Bruni, Fasol, Gherardi, 2007, 21.

33 Kasper, 2000.

34 Bruni, Fasol, Gherardi, 2007, 147-148.

35 Tognetti Bordogna, 2004, 21.

36 Tognetti Bordogna, 2004, 21.

37 Biglino, Olmo, 2014.

sanitari. I ricercatori, dalle interviste, hanno riscontrato che il primo grado di difficoltà è costituito dall'eccessiva burocrazia, che ha conseguenze negative nell'orientamento dell'utente nel sistema. Gli autori definiscono il sistema sanitario italiano “poco *user-friendly*”³⁸. Un altro ostacolo importante è costituito dalle barriere linguistiche. La ricerca sostiene l'importanza di predisporre una cartellonistica e del materiale informativo in lingua straniera, e di avere mediatori culturali e personale sanitario straniero nei servizi. Infine, un nodo importante nel discorso sull'accessibilità è il ruolo dell'informazione, sia per gli stranieri, sia per gli operatori. Appare evidente l'importanza, per entrambi gli attori, di una corretta conoscenza di base sui diritti degli immigrati, sui servizi sanitari, sul corretto loro utilizzo e sulla prevenzione e cure delle malattie.

2.2. IMMIGRAZIONE E SERVIZI

2.2.1. La migrazione: un fenomeno strutturale

La migrazione è oggi un fenomeno strutturale a livello internazionale. Come sottolinea Basso (2003), i governi e gli stati non sono altro che attori non protagonisti di un processo migratorio alimentato dalla “riproduzione allargata ed esasperata” delle disuguaglianze nello sviluppo tra aree del mondo. La formazione di un mercato mondiale - di beni, servizi, capitali, manodopera – in un sistema gerarchico di supremazia dell'Occidente rispetto alle altre parti, ha portato a notevoli disuguaglianze di sviluppo tra paesi ed aree. Ad alimentarle concorre l'espansione delle politiche e del sistema neoliberista a livello mondiale³⁹. Nel pensiero neoliberista infatti, le disuguaglianze sono un vero e proprio motore, “sono considerate un fattore di dinamismo e di crescita, un valore positivo e un elemento vitale, necessario per il buon funzionamento della società”⁴⁰. In questo scenario emerge il movimento emigratorio come questione sociale: “la sola vera possibilità di riscattarsi in pieno da una condizione che i rapporti di forza esistenti tra il centro e le periferie del mercato mondiale vogliono come una condizione sociale di inferiorità”⁴¹. Ma non è tutto. La migrazione appare un fenomeno

38 Biglino, Olmo, 2014, 111.

39 Basso, 2003, 82-109.

40 Perocco, 2012, 15-16.

41 Basso, 2003, 96.

strutturale del sistema mondiale anche per le dinamiche del mercato mondiale del lavoro. Nonostante la retorica “tolleranza zero” di gran parte dei paesi occidentali⁴² infatti, la domanda di forza-lavoro precaria a basso costo delle loro economie è inesauribile⁴³. La precarizzazione e la criminalizzazione del migrare è funzionale a creare una massa di lavoratori, per lo più al nero, deboli e con scarso potere di negoziare sulle proprie condizioni lavorative e di vita⁴⁴.

La dimensione strutturale del fenomeno migratorio appare evidente anche restringendo il focus. In Italia, dagli anni Ottanta in poi, si riscontra un costante aumento delle presenze straniere⁴⁵; prima soprattutto nelle regioni settentrionali, per ragioni di attrattività economica, ma progressivamente anche in quelle centro-meridionali⁴⁶. Dopo essere stato per lungo tempo, nel corso del Novecento, un paese di emigrazione, oggi i numeri lo dipingono come meta di immigrazione. Al 1° gennaio 2016, dei 60 milioni 656 mila residenti nel territorio italiano, gli stranieri erano 5 milioni 54 mila: l'8,3% della popolazione totale⁴⁷. Il dato non comprende gli immigrati irregolari, difficilmente quantificabili: nello specifico, chi entra in territorio italiano privo dei requisiti necessari per farlo e chi, dopo essere entrato regolarmente, li perde nel corso del proprio soggiorno. La Fondazione Ismu, al 1° gennaio 2015, ne stimava 404 mila⁴⁸.

Anche l'analisi della tipologia dei permessi di soggiorno rilasciati dal 2008 al 2014 restituisce l'immagine di un fenomeno strutturale. Di tutti i permessi rilasciati nel 2014, il 10,98% erano di primo soggiorno, il 35,34% rinnovi e i soggiorni di lungo periodo erano il 53,68%. Nel 2008 invece, le percentuali si attestavano rispettivamente al 14,69%, 39,20% e 46,11%. Se da un lato i dati registrano una diminuzione di nuovi ingressi nel corso del tempo considerato, dall'altro fanno vedere come sia cresciuto il numero di immigrati che giunti in Italia, manifesta la volontà di rimanere stabilmente attraverso la richiesta di permessi di lungo periodo⁴⁹. Inoltre, sebbene il principale motivo d'immigrazione

42 Basso, Perocco, 2003, 8.

43 Basso, 2003, 104.

44 Basso, Perocco, 2003, 14.

45 Marceca, Geraci, Martino, 2006, 307.

46 *Dati statici sull'immigrazione in Italia dal 2008 al 2013 e aggiornamento 2014*.

47 Dati Istat disponibili al sito <<http://www.istat.it/it/archivio/180494>>, consultato il 23.04.2016.

48 Fondazione Ismu, <<http://www.ismu.org/wp-content/uploads/2015/12/Comunicato-XXI-rapporto-Ismu.pdf>>, consultato il 2.05.2016.

49 *Dati statici sull'immigrazione in Italia dal 2008 al 2013 e aggiornamento 2014*, 468.

sia ancora il lavoro, fin dalla prima metà degli anni Novanta, è stata progressivamente crescente l'immigrazione per ricongiungimento familiare. Un accenno va riservato anche ai dati sulle acquisizioni di cittadinanza; dai 28.659 nuovi cittadini del 2005, si è passati ai 129.887 del 2014: una variazione percentuale del 353,2% nell'arco di tempo considerato⁵⁰. I numeri presentati lasciano intendere una volontà di stabilità e inserimento nella società ospitante da parte dei protagonisti della migrazione, confermando l'idea di una loro presenza strutturale e duratura nel nostro paese⁵¹.

Le considerazioni portate vanno a scontrarsi con la gestione nazionale del fenomeno migratorio negli ultimi anni. Appare evidente, già prestando attenzione alle dichiarazioni politiche riportate dai media quotidianamente, che l'obiettivo ultimo è spesso quello di ostacolare e limitare l'immigrazione. Ma non solo a parole. La condizione dell'immigrato, anche a livello legislativo, è caratterizzata da una costante precarizzazione: dalla prima regolarizzazione ai continui rinnovi del permesso di soggiorno⁵².

L'impianto normativo in materia, fondato sul Testo Unico Immigrazione, prevede che, per ottenere in modo regolare permessi di soggiorno per motivi di lavoro subordinato, l'incontro fra domanda e offerta si venga a creare nel paese d'origine dello straniero. I fatti ci dimostrano che, spesso, non è così. Basti pensare alle sanatorie: procedure, a carattere periodico ed eccezionale, con cui si regolarizzano a posteriori posizioni di irregolarità amministrativa legata al soggiorno. “In presenza di una politica migratoria che funziona, il ricorso alle regolarizzazioni dovrebbe essere raro (...). In Italia, invece, è accaduto che, a partire dalla prima legge sull'immigrazione, tutte le volte in cui sia stata emanata una nuova legge, sia stata stabilita anche una procedura di regolarizzazione. È quanto è accaduto nel 1986 (con la l. n. 943), nel 1990 (con la l. n. 39 o legge Martelli), nel 1995 (d.l n. 489 o Decreto Dini), nel 1998 (l. n. 40 o la legge Turco-Napolitano), nel 2002 (l. n. 189 o legge Bossi-Fini) e, da ultimo, nel 2009, con la regolarizzazione dei lavoratori del settore domestico e di cura. Una misura, dunque, che da eccezionale si è fatta “regolare” e che ha attraversato

50 *Dossier statistico immigrazione 2015*.

51 Marceca, Geraci, Martino, 2006, 311-312.

52 Ferrari, Rosso, 2008, 11.

trasversalmente tutti i governi”⁵³. L'Istat stima che 1/3 degli immigrati oggi regolari abbia conosciuto periodi di irregolarità e sia emerso grazie alle sanatorie⁵⁴. Insomma, nonostante le restrizioni poste dalla legge, il fenomeno migratorio è duraturo e i suoi protagonisti, come accennato in precedenza, sono orientati alla stabilizzazione in Italia.

2.2.2. Il fenomeno migratorio investe i servizi

I servizi alla persona non possono prescindere da una riflessione sul fenomeno migratorio poiché “in uno scenario di utenza che migra sempre più marcato, sarebbe anacronistico continuare a considerare la presenza dello straniero nei servizi come presenza eccezionale, particolare, in quanto l'utente immigrato è e sarà sempre più l'utente dei servizi”⁵⁵. Come sottolinea Ferrari (2010), spesso i servizi e gli operatori che lavorano nell'ambito dell'immigrazione sono caratterizzati da una generale provvisorietà: dal tipo di contratto degli operatori, ai finanziamenti dei progetti grazie ai quali i servizi sono posti in essere. La logica dominante che permea il settore pubblico nella sua azione in campo migratorio è quella emergenziale: si punta a dare una pronta risposta all'emergenza, ma senza una visione di lungo periodo. Ciò apre la strada al terzo settore, protagonista nel colmare i gap lasciati dall'azione statale⁵⁶.

La riflessione della politica e dei servizi in materia di immigrazione non può prescindere dalle seguenti considerazioni:

- i flussi migratori che investono il nostro paese sono strutturali;
- la realtà migratoria è composta contemporaneamente da flussi di nuovi arrivati, con bisogni d'urgenza, e flussi in fase di stabilizzazione, composti da individui e famiglie inserite da tempo in una realtà complessa e diversificata, che fa emergere bisogni specifici⁵⁷;
- gli immigrati non sono un insieme omogeneo, in quanto ciascuno presenta una specifica storia migratoria e una specificità biografica, culturale,

53 *Comunicare l'immigrazione. Guida pratica per gli operatori dell'informazione*, 152.

54 *Comunicare l'immigrazione. Guida pratica per gli operatori dell'informazione*, 152.

55 Tognetti Bordogna, 2004, 17.

56 Ferrari, 2010.

57 Tognetti Bordogna, 2004, 14.

geografica⁵⁸;

- l'esperienza migratoria è spesso accompagnata da isolamento sociale, mancanza di potere, precarietà, difficoltà nella comprensione e nell'orientamento nelle dinamiche della società ospitante, discrepanza fra il sé immaginato e il sé reale⁵⁹.

La relazione dell'immigrato con i servizi alla persona favorisce e accelera il suo processo di autonomia nel nuovo contesto, spingendolo e a volte costringendolo ad attivare e sviluppare capacità, risorse relazionali, competenze linguistiche e di orientamento⁶⁰. Da questa considerazione si comprende la necessità di tenere in considerazione e curare questa relazione, sia da parte della politica, sia da parte dei servizi, per favorire l'integrazione e il benessere nel nostro paese.

La persona che approccia un servizio viene a contatto sia con la realtà organizzativa e burocratica, sia con il suo rappresentante più prossimo: l'operatore. Una riflessione indirizzata a ridurre l'asimmetria⁶¹ fra l'utente, da un lato, e l'organizzazione e l'operatore, dall'altro, non può che tener conto di questa duplicità. Appare evidente quindi, l'importanza di lavorare su due fronti: contrastare le barriere che ostacolano una buona accessibilità a livello di sistema organizzativo (già viste in precedenza) e, allo stesso tempo, impegnare risorse per curare lo spazio relazionale fra l'utente e l'operatore. Quest'ultimo infatti, gioca un ruolo chiave nel contatto fra immigrato e servizi alla persona; nella loro interazione, pregiudizi, atteggiamenti negativi e scarsa attenzione contribuiscono a sfavorire la creazione di un buon clima⁶². Inoltre, troppo spesso è lasciata all'iniziativa individuale degli operatori l'acquisizione di competenze utili per affrontare le complessità e le difficoltà poste dall'utenza migrante⁶³.

La relazione è un nodo chiave. In base alla classificazione proposta da Robin Leidner, il lavoro degli operatori sociali e sanitari è un servizio interattivo il cui prodotto finale offerto all'utente è separabile dall'interazione che si viene a

58 Tognetti Bordogna, 2004, 14.

59 Tognetti Bordogna, 2004, 14.

60 Tognetti Bordogna, 2004, 25.

61 Ferrari, 2010, 153.

62 Tognetti Bordogna, 2004, 25-26.

63 Ferrari, 2010, 194.

creare, ma questa è importantissima per determinare la qualità del servizio offerto⁶⁴. Come il sociale allora, anche il sanitario, per molti suoi aspetti, può essere definito un lavoro relazionale, in cui cioè il prodotto finale è intimamente connesso al processo di produzione. Se assumiamo questo, gli esiti della relazione di cura dipenderanno anche dalla qualità dell'interazione fra medico e utente e dalle mosse comunicative di entrambi⁶⁵.

La risposta alle nuove questioni che l'immigrazione porta al sistema dei servizi, non può essere quella di crearne più speciali e specifici. Bisogna piuttosto porsi l'obiettivo di allargare la base di servizi e operatori in grado di accogliere un'utenza sempre più eterogenea, sotto il profilo linguistico, culturale e delle aspettative⁶⁶. Si tratterà di sperimentare nuovi modelli organizzativi, nuove modalità relazionali e di intervento. Tognetti Bordogna (2004) propone una nuova strategia operativa. I punti principali sono:

- la semplificazione e la facilitazione del percorso dell'utente nel panorama del *welfare*;
- l'importanza del lavoro di rete per rispondere alle problematiche di vario ordine che pone la migrazione;
- la necessità di curare la dimensione relazionale, in quanto spesso, in un contesto nuovo per l'immigrato, l'operatore diventa un punto di riferimento forte;
- accoglienza, flessibilità, fantasia, creatività, reciprocità come elementi chiave nella relazione con un utente proveniente da una cultura – linguistica, organizzativa, religiosa, ecc. – differente dalla propria;
- la creazione di percorsi facilitati all'interno del mondo dei servizi, attraverso protocolli, accordi, dialogo inter-servizi, per prevenire un cattivo uso di questi;
- il coinvolgimento della comunità e l'introduzione di elementi di progettualità condivisa.

Si tratta quindi di “lavorare sulla cultura organizzativa e sulla cultura degli operatori, formare il personale a partire da quello amministrativo. Di agire sul

64 Bonazzi, 2007, 157.

65 Ferrari, 2010, 152.

66 Visconti, 2004, 47.

contesto oltre che sostenere l'immigrato nel percorso nei servizi”⁶⁷.

Lo sforzo da mettere in atto è ambizioso, ma è solo in funzione degli stranieri? Richiamando alla mente le riflessioni di Sayad⁶⁸, mi chiedo se le problematiche nel rapporto fra immigrazione e servizi siano davvero solo problemi degli immigrati, oppure siano problemi della società, delle organizzazioni e delle istituzioni che emergono di fronte agli immigrati. L'accento sul valore dell'accoglienza, della reciprocità, la costruzione di una dimensione relazionale fra operatore e utente, la necessità di semplificare i percorsi di accesso, la partecipazione e il coinvolgimento della comunità: temi importanti per i servizi in riferimento al fenomeno migratorio, ma che, senza alcun dubbio, riguardano il rapporto con l'utenza tutta in generale. L'immigrato appare come un'opportunità per il *welfare*, poiché “sollecita la messa in gioco delle cornici e degli attori che stanno entro le cornici date, si tratta da un lato di accettare o rifiutare questa sfida, ma dall'altro di costruire approdi, strumenti, di individuare risorse; e ciò riguarda tanto i singoli attori quanto le loro organizzazioni, formali ed informali, di riferimento”⁶⁹. Agire per migliorare il rapporto tra immigrati e servizi, significa agire per costruire dei servizi migliori per tutti, che valorizzino la dimensione culturale, “costringendo sia le politiche che i sistemi organizzativi a decentrarsi e a comunicare meglio”⁷⁰. Geraci (2005) propone di parlare, piuttosto che di integrazione degli immigrati, di “società integrata in cui le diversità possano interagire senza venire assorbite”⁷¹. Si tratta di un ripensamento del nostro *welfare*, che valorizzi organizzazioni semplici e buone competenze relazionali e comunicative: un'occasione per rendere il sistema più fruibile non solo per la popolazione immigrata, ma anche per quella italiana⁷².

2.2.3. I servizi sanitari: tensione fra universalità e particolarità

La standardizzazione rappresenta il metodo classico delle organizzazioni per garantire una generale uguaglianza di trattamento nei servizi⁷³. Il loro uso però,

67 Tognetti Bordogna, 2004, 43.

68 Sayad, 2002, 241.

69 Ferrari, 2010, 211.

70 Tognetti Bordogna, 2005.

71 Geraci, 2005, 68.

72 Geraci, 2005, 68.

73 Bruni, Fasol, Gherardi, 2007, 33.

“non è meramente un passaggio di soglia, da fuori a dentro, ma è piuttosto uno spazio relazionale fra operatore e utente, uno spazio in cui il servizio (gli operatori, ciò che fanno o non fanno) e l'utente (il bisogno, la sua idea di bisogno, la rete relazionale attraverso la quale ha portato il suo essere malato) si confrontano, si attraggono (accesso) o si respingono”⁷⁴. Insomma, standardizzare talvolta porta a dimenticare che ogni utente è una persona particolare e concreta, in tutte le sue specificità e capacità, più o meno sviluppate. Anche la medicina e i suoi operatori, adottando il linguaggio della razionalità e dell'universalità, possono incorrere in questa dinamica. La tendenza a fare riferimento ad un uomo astratto può portare ad ignorare che il bisognoso di cure è un soggetto reale, contraddistinto da una specifica storia personale e sociale, sconosciuta ancor più se immigrato⁷⁵.

Intendere l'uso dei servizi sanitari come spazio relazionale, evidenzia l'importanza per l'operatore, nella relazione di cura, di tener conto che il paziente⁷⁶ è un soggetto concreto, con delle determinazioni sociali che lo contraddistinguono⁷⁷ e uno specifico vissuto di malattia. Su questo l'antropologia medica ci aiuta a capire meglio. La disciplina spiega che il concetto di “malattia” non si rifà ad una dimensione puramente biologica. Si distingue piuttosto fra *disease*, *illness* e *sickness*. Il primo termine è legato al linguaggio scientifico-clinico e alla malattia come fatto puramente biologico, come alterazione del funzionamento dell'organismo. Il secondo indica l'esperienza soggettiva della malattia, il significato che lo stato di sofferenza assume per il paziente, influenzato dalla sfera emotiva, familiare, culturale e sociale. Con *sickness* ci si riferisce, invece, al significato sociale e politico della malattia, a come questa viene percepita in un dato contesto, all'impatto delle categorie biomediche sulla realtà e alle ricadute nella vita degli individui⁷⁸.

74 Tognetti Bordogna, 2004, 20.

75 Chiaretti, 2008, 68.

76 Il termine “paziente”, presente in questo testo, è di uso comune. Segnalo che la Fnomceo (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) introduce in alcuni articoli dell'ultima revisione del Codice deontologico il termine “persona assistita”, in coerenza al cambio di paradigma della Medicina moderna, che passa da esclusiva azione di cura della malattia, a quella più vasta di promozione e tutela della Salute.

<http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=21671> , consultato il 8.07.2016.

77 Chiaretti, 2008, 68.

78 Vargas, 2012. Quaranta, 2006.

Il paziente quindi, non è solo un corpo, ma un individuo portatore di una propria cultura, cioè di un “insieme di visioni condivise, manifeste o non, che costituiscono convenzioni e pratiche; e idee, simboli e manufatti concreti che supportano convenzioni e pratiche dando loro significato”⁷⁹. L'utente ha una propria visione della malattia e della salute, e i flussi migratori chiamano in maniera forte il sistema sanitario a riflettere sul rapporto tra cultura e salute. Medicine tradizionali, credenze e usanze individuali e sociali entrano in gioco nella relazione tra operatore sanitario e utente dei servizi: per questo non può più essere tracciata una linea netta fra conoscenze e sistemi di cura scientifici da un lato, sistemi di valori e cultura dall'altro.

Agli operatori è richiesto di mettere in campo un approccio transculturale, che non presuppone la conoscenza di tutte le culture del mondo, piuttosto l'attitudine a costruire “una visione equilibrata, cioè capace di non sottovalutare né sopravvalutare, anche nel campo della salute, il portato della diversità”⁸⁰. In particolare, nel settore sanitario, si fa strada il concetto di medicina transculturale, una medicina “sensibile e attenta, una medicina dove nulla è dato per scontato, dove nulla è ovvio (...), dove il corpo malato non è una macchina che si rompe e dove mente-corpo non sono ambiti separati; dove la sfera del sociale e del sanitario si incontrano, (...) dove figure professionali diverse lavorano e vivono un progetto comune, dove ognuno con il proprio bagaglio professionale e umano si riscopre protagonista nella promozione della salute intesa come bene comune”⁸¹. È, ancora, una “medicina di domande prima ancora che di risposte; (...) è la medicina di operatori in mezzo a un guado, disposti a riformulare la propria identità professionale, permettendo ai propri parametri di divenire duttili, in modo da non rinunciare al sapere acquisito senza, al tempo stesso, lasciarsene imprigionare, aprendosi a prospettive che giungono loro dai pazienti e dal loro modo di rispecchiarsi in essi”⁸².

Per orientare i servizi verso un'ottica interculturale, gli operatori sanitari sono chiamati a lavorare su sé stessi, sul loro approccio alla professione e al

79 Trad. mia: “*The shared, overt and covert understandings that constitute conventions and practices, and the ideas, symbols, and concrete artifacts that sustain conventions and practices, and make them meaningful*”. The Lancet Commissions, 2014, 1610.

80 Marceca, Geraci, Martino, 2006, 316.

81 Geraci, Mazzetti, 2002, 133.

82 Mazzetti, 2003, 72.

paziente. Inoltre, due strumenti importanti da tener presente sono la formazione e la mediazione culturale. Una formazione adeguata per il personale sanitario, che permetta di assistere al meglio le persone, è parte integrante del diritto alla salute⁸³. Le offerte formative rivolte ai professionisti della sanità dovrebbero fornire strumenti per leggere il reale e la complessità del fenomeno migratorio e del contatto col paziente straniero⁸⁴. L'obiettivo è di favorire la costruzione di un percorso di cura condiviso e che tenga conto, nella relazione, della dimensione culturale. In questo, la mediazione culturale gioca un ruolo chiave. I mediatori sono figure-ponti nella relazione fra pazienti stranieri e personale socio-sanitario⁸⁵. La loro non è una mera azione di traduzione linguistica; la conoscenza approfondita della realtà culturale dell'utente e la condivisione di un percorso migratorio, permette di creare uno spazio di fiducia e accoglienza, e 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”⁸⁶.

2.2.4. “Il corpo appare come l'ultimo rifugio di una comune umanità”⁸⁷

L'attitudine del linguaggio medico a ridurre l'essere umano a mero corpo, osserva Sayad (2002), riflette la condizione generale dell'immigrato e il trattamento riservatogli: “Il linguaggio medico non può che essere una semplice variante del discorso comune sugli immigrati e sulla loro condizione. L'immigrato non è che il suo corpo (...) l'importanza organica del corpo, in fondo non è altro che l'importanza del corpo come organo, cioè essenzialmente come forza di lavoro (...). Tranne che nel lavoro e nelle altre circostanze che riguardano e impiegano il corpo dell'immigrato, l'immigrato rimane inferiore”⁸⁸. Riflettere sul nesso immigrato e salute porta a riflettere anche sulla questione, posta dall'autore, della legittimazione dell'immigrato, nella società di accoglienza, come puro corpo che lavora.

“Gli immigrati non specializzati sono stati a lungo ritenuti un complemento

83 Biglino, Olmo, 2014, 132.

84 Dallari, Carrillo, Ricci, 2006, 244.

85 Dallari, Carrillo, Ricci, 2006, 248.

86 Vargas, 2015, 189.

87 Fassin, 2006, 312.

88 Sayad, 2002, 283.

necessario alla forza lavoro nazionale, necessario allo sviluppo economico dei paesi ricchi. I loro corpi erano strumenti al servizio del paese che li ospitava (...). Oggi che il bisogno industriale di lavoro non specializzato è diminuito notevolmente, gli immigrati ingrossano le schiere dei disoccupati e le loro probabilità di rimanere senza lavoro sono triplicate rispetto a quelle dei cittadini francesi. In un contesto in cui i loro corpi produttivi sono diventati inutili – persino indesiderabili – a causa della reale o supposta concorrenza della forza lavoro, è il corpo che soffre che la società è pronta a riconoscere. Lungi dall'evocare sfiducia o sospetto, le malattie o gli incidenti sembrano essere l'unica fonte di legittimazione su cui i clandestini possono fare leva. (...) il corpo appare come l'ultimo rifugio di una comune umanità”⁸⁹. Questo è quanto afferma l'antropologo d'oltralpe Didier Fassin, in riferimento alla riforma del sistema di sicurezza sociale francese del 2000, volto ad offrire una copertura medica universale. Il diritto all'assistenza sanitaria, osserva l'autore, “difficilmente è stato messo in discussione, anche dai più conservatori tra i partecipanti al dibattito sull'immigrazione. (...) il diritto all'assistenza sanitaria sembra essere il più garantito di tutti i diritti concessi agli immigrati, a prescindere dal loro status legale: è molto più comprensivo di qualsiasi altro diritto civile o politico, più vasto di tutti gli altri diritti sociali”⁹⁰. E in Italia?

Senza dubbio, in un contesto di tagli alla spesa sociale e di costruzione di un *welfare* sempre più federale e locale, l'immigrato è il primo a farne le spese nella piramide di stratificazione della cittadinanza sociale⁹¹. La salute, tuttavia, è riconosciuta dalla Costituzione come diritto fondamentale di ogni individuo, a prescindere dalla cittadinanza. Difatti, le norme e i servizi prevedono l'assistenza sanitaria anche per gli stranieri irregolari, seppur in maniera differenziata, per quantità e qualità, a livello regionale. Mi chiedo però, se anche in Italia vi sia una cultura del corpo, per dirla alla Fassin, come “ultimo rifugio di una comune umanità”; insomma, se vi sia una condivisa cultura dei diritti umani e del diritto alla salute come tale. Difficile da dirsi. Ne è la prova l'approvazione del Pacchetto Sicurezza nel 2008, il cui testo sopprimeva il divieto di segnalare alle autorità,

89 Fassin, 2006, 311-312.

90 Fassin, 2006, 305, 310.

91 Basso, 2014, 103.

cittadini stranieri irregolari che richiedono prestazioni sanitarie. Sebbene l'azione parlamentare non sia andata a buon fine⁹², di fatto, input politici come quelli che hanno dato origine alla norma, vanno in direzione contraria a una cultura dei diritti umani – sulla carta – universale, sottendendo una sorta di gerarchia fra corpi. Neppure il corpo malato appare, per alcuni, meritevole di attenzione solamente in quanto tale.

2.3. DIRITTO ALLA SALUTE E IMMIGRAZIONE

2.3.1. La salute nel diritto internazionale dei diritti umani

Il diritto alla salute, meglio definito come “il diritto alle migliori condizioni di salute fisica e mentale raggiungibili”⁹³, è riconosciuto dalle principali fonti di diritto internazionale dei diritti umani. In particolar modo dall'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani (1948), dall'art. 5 della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale (1965), dall'art. 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1966), dall'art. 12 della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne (1979), dall'art. 24 della Convenzione sui diritti del bambino (1989), dagli artt. 28, 43, 45 della Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (1990) e dall'art. 25 della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (2006). L'Italia ha firmato e ratificato tutti gli strumenti sopra citati, ad eccezione della Convenzione sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie.

Secondo l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e l'Organizzazione Mondiale della Sanità⁹⁴, il concetto di diritto alla salute non si limita all'accesso all'assistenza sanitaria o alla presenza di ospedali, ma include una serie di fattori che influenzano la possibilità di avere una vita salutare, riferendosi ai determinanti di salute. Questo diritto è composto da libertà (*freedoms*) e diritti

92 È ancora in vigore l'obbligo di non segnalazione alle autorità di stranieri irregolari che richiedono prestazioni sanitarie. Per un approfondimento sulla vicenda: <<http://www.saluteinternazionale.info/2010/01/noi-non-segnaliamo-la-vittoria-degli-anticorpi-della-ragione-e-della-democrazia/>>, consultato il 9.06.2016.

93 Trad. mia: “*The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*”. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1966, art. 12.1.

94 Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008.

(*entitlements*). Tali libertà includono il diritto ad essere liberi da interferenze verso il proprio corpo, come possono essere la tortura o altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti, sperimentazioni o trattamenti sanitari extraconsensuali. Gli *entitlements* includono il diritto ad un sistema di protezione della salute che fornisca uguali opportunità per ognuno di godere delle migliori condizioni di salute raggiungibili, la possibilità per la popolazione di partecipare alle scelte in tema di salute a livello nazionale e comunitario e un accesso ai servizi sanitari senza alcun tipo di discriminazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è stato uno dei primi organi che a livello internazionale si è espresso sul diritto alla salute. Nel suo atto costitutivo si definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” e si 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”⁹⁵. La salute è quindi un diritto umano, è la definizione dell'Oms punta all'integrazione fra due concetti: uno negativo (assenza di malattia o infermità) e uno positivo (promozione del benessere umano)⁹⁶.

Gli aspetti che vanno a costruire il concetto di diritto alla salute sono suddivisibili in due categorie: il diritto all'assistenza medica o ai servizi sanitari da un lato, dall'altro il diritto alle precondizioni sottostanti la salute, e quindi ai determinanti di salute⁹⁷. Il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali delle Nazioni Unite, nel Commento generale n.14, relativo alle diverse forme assunte dal diritto alla salute⁹⁸, raccomanda agli stati che, nell'adozione di un approccio che coniughi salute e diritti umani, bisogna tener presente diversi aspetti. In primo luogo quattro standard da rispettare: disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità.

- **Disponibilità.** Strutture, beni, servizi e programmi di assistenza sanitaria devono essere disponibili in quantità sufficiente nel territorio dello stato.
- **Accessibilità.** Strutture, beni e servizi devono essere accessibili in riferimento a quattro dimensioni: non discriminazione, accessibilità fisica,

95 Organizzazione Mondiale della Sanità, 1946.

96 Biglino, Olmo, 2014, 27.

97 Biglino, Olmo, 2014, 36.

98 Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, 2000.

economica e delle informazioni.

- Accettabilità. È importante il rispetto della dimensione culturale degli individui, delle minoranze, delle popolazioni e delle comunità.
- Qualità. Strutture, beni e servizi dovrebbero essere scientificamente e clinicamente adatti e di buona qualità.

Il comitato inoltre, si concentra sul principio di non discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari e sulla necessità di prestare attenzione ai bisogni di tutte le fasce della popolazione; per ultimo, sul diritto di partecipazione degli individui e della comunità nella progettazione delle politiche e delle strategie di salute per creare servizi efficienti e sostenibili⁹⁹.

Nel contesto europeo, il diritto alla salute è riconosciuto, implicitamente o esplicitamente, da diverse disposizioni della Carta sociale europea promossa dal Consiglio d'Europa. Inoltre, l'Unione Europea riconosce la protezione della salute umana come diritto fondamentale all'articolo 35 della Carta di Nizza, ma è sprovvista di competenza esclusiva in materia, non potendo quindi definire politiche sanitarie di stampo comunitario. Può intervenire solo incoraggiando la cooperazione fra gli Stati e coordinando i sistemi nazionali, in particolare in tre ambiti: la tutela dei lavoratori sul luogo di lavoro, l'accesso *cross border* alle prestazioni sanitarie e la tutela dei consumatori¹⁰⁰.

2.3.2. Il diritto alla salute nell'ordinamento italiano

Il diritto alla salute è un diritto sociale, in quanto pone obblighi correlativi positivi per lo Stato, chiamato ad attivarsi per offrire servizi e assistenza attraverso la legislazione¹⁰¹. L'Italia ha ratificato i principali strumenti internazionali prodotti dalle Nazioni Unite che lo garantiscono; quindi è chiamata a tener presente l'attività interpretativa della *machinery* predisposta per l'attuazione dei trattati. Il diritto in questione quindi, nel territorio italiano, come già detto sopra, ha una duplice valenza: da un lato ai servizi sanitari, dall'altro ai determinanti di salute.

Il diritto alla salute è riconosciuto dall'articolo 32, comma 1 della Costituzione, che recita: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto

99 Biglino, Olmo, 2014, 36-39.

100 Biglino, Olmo, 2014, 28-31.

101 Pariotti, 2008, 20-21.

dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. È quindi un diritto universalmente riconosciuto che, “almeno nelle prestazioni essenziali, non può distinguere, tra cittadini e non, abbienti e non abbienti”¹⁰². Lo stato è andato in questa direzione con la Legge 833/1978 che istituisce il Servizio sanitario nazionale, “ispirato ai criteri della globalità, dell'equità e dell'universalità”¹⁰³. Il legislatore tuttavia, per esigenze di spesa, si trova nella situazione di dover osservare una ragionevole gradualità nell'attuazione del diritto ai trattamenti sanitari. In merito, la Corte Costituzionale ha più volte ribadito la necessità di trovare dei punti di equilibrio tra diritto ai trattamenti sanitari e disponibilità di risorse finanziarie. La prospettiva dei diritti umani, infatti, invita a trovare un nucleo irriducibile e protetto del diritto alla salute, come ambito inviolabile della dignità umana rispetto all'esigenza di contemperare la spesa pubblica¹⁰⁴. Il compito di trovare questo contenuto essenziale è esclusivo dello stato, in base all'articolo 117, comma 2, lett. m, in quanto deve definire “i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”.

2.3.3. Il diritto alla salute per l'immigrato: quadro giuridico di riferimento

In Italia, fino alla metà degli anni Novanta, dominava una situazione di grande confusione sul tema dell'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri. Le norme relative erano contenute in numerosi provvedimenti legislativi di diversa natura che di fatto, impedivano l'accesso alle strutture e la fruibilità delle prestazioni a molti. In quel periodo si parlava di diritto alla salute negato per legge agli irregolari e nascosto ai regolari¹⁰⁵. L'approvazione del Testo unico sull'immigrazione nel 1998 ha invece messo ordine in questa materia, sancendo l'inclusione del cittadino immigrato in condizione di regolarità giuridica nel sistema di assistenza sanitaria, a parità di condizioni e opportunità con il cittadino italiano; il provvedimento ha anche esteso il diritto all'assistenza agli stranieri presenti nel territorio italiano in condizione di irregolarità, garantendo loro, oltre

102 Biglino, Olmo, 2014, 31.

103 Biglino, Olmo, 2014, 35.

104 Biglino, Olmo, 2014, 36.

105 Geraci, 2005, 59.

che le cure urgenti, anche quelle essenziali e continuative e i programmi di medicina preventiva¹⁰⁶. Insomma, ad oggi è possibile affermare che il nostro sistema sanitario è permeato “da una logica solidaristica, di tutela della collettività e di prevenzione della comunità, attraverso, necessariamente, la promozione della salute individuale, indipendentemente dallo status giuridico, sociale e culturale”¹⁰⁷.

Le modalità di accesso ai servizi sanitari per i cittadini stranieri variano a seconda del paese di provenienza e della condizione giuridica dell'individuo. La fonte principale in merito all'assistenza sanitaria garantita ai cittadini provenienti da uno dei paesi dell'Unione Europea è il D.lgs. 30/2007 che recepisce la Direttiva 2004/38/CE. Per quanto riguarda invece i cittadini stranieri, quindi di stati non appartenenti all'Unione Europea, il quadro normativo di riferimento è formato da: il D.lgs. 286/1998 (Testo unico sull'immigrazione); il Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Tui (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999); la Circolare del Ministero della Sanità n.5 del 24 marzo 2000; l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 dal titolo “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome italiane”.

Nonostante il quadro normativo presentato, esiste una situazione eterogenea sul territorio nazionale in merito alla materia salute e immigrazione, in quanto a cavallo tra la legislazione esclusiva e concorrente¹⁰⁸. In base all'articolo 117 della Costituzione infatti, l'immigrazione è tra le materie di competenza esclusiva dello Stato, mentre la tutela della salute è sotto la potestà legislativa regionale, vincolata solo dai principi fondamentali determinati dallo Stato. Quindi, lo stato detta la politica sull'immigrazione e le linee guida sulla tutela della salute, “ma i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione, anche in ambito sanitario, devono essere attuati e realizzati localmente”¹⁰⁹. L'Accordo Stati-Regioni del 2012 punta ad ovviare questa situazione di eterogeneità, guidando alla corretta applicazione della normativa per la garanzia della tutela della salute di tutti gli stranieri presenti in Italia. Sebbene l'Accordo sia di per sé cogente, è uso delle regioni la ratifica.

106 Geraci, 2005, 144.

107 Geraci, 2005, 144.

108 Biglino, Olmo, 2014, 173-174.

109 Biglino, Olmo, 2014, 174.

Non tutte lo hanno fatto però, per questo si riscontrano pratiche difformi da regione a regione¹¹⁰.

Cittadini comunitari

Come evidenziato dalla nota informativa del Ministero della Salute del 3 agosto 2007, l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per i cittadini provenienti da paesi dell'Unione Europea è subordinata alla durata della loro permanenza in Italia. Per soggiorni inferiori a tre mesi, l'accesso alle prestazioni sanitarie avviene dietro esibizione della Tessera europea di assicurazione malattia (Team) rilasciata dal paese di provenienza. I titolari della tessera hanno diritto a tutte le prestazioni richieste dal proprio stato di salute e necessarie a permettergli di continuare il soggiorno in condizioni sicure sotto il profilo medico¹¹¹.

Per soggiorni superiori a tre mesi, l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale è prevista, invece, in modo obbligatorio per un gran numero di casi. Per fare qualche esempio: lavoratori subordinati o autonomi e loro familiari, familiari di un cittadino italiano, disoccupati iscritti nelle liste di collocamento o iscritti ad un corso di formazione professionale. Anche i lavoratori stagionali, sebbene in possesso di un contratto di lavoro inferiore a tre mesi, vengono iscritti al Ssn obbligatoriamente. Per altri casi invece, è previsto il diritto all'iscrizione volontaria dietro pagamento di un contributo annuale, per esempio se si è studenti o dipendenti di organizzazioni internazionali aventi sede in Italia¹¹².

I cittadini comunitari che si trovano in territorio italiano in condizioni di indigenza, che non sono assistiti dallo stato di provenienza o sono sprovvisti di un'assicurazione sanitaria, sono tutelati dal codice Eni (Europeo non iscritto). Il codice, attribuito all'interessato in occasione della prima erogazione o su richiesta, ha durata semestrale, è rinnovabile e garantisce il diritto alle prestazioni urgenti ed essenziali (tutela della salute dei minori, tutela della maternità, vaccinazioni, interventi di profilassi nazionale e internazionale, diagnosi e cura delle malattie infettive)¹¹³.

110 Geraci, 2014, 99.

111 Biglino, Olmo, 2014, 174-175.

112 Ministero della Salute, nota informativa del 3 agosto 2007.

113 Biglino, Olmo, 2014, 177-178.

Cittadini non-comunitari

Il cittadino straniero può essere o meno regolarmente soggiornante nel territorio dello stato. Per quanto riguarda i non-comunitari regolari, l'iscrizione al Ssn è vincolata alla tipologia di permesso di soggiorno in possesso. Non è possibile l'iscrizione volontaria nel caso di un permesso per motivi turistici o per motivi di cura o di un altro permesso di durata inferiore a tre mesi (ad eccezione dei casi in cui è prevista la possibilità dell'iscrizione obbligatoria o volontaria, come nel caso di studenti o di lavoratori stagionali). L'onore di eventuali prestazioni sanitarie fornite da strutture italiane deve essere corrisposto dall'interessato. Invece, per soggiorni di lungo periodo, vi sono tipologie di permessi di soggiorno che prevedono l'iscrizione obbligatoria al Ssn (per esempio: lavoro subordinato e autonomo, motivi familiari, asilo, richiesta di protezione internazionale, ecc.) e altre che chiamano l'interessato ad assicurarsi in proprio tramite assicurazione privata o iscrizione volontaria al Ssn (per esempio: studio, dipendenti stranieri di organizzazioni internazionali operanti in Italia, ecc.)¹¹⁴. L'iscrizione obbligatoria comporta “parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all’obbligo contributivo, all’assistenza erogata in Italia dal Servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale”¹¹⁵, quella volontaria invece, prevede il versamento di un contributo annuale alla Regione di residenza.

Gli stranieri non regolarmente soggiornanti rappresentano un caso diverso. L'articolo 32 della Costituzione riconosce la salute come diritto fondamentale dell'individuo. In base alla normativa, allo straniero in condizione di irregolarità non è permessa l'iscrizione al Ssn, ma gli sono assicurate le seguenti prestazioni:

- cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, anche se continuative, per malattia e infortunio (art. 32 Tui);
- assistenza in gravidanza e durante la maternità (leggi 405/1975 e 194/1978);
- tutela della salute del minore (legge 176/1991 ratifica della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia del 1989);

114 Biglino, Olmo, 2014, 179-182.

115 Art. 34, comma 1, D.lgs 286/1998 Tui.

- vaccinazioni previste dalla normativa nazionale e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione;
- vaccinazioni internazionali;
- profilassi, diagnosi e trattamento delle malattie infettive;
- cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza (Dpr 309/1990).¹¹⁶

La Circolare del Ministero della Salute n.5 del 24 marzo 2000 definisce il concetto di cure urgenti come “cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona”; quello di cure essenziali come “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)”. Viene inoltre garantito “il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso”.

Il Dpr n. 394/99 delega alle Regioni italiane l'organizzazione dei servizi sanitari, nello specifico affermando: “le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione né impegnativa”. La disomogeneità a livello nazionale e fra le varie Asl, sull'attivazione di tali strutture, è forte. Alcune hanno attivato degli ambulatori dedicati, mentre altre hanno designato alcuni servizi ai quali fare riferimento (centri appositi, consultori, pronto soccorso, ecc.)¹¹⁷. L'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 prevede che l'assistenza sanitaria per gli stranieri non in regola col permesso di soggiorno venga erogata attraverso il rilascio di un tesserino con

¹¹⁶ Biglino, Olmo, 2014, 182-183.

¹¹⁷ Redazione meltingpot.org, 2016.

il codice regionale individuale STP (Straniero Temporaneamente Presente). Questo ha validità su tutto il territorio nazionale, ha durata semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza nel nostro paese. Ricordiamo, però, che il documento citato, redatto per un'omogenea applicazione della normativa a livello nazionale sulla tutela della salute degli stranieri, non è stato recepito da tutte le Regioni¹¹⁸.

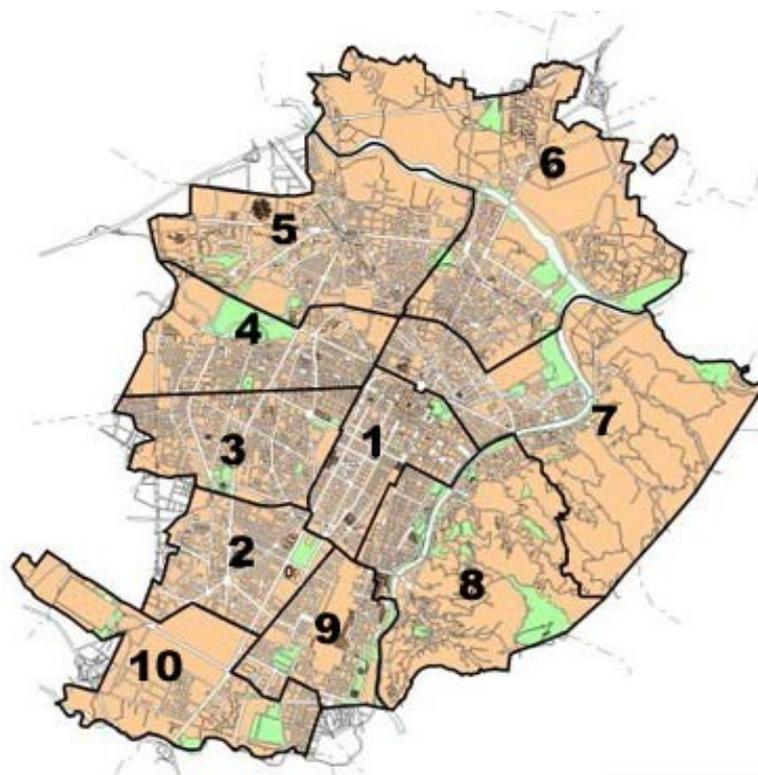
¹¹⁸ Redazione meltingpot.org, 2016.

CAPITOLO III

DIRITTO ALLA SALUTE: UNA REALTÀ DI TERZO SETTORE A TORINO

3.1. IMMIGRAZIONE E SERVIZI DI SALUTE: IL CONTESTO TORINESE

3.1.1. La città di Torino



Torino è la città capoluogo di regione del Piemonte e fulcro dell'omonima città metropolitana. Al 31 dicembre 2015 contava 892.276 abitanti¹.

Il territorio cittadino è suddiviso in dieci circoscrizioni²:

- circoscrizione 1: quartieri Centro, Crocetta;
- circoscrizione 2: quartieri Santa Rita, Mirafiori Nord;

1 <<http://www.comune.torino.it/statistica/dati/territ.htm>>, consultato il 14.07.2016.

2 <<http://www.comune.torino.it/decentr/>>, consultato il 8.04.2016 e <<http://www.atc.torino.it/sportelloutenti/Risorse/Image/TorinoCIRC.jpg>> consultato il 14.07.2016.

- circoscrizione 3: quartieri San Paolo, Cenisia, Pozzo Strada, Cit Turin, Borgata Lesna;
- circoscrizione 4: quartieri San Donato, Campidoglio, Parella;
- circoscrizione 5: quartieri Borgo Vittoria, Madonna di Campagna, Lucento, Vallette;
- circoscrizione 6: quartieri Barriera di Milano, Regio Parco, Barca, Bertolla, Falchera, Rebaudengo, Villaretto;
- circoscrizione 7: quartieri Aurora, Vanchiglia, Sassi, Madonna del Pilone;
- circoscrizione 8: quartieri San Salvario, Cavoretto, Borgo Po;
- circoscrizione 9: quartieri Nizza Millefonti, Lingotto, Filadelfia;
- circoscrizione 10: quartieri Mirafiori Sud.

Torino, prima capitale d'Italia, è uno degli epicentri del decollo industriale italiano iniziato nella seconda metà dell'Ottocento e sviluppatosi nel corso del Novecento. Il bisogno di manodopera dell'industria (la Fiat su tutte) attrae progressivamente un numero consistente di persone provenienti dal sud d'Italia e dal Veneto, alimentando l'espansione della città. Nel 1974 la popolazione tocca il suo massimo con 1 milione e 203 mila abitanti. Con l'avvento degli anni Ottanta, Torino ridimensiona la sua vocazione industriale in favore del terziario e inizia un calo demografico che la porta negli anni Novanta a scendere la quota del milione di abitanti³.

Torino è oggi una città post-industriale in piena trasformazione; lo si percepisce uscendo dal centro e curiosando nelle periferie, dove è molto facile imbattersi in fabbriche dismesse e spazi industriali riconvertiti. Numerose aree urbane sono e sono state coinvolte in programmi di riqualificazione che coinvolgono il più ampio spettro di attori adottando un approccio integrato (urbanistico-edilizio, sociale, ambientale)⁴. Una forte attenzione al sociale ha sempre contraddistinto la città, sia nel privato che nel pubblico. In questo senso, la rete di Case del Quartiere, promosse dal Comune e dalla Compagnia di San Paolo, sono un vanto: nove spazi per la comunità, luoghi d'incontro, adibiti ad uso

3 <http://www.informagiovani-italia.com/torino_storia.htm>, consultato il 15.07.2016.

4 <<http://www.comune.torino.it/rigenerazioneurbana/recuperourbano/programmi.htm>> consultato il 15.07.2016.

sociale e culturale, sparsi in otto circoscrizioni su dieci⁵. Punto di svolta per la storia cittadina sono le Olimpiadi invernali del 2006 che, nonostante i debiti, producono numerosi investimenti strategici e le conferiscono visibilità esterna. Il capoluogo piemontese, dagli anni Duemila, si orienta al turismo, alla cultura e al terziario ed è, ancora, meta d'immigrazione, sia di cittadini europei che di stranieri.

3.1.2. Quadro demografico migratorio

I dati Istat riportano che al 31 dicembre 2014 i cittadini non italiani residenti in Piemonte erano 425.448: il 9,6% della popolazione regionale. La percentuale della città metropolitana di Torino, il 9,7%, è in linea con questo dato. Nel corso del 2014, il territorio regionale ha visto una diminuzione minima (nell'ordine di qualche decina) del numero di residenti stranieri. È interessante osservare l'andamento delle acquisizioni di cittadinanza negli ultimi anni. Nel territorio piemontese, nel 2014 sono state 12.275: un dato che negli anni è andato quasi sempre aumentando, con una variazione del 313,3% rispetto al 2005. Stesso discorso per la provincia di Torino, che ha visto 5.051 nuovi cittadini e una variazione del 248,3% nello stesso lasso di tempo considerato⁶. Sono dati che registrano “progetti migratori solidi, stabili e radicati, ovvero di un forte indicatore di integrazione. Certo, non ci si deve illudere: avere la cittadinanza non vuol dire essere al riparo da difficoltà, discriminazioni, pesanti processi di etichettamento”⁷.

Torino, al 1° gennaio 2016, contava 137.902⁸ non italiani iscritti all'anagrafe. La tabella⁹ (Figura 1) mostra che la tendenza allo spopolamento che interessa la città coinvolge anche la popolazione straniera, che dal 2013 sta diminuendo.

5 <<http://www.casedelquartieretorino.org/case-del-quartiere-di-torino/>>, consultato il 15.07.2016.

6 *Dossier statistico immigrazione 2015*, 344 e 468.

7 *Dossier statistico immigrazione 2015*, 344.

8 <<http://demo.istat.it/>>, consultato il 19.07.2016.

9 I grafici e le tabelle presenti in questo paragrafo li ho creati a partire dai dati dell'Archivio Anagrafico della Città di Torino, Servizio Statistica e Toponomastica della Città - <<http://www.comune.torino.it/statistica/>> e da quelli del Rapporto 2014 dell'Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino.

Anno	Non Ue	Ue	Stranieri	Italiani	Totale residenti
2005	75.275	3.356	78.613	823.135	901.748
2006	81.370	3.484	84.854	815.882	900.736
2007	57.952	45.843	103.795	804.334	908.129
2008	63.238	52.571	115.809	793.536	909.345
2009	68.242	55.958	124.200	786.304	910.504
2010	72.172	56.895	129.067	779.444	908.511
2011	75.431	58.438	133.869	773.005	906.874
2012	81.069	61.122	142.191	769.632	911.823
2013	80.621	59.517	140.138	764.876	905.014
2014	79.150	58.926	138.076	760.638	898.714
2015	78.294	57.968	136.262	756.014	892.276

Figura 1. Stranieri residenti a Torino nel decennio 2005-2015

L'area di provenienza principale della popolazione immigrata è l'Unione Europea (43%), seguita da Africa (26%), Asia (11%), America (10%), Europa (10%) e altri (Figura 2).

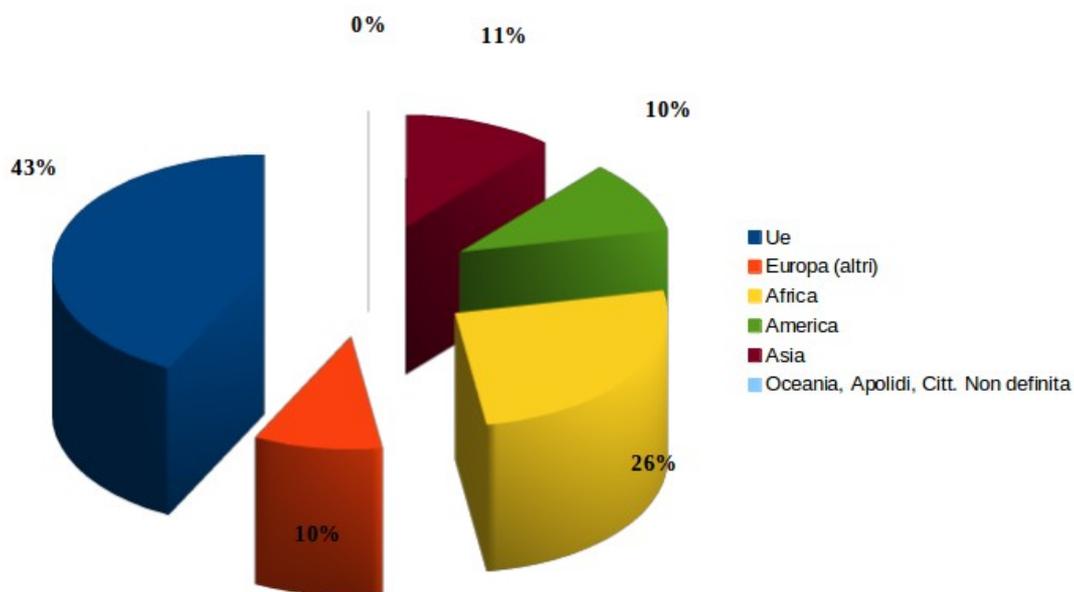


Figura 2. Stranieri residenti per area di provenienza - 2015

Le principali nazionalità presenti in città sono: romena, marocchina e peruviana (Figura 3).

Romania	53.819
Marocco	18.628
Perù	8.354
Cina	7.327
Albania	5.776
Egitto	4.677
Moldova	4.449
Nigeria	4.662
Filippine	3.764
Brasile	1.724

Figura 3. Le dieci maggiori nazionalità - 2015

Le circoscrizioni dove si concentrano maggiormente gli stranieri sono, in ordine, la 6, la 5 e la 7, tutte nella parte settentrionale della città (Figura 4).

Circoscrizione	F	M	Totale
1	4.205	4.161	8.366
2	5.375	3.974	9.349
3	9.036	7.449	16.485
4	8.281	7.168	15.449
5	10.438	9.571	20.009
6	12.381	12.430	24.811
7	9.244	9.532	18.776
8	4.061	3.314	7.375
9	5.868	4.982	10.850
10	2.563	2.229	4.792
<i>Totale</i>	<i>71.452</i>	<i>64.810</i>	<i>136.262</i>

Figura 4. Popolazione straniera suddivisa per genere e circoscrizione - 2015

Il grafico della struttura della popolazione immigrata per fasce d'età (Figura 5) evidenzia una preponderanza di stranieri nella fascia 25-49 e nella fascia 0-9 anni. La maggior parte degli stranieri che abita in città, quindi, è in età da lavoro e ha figli piccoli.

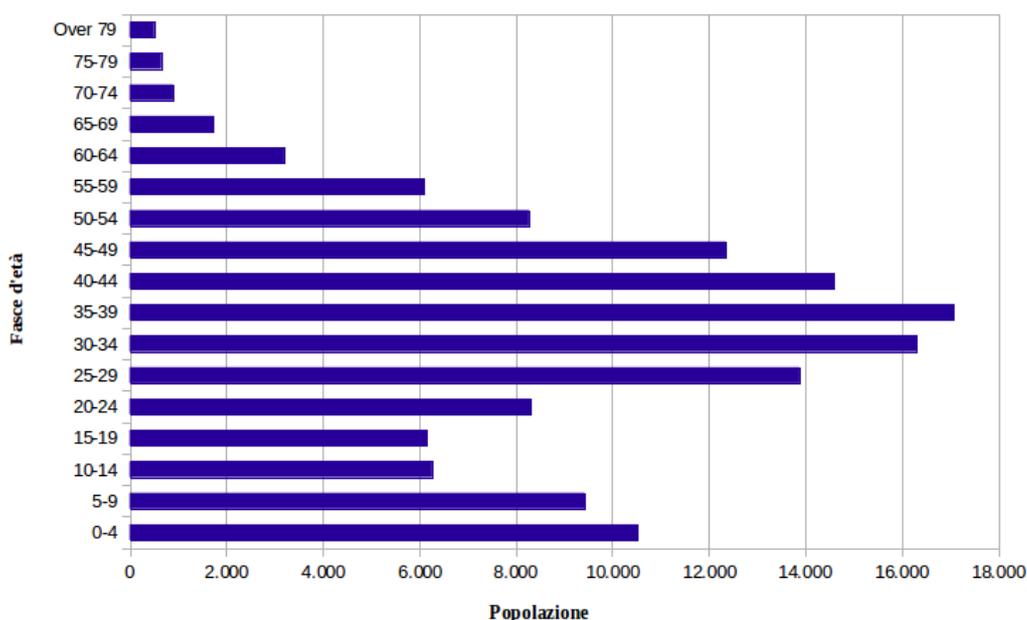


Figura 5. Struttura della popolazione straniera per fasce d'età - 2015

Il saldo migratorio, come si vede nella figura 6 (il dato del 2015 non è ancora disponibile), è in negativo dal 2013: sono maggiori gli stranieri che se ne vanno rispetto a quelli che chiedono la residenza a Torino.

Anno	Immigrati Str.	Emigrati Str.	Saldo
2010	12.832	8.416	4.416
2011	12.459	7.973	4.486
2012	11.629	6.924	4.705
2013	10.719	13.598	-2.879
2014	9.382	11.794	-2.412

Figura 6. Saldo migratorio – dal 2010 al 2014

Il dato, oltre ad essere legato ai movimenti migratori, è influenzato dall'aumento di cittadinanze italiane concesse negli ultimi anni. Nel 2014, a Torino, sono state 3.324: più del doppio rispetto al 2012. La tendenza evidenzia la sempre maggiore stanzialità dei residenti stranieri in Italia.

3.1.3. Quadro istituzionale, legislativo e dei servizi

L'attore principale nell'ambito della tutela della salute della popolazione immigrata nella città di Torino è la Regione Piemonte, in particolare l'Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria. Dal 2001 infatti, con la modifica del titolo V della Costituzione, l'ente regionale è il punto di riferimento per la programmazione sanitaria e l'organizzazione del sistema sanitario.

La prima fonte da tener presente per costruire un quadro legislativo regionale di riferimento è la legge regionale 18/2007, contenente le norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del Servizio sanitario regionale. Con essa si affida la programmazione socio-sanitaria al Piano socio-sanitario regionale, affiancato a livello locale dai Profili e piani di salute (Peps): uno strumento di analisi della salute di una comunità locale, a livello distrettuale, e di indirizzo per le politiche del territorio (art. 14). Il Peps è responsabilità dei sindaci ed è realizzato coinvolgendo diversi attori: cittadini, forze sociali, economiche, istituzioni, operatori dei servizi, ecc.; è di fatto un mezzo per coinvolgere e connettere il sistema sanitario con le politiche locali¹⁰.

Nello specifico, sugli interventi per la popolazione immigrata in materia sanitaria, si segnala la legge regionale 64/1989, "Interventi regionali a favore degli immigrati extra-comunitari residenti in Piemonte". L'art. 1 ne chiarisce le finalità: promuovere iniziative affinché siano riconosciuti "agli immigrati extra-comunitari e alle loro famiglie residenti nel territorio regionale tutti i diritti secondo i principi ispiratori della Costituzione italiana e le libertà sancite dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo". Fra gli interventi che la Regione può portare avanti, vi sono la possibilità di promuovere interventi socio-assistenziali a favore degli immigrati in condizioni di bisogno (art. 10.1, lett. h) e iniziative volte a rendere effettivo il diritto all'assistenza sanitaria e ai servizi sociali previsti per i cittadini piemontesi con particolare riferimento all'inserimento sociale delle donne immigrate ed alla tutela della maternità (art. 10.1, lett. i).

Il testo di riferimento sui servizi sanitari offerti agli immigrati nell'area metropolitana torinese è la "Guida servizi sanitari per immigrati" del 2014¹¹,

¹⁰ Biglino, Olmo, 2014, 47-49.

¹¹ La guida è scaricabile all'indirizzo

aggiornamento curato dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali¹² del testo già elaborato nel 2008 dalla Regione Piemonte. La guida è destinata soprattutto a tutti gli operatori pubblici e privati che offrono servizi sanitari a persone immigrate che non sono iscritte al Servizio sanitario nazionale. Gli immigrati regolari infatti, possono per la maggior parte dei casi iscriversi al Ssn e beneficiare dei servizi offerti di conseguenza. Si segnala inoltre che con la delibera del 23 marzo 2015, n. 14-1212, la Giunta regionale del Piemonte, in esecuzione delle “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome italiane”, contenute nell’Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, ha stabilito l’iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell’art. 34 del Testo unico sull’immigrazione, di tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale a prescindere dalla titolarità del permesso di soggiorno. L’iscrizione al pediatra di libera scelta è prevista quindi, anche per i figli di immigrati irregolari.

In Piemonte, il servizio principale per gli stranieri non iscrivibili al Ssn è rappresentato dai Centri di informazione salute immigrati (Centri Isi), fulcro dell’assistenza sanitaria pubblica per gli stranieri irregolari. Nascono in via sperimentale nel 1996 e passano a regime nel 2004¹³. La Delibera regionale 20-9847 del 2008, “Linee guida per l’avvio e gestione dei Centri Isi”, prevede che i Centri attribuiscono il codice regionale Stp e il codice Eni e che siano punto di riferimento per l’assistenza medica ambulatoriale (visite, richieste, controllo analisi, prescrizioni farmaceutiche, prescrizioni di visite specialistiche o di ricoveri). Nel territorio metropolitano torinese, organizzato in cinque aziende sanitarie locali, i centri Isi sono 11. La città capoluogo, suddivisa fra l’Asl To1 (distretti circoscrizioni 1, 2, 3, 8, 9 e 10) e l’Asl To2 (distretti circoscrizioni 4, 5, 6 e 7)¹⁴ ne ospita tre¹⁵.

In città, nel campo della salute e della migrazione, il privato sociale ricopre

<<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/category/16-guida-ai-servizi-per-gli-immigrati>>, consultato il 8.04.2016.

12 Il Laboratorio è un organismo di ricerca focalizzato sui diritti fondamentali; ha sede a Torino ed è diretto da Vladimiro Zagrebelsky.

13 Biglino, Olmo, 2014, 54.

14 <<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/organizzazione/aziende-sanitarie>>, consultato il 21.07.2016.

15 Dati presi dal sito web dell’Asl To1 <<http://www.asl102.to.it/#>> e dell’Asl To2 <http://www.aslto2.piemonte.it/_front/front.php>, consultati il 8.04.2016.

un ruolo molto importante. Numerose sono le realtà che operano su questo fronte, spesso, in sinergia col pubblico e supportate, in molti casi, dai contributi delle fondazioni bancarie torinesi. Per citarne alcune: il Gruppo Abele, il Cottolengo, il Comitato Collaborazione Medica. Esistono, inoltre, ambulatori medici del privato sociale che forniscono assistenza sanitaria a chi non può iscriversi al Ssn. I principali sono quelli del Sermig¹⁶, dell'associazione Camminare Insieme¹⁷ e della Croce Rossa. Da segnalare, inoltre, tre realtà impegnate ad assistere la popolazione immigrata, regolare e non, nell'ambito della salute mentale: le associazioni Frantz Fanon¹⁸, Mamre¹⁹ e il Centro migranti Marco Cavallo²⁰. Infine, il Gris Piemonte (Gruppi Immigrazione Salute), unità territoriale della SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni), favorisce la collaborazione e la conoscenza tra quanti, in ambito istituzionale, di privato sociale e di volontariato, si impegnano per assicurare il diritto, l'accesso e la fruibilità all'assistenza sanitaria per gli immigrati²¹.

Per completare il quadro disegnato fino ad ora, citiamo tre servizi offerti dal Comune di Torino: l'Ufficio stranieri²², l'Ufficio minori stranieri²³ e il Centro interculturale²⁴. Il primo offre informazioni, con l'ausilio di mediatori interculturali, sulle norme che riguardano la condizione degli immigrati; il secondo si occupa di orientare e seguire i minori stranieri e le loro famiglie nell'utilizzo dei servizi offerti dalla città. Entrambi sono utili punti di riferimento per avere informazioni anche in materia socio-sanitaria. Il Centro interculturale, invece, offre opportunità di formazione interculturale a insegnanti, operatori sociali, culturali, sanitari, educatori, mediatori, cittadini, gruppi di giovani, oltre a occasioni di incontro, dialogo e confronto su temi e questioni di interesse comune.

In conclusione, un accenno sulla mediazione culturale, strumento efficace di facilitazione nella comunicazione fra gli utenti stranieri e i servizi. La Regione

16 <www.sermig.org>, consultato il 21.07.2016.

17 <<http://www.camminare-insieme.it/>>, consultato il 21.07.2016.

18 <<http://associazionefanon.it/>>, consultato il 21.07.2016.

19 <<http://www.mamreonlus.org/>>, consultato il 21.07.2016.

20 <<http://www.docvadis.it/cmmc-centro-migranti-marco-caval/index.html>>, consultato il 21.07.2016.

21 <<http://www.simmweb.it/index.php?id=349>>, consultato il 21.07.2016.

22 <<http://www.comune.torino.it/stranieri-nomadi/stranieri.htm>>, consultato il 21.07.2016.

23 <http://www.comune.torino.it/stranieri-nomadi/min_stran.htm>, consultato il 21.07.2016.

24 <<http://www.interculturatorino.it/>>, consultato il 21.07.2016.

Piemonte, dal 2002, eroga contributi per la realizzazione di progetti di mediazione e per il finanziamento di corsi di formazione professionale. Il suo utilizzo, però, rimane eterogeneo. La funzione di mediazione viene per lo più appaltata a cooperative o associazioni e pagata limitatamente alle ore svolte; in questo modo, si rischia di entrare in logiche di competizione a scapito della qualità del servizio²⁵. Ne consegue che i mediatori sono posti in una situazione di instabilità lavorativa legata alla volatilità dei fondi, ma d'altronde, “Le politiche sociali italiane sembrano continuare a basarsi su un’idea dell’immigrazione come evento occasionale, eccezionale e di breve durata e faticano ad affrontare la questione con provvedimenti strutturali, progettati sul medio-lungo periodo e che offrano risorse di base omogenee su tutto il territorio”²⁶.

3.2. COMITATO COLLABORAZIONE MEDICA – CCM: UNA REALTÀ DEL TERZO SETTORE A TORINO

3.2.1. Breve storia

Comitato Collaborazione Medica – Ccm²⁷ nasce nel 1968 per volere di un gruppo di medici e studenti volontari della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Torino, desiderosi di promuovere il diritto alla salute in Africa. Nel 1972 Ccm viene riconosciuto organizzazione non governativa dal Ministero degli Affari Esteri e in quegli anni si avviano i primi programmi di cooperazione sanitaria. Oggi è presente in Burundi, Etiopia, Kenya, Somalia, Sud Sudan e Uganda. Il focus delle sue attività è la salute materno-infantile e, in collaborazione con le autorità locali, opera per garantire l'accesso alle cure di base. Agisce attraverso la formazione del personale sanitario, il potenziamento delle strutture locali e la sensibilizzazione della comunità.

Le attività in Italia nascono verso la fine degli anni Settanta. Saltuariamente vengono organizzati interventi di formazione sulla salute nei paesi in via di sviluppo e promosse numerose pubblicazioni sulla chirurgia povera. Solo negli anni Duemila, con l'aiuto dei primi volontari del Servizio civile nazionale, Ccm inizia a radicarsi nel contesto piemontese organizzando eventi di raccolta fondi,

25 Ires Piemonte, 2006.

26 Ires Piemonte, 2006, 6.

27 <<http://www.Ccm-italia.org/ita/>>, consultato il 25.07.2016.

percorsi nelle scuole sull'educazione alla cittadinanza mondiale e occasioni di formazione per il personale socio-sanitario sulla medicina tropicale e sulla salute globale. L'assunzione di un direttore esecutivo dà il via ad una maggiore strutturazione dell'Ong; fino ad allora, infatti, aveva conservato una forte dimensione volontaristica, con pochissime persone assunte a contratto. Oggi Ccm è strutturato in cinque settori: Progetti Internazionali; Progetti Italia; Comunicazione e Ufficio stampa; Fundraising; Amministrazione Finanza e Controllo. L'Ong vive grazie al lavoro quotidiano dello *staff* dipendente e di un gruppo di volontari storici, per lo più medici, che supportano e arricchiscono le attività in Italia e all'estero.

3.2.2. La formazione: focus delle attività in Italia

In Italia Ccm favorisce e supporta la promozione e la tutela del diritto alla salute con attività e progetti portati avanti in collaborazione con istituzioni, altre organizzazioni *non profit*, aziende e sostenitori. L'Ong si inserisce nel contesto torinese contraddistinto, fin dall'Ottocento, da una certa vivacità nel campo associativo e benevole²⁸. Il settore Progetti Italia è strutturato in tre aree: Formazione, Educazione e Migranti. I tre settori lavorano in sinergia per progettare corsi di formazione per studenti, operatori socio-sanitari, stranieri e mediatori interculturali al fine di promuovere e facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari. Nelle scuole Ccm si occupa di educazione alla cittadinanza mondiale, contrasto alle discriminazioni e, in collaborazione con l'Asl, di educazione all'affettività.

Ccm abbraccia la concezione di salute portata avanti dall'Oms - uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale - e si adopera per la promozione dell'approccio della salute globale²⁹, per questo riserva un'attenzione particolare alla formazione degli operatori sanitari. Da anni l'Ong organizza corsi di Attività Didattica Elettiva³⁰ per gli studenti di Infermieristica e di Medicina e Chirurgia in merito alle realtà sanitarie dei paesi a basso reddito, alla medicina delle

28 Biglino, Olmo, 2014, 89.

29 <<http://www.educationglobalhealth.eu/it/salute-globale>>, consultato il 29.07.2016.

30 I corsi Ade sono corsi facoltativi all'interno del curriculum universitario delle professioni sanitarie.

migrazioni, all'intercultura, alla salute globale e comunitaria. Ccm supporta e collabora con Riisg (Rete italiana per l'insegnamento della salute globale), sposando il suo impegno per un ripensamento della formazione medica. Riisg sostiene che la medicina debba superare il paradigma biomedico e l'iperspecialismo per orientarsi alla prevenzione e promozione della salute, all'integrazione socio-sanitaria, al dialogo con altre discipline, ad uno sguardo più sociale e non strettamente sanitario: “Pensiamo che riflessioni ed esperienze pratiche relative a concetti come solidarietà, responsabilità, giustizia, uguaglianza, limite, pensiero cooperativo abbiano “diritto di cittadinanza” all'interno della formazione medica tanto quanto i classici argomenti della bioetica”³¹.

La scelta di creare un settore Migranti nell'Ong nasce tra il 2009 e il 2010, a seguito di una riflessione interna in reazione al Pacchetto Sicurezza e alla norma che obbligava gli operatori sanitari a denunciare i pazienti irregolari. In quel periodo, mi spiega l'attuale presidente Ccm, matura la convinzione della necessità di promuovere il diritto alla salute, oltre che in Africa, anche in Italia. Il primo progetto che va in questa direzione è “Lo sapevi che...”, svoltosi tra il 2010 e il 2011. Le attività, portate avanti da una rete di realtà del privato sociale e dal Centro Isi dell'Asl To2, puntavano alla promozione e tutela della salute della popolazione straniera residente nel quartiere torinese di Aurora. L'obiettivo specifico era di fornire, ad un gruppo di donne magrebine, conoscenze e strumenti per il corretto accesso ai servizi presenti sul territorio, al fine di diffondere tali informazioni all'interno della propria comunità attraverso la *peer education*.

Il primo progetto del settore Migranti e una ricerca effettuata da Ccm fa emergere la consapevolezza dell'importanza del lavoro di connessione fra immigrati e servizi. In Piemonte e a Torino i servizi sanitari per gli stranieri già ci sono, sia offerti dal pubblico, sia offerti dal privato sociale. La vera questione, mi dice Pietro Ferrero, responsabile settore Migranti dell'epoca, è l'accesso, l'intermediazione. È questa la considerazione che porta Ccm, Ong con focus sanitario, a concentrarsi sulla formazione piuttosto che sulla clinica.

“Le testimonianze hanno offerto spunti interessanti per entrare nel merito della relazione medico-paziente, che pur essendo un elemento strategico e

³¹ <<http://www.saluteinternazionale.info/2015/04/ripensare-la-formazione-medica/>>, consultato il 29.07.2016.

rilevante per l'accesso alle strutture sanitarie, viene considerato come secondario nei percorsi formativi in Medicina. Nel confronto con il personale sanitario, emerge una forte richiesta di strumenti in grado di gestire la relazione con l'utenza straniera, ai fini di migliorare la comprensione ed il dialogo ed attenuando quel senso di frustrazione reciproca che genera l'incapacità di poter comunicare con l'altro” (Estratto dal Rapporto finale e ricerca del Progetto Aracne³², 2011-2012). Grazie alla ricerca-azione del Progetto Aracne, di cui Ccm era capofila, si rafforza la convinzione di porre la formazione, intesa come rafforzamento delle capacità e delle competenze di tutte le categorie coinvolte nella relazione sanitaria, al centro della propria azione. L'Ong riconosce nel potenziamento del sistema sanitario pubblico la linea strategica di intervento più efficace ed efficiente per continuare a garantire l'universalità dell'accesso alle cure, contrastare le disuguaglianze e migliorare lo stato di salute dell'intera popolazione³³. Per fare ciò, da anni collabora con altre realtà del privato sociale (Mamre, Asgi, ecc.) e del pubblico (le scuole, le Asl torinesi, l'Istituto di Ricerche Economico Sociali della Regione Piemonte, ecc.) favorendo sinergie e co-progettazione.

3.2.3. Impressioni di un osservatore partecipante: criticità di un processo di cambiamento

La mia esperienza presso Comitato Collaborazione Medica è iniziata il 14 settembre 2015 ed è durata un anno. Nell'ambito del progetto di Servizio civile “Promuovere diritti. Sostenere comunità” sono stato coinvolto nel settore Progetti Italia dell'Ong: dodici mesi interessanti, proficui. Collaborare con una realtà del terzo settore a Torino che si occupa di formazione, mi ha permesso di acquisire e approfondire conoscenze legate all'interculturalità, alla salute globale, alla salute comunitaria, all'antropologia medica, al diritto dell'immigrazione e all'organizzazione dei servizi. Ho avuto l'occasione di confrontarmi con la logica progettuale (e le sue storture) che oggi permea il sociale. Ho conosciuto una

32 Il progetto “Aracne – Tessere reti per il diritto alla salute dei migranti” è nato dalla collaborazione tra Ccm, il centro Mamre e la cooperativa Tavola di Babele. È stato finanziato dall'Unione Europea e dal ministero dell'Interno attraverso il Fondo Europeo per l'Integrazione dei Cittadini di Paesi Terzi ed è stato coordinato da Ccm.

33 Estratto dal *position paper* Ccm: “Migranti. Integrazione, salute. La formazione come rafforzamento di competenze e conoscenze”.

realtà, quella torinese, dove “di sociale ce n'è tanto”. Ovviamente neppure le criticità sono mancate.

Sono entrato in una Ong in piena trasformazione. Come mi racconta la presidente, dopo l'episodio della sottrazione di alcuni fondi in Etiopia, Ccm ha scelto di professionalizzarsi con l'assunzione di un direttore esecutivo nel 2008. Da allora è iniziata una riorganizzazione interna e una strutturazione dello *staff* con personale, a differenza del passato, prevalentemente pagato. “La cooperazione è cambiata e necessita di risorse umane competenti. L'Ong non è un giocattolo: deve avere una sua organizzazione e il personale deve inserirsi in questa” (cit. la presidente). Nello stesso periodo, su pressione di uno dei fondatori e volontari storici, il dott. Pino Meo, preoccupato che questo processo di cambiamento potesse snaturalizzare la dimensione volontaristica e valoriale interna, viene elaborata la carta dei principi e dei valori: una cornice, composta da rispetto per la dignità umana, laicità, solidarietà, sobrietà e altro ancora, entro cui Ccm e le sue attività si dovrebbero inserire. Dopo un anno da osservatore partecipante, ritengo emerga forte, in questo percorso di rinnovamento *in fieri* che ho tracciato, una questione: ad oggi, c'è ancora spazio per una dimensione riflessiva e valoriale all'interno dell'organizzazione?

I volti dell'Ong e del settore Progetti Italia in particolare, sono un miscuglio fra passato e presente: un insieme di personalità che formano due anime portatrici di due culture organizzative differenti, in scontro quotidiano fra loro. La prima la definirei “valoriale”. È rappresentata da alcuni medici volontari storici e da una parte dello *staff* assunto dopo la propria esperienza di Servizio civile nel Ccm di un decennio fa, quando ancora poteva definirsi un'organizzazione di volontariato. Sono persone guidate da uno spirito di attaccamento all'organizzazione molto forte, che si sentono parte di una cornice valoriale e di una *mission*, entro cui il proprio lavoro è inserito. Membri che costituiscono humus creativo e riflessivo. Il ruolo dei salariati di quest'anima, per tempo ed energie offerte, spesso è in bilico fra dipendente e volontario. La seconda la definirei “economica”. È rappresentata da un'altra cospicua parte dello *staff*: da lavoratrici dipendenti assunte negli ultimi anni, dalla *leadership* del settore Italia e da quella di Ccm (il direttore e, per alcuni aspetti, la presidente). L'attaccamento ai contenuti storici dell'organizzazione

appare minore, sono piuttosto attenti a logiche economiche, lavoratori dipendenti nel senso classico del termine. Lo scontro latente fra le due anime è alimentato da una questione mai affrontata, ovvero quanto ognuna creda di rappresentare l'altra. È una domanda aperta, mai verbalizzata davvero e che genera malumori e incomprensioni, soprattutto quando la visione di Ccm dell'una prevale sull'altra. Esempio è quanto ho osservato quest'anno nell'ambito dell'attività di progettazione promossa dall'anima "economica" - forte, da inizio 2016, di aver acquistato la *leadership* non solo di Ccm, ma anche del settore Italia. Lavorare alla ricerca forsennata di fondi tentando di partecipare ai bandi più disparati o aprirsi alla co-progettazione con le aziende, piegandosi alle loro linee d'interesse contenutistico, genera malumori e domande interne in merito alla strada che si sta percorrendo. Domande a cui non tutti sono interessati a rispondere. "Nel lavoro è così, ci sono sempre cose che non ci piacciono" (cit. la presidente). Sono soprattutto i volti dell'anima "valoriale" che, spaesati, non si riconoscono più nell'organizzazione in cui erano entrati tempo prima. Quando si prendono altre direzioni, senza un dibattito interno, emergono le divisioni. L'insofferenza verso alcune attività palesemente "altre" rispetto alla cornice classica, storica, è forte, da parte di molti. È vero, una realtà piccola del terzo settore come Ccm lavora con la necessità impellente e sempre presente di avere finanziamenti, ma quanto si è disposti a snaturarsi e a deviare per sopravvivere? Quanto si è disposti a cambiare - senza prima affrontare un confronto interno - per avere nuovi fondi? Queste sono le domande che la *leadership* Ccm dovrebbe avere il coraggio di affrontare. Appiattare la dimensione riflessiva e valoriale, motivo di nascita e motore primo dell'organizzazione, rischia di far allontanare i volontari e far diventare i suoi dipendenti storici semplici funzionari esecutori, con il pensiero latente del licenziamento per ritrovare, in altre realtà del sociale, quella spinta valoriale che li ha portati ad intraprendere questo lavoro.

Ritengo che la direzione d'azione che un'organizzazione di terzo settore si dà sia lo strumento più adeguato per "conquistare" sostenitori e volontari, che, a sua volta, portano risorse e fondi per vivere. Negli ultimi mesi, però, ho assistito ad una messa in discussione implicita del percorso d'azione storico dell'Ong. Si sta affermando, su spinta della *leadership*, un'attenzione verso le aziende interessate a

donare al *non profit*, offrendo Ccm come *partner* per progettazioni congiunte. Questo approccio, però, non è praticato avendo ben presente le tematiche su cui da tempo l'Ong lavora, ma piuttosto modellandosi e piegandosi di volta in volta alle richieste del privato, in un'affannata ricerca dei fondi necessari per vivere. Mi chiedo allora, come possa convivere, da un lato, la messa in discussione - non palesata - del proprio percorso storico d'azione per trovare nuovi finanziamenti e, dall'altro, il far leva sui capisaldi del proprio lavoro che si porta avanti da anni (e sulla propria *mission*) per richiamare sostenitori e risorse. Un processo non potrà che emergere a scapito dell'altro: ciò che sta già accadendo. Porto due esempi. Il primo è la recente collaborazione con una famosa azienda del cuneese che ha portato Ccm, su scelta imposta dalla *leadership*, ad occuparsi di educazione stradale: una tematica nuova per l'organizzazione, che ha fatto emergere non poche perplessità tra lo *staff* e i volontari. Il secondo è l'organizzazione di un evento con i candidati sindaco durante la recente campagna elettorale per le elezioni amministrative: un incontro che poco aveva a che fare con la sobrietà di cui si parla nella carta dei principi e valori dell'Ong.

Un forte terreno di scontro fra le due anime di Ccm è la concezione del volontario. Per la parte "economica" e la *leadership* è da considerare solo in un'ottica produttiva, una figura con determinate caratteristiche e competenze standard da poter utilizzare - gratuitamente - nelle proprie attività in Italia. Per l'anima "valoriale" è una figura con cui collaborare in un rapporto alla pari, a cui offrire occasioni formative e aggregative, risorsa vitale per la dimensione associativa. Resto perplesso nel vedere la miopia di alcuni che si ostinano a portare avanti il proprio lavoro, vedendo nei volontari solo figure da cui assorbire competenze ed energie quando fa comodo, senza dare in cambio quella dimensione valoriale, di cornice, che questi tanto cercano (è ciò che ho assistito e vissuto più volte nel corso di quest'anno). Un'organizzazione di terzo settore vive, oltre che con i finanziamenti ricevuti dall'attività di progettazione, anche grazie alle risorse e al contributo dei volontari che ruotano attorno ad essa. Portando avanti una visione così opportunistica del volontariato non si potrà che avere vita breve. Ne è prova il fatto che su otto volontari che hanno svolto il Servizio civile in Ccm, gran parte hanno deciso di allontanarsene una volta concluso (compreso

chi scrive).

La necessità di una maggiore coesione del gruppo di lavoro è emersa nel corso di un'attività di facilitazione psicologica a cui ha partecipato l'intero settore Progetti Italia. La psicologa consulente che ha guidato il gruppo ha evidenziato, nella sua relazione finale, le diversità presenti nell'équipe: di motivazione, di valori personali, di competenza (di voglia di mettersi in gioco aggiungerei io). Diversità che, se discusse, appaiono vitali, ma se sottaciute - come si sta facendo ora - generano stanchezza e sofferenza. In un contesto di scontro latente così elevato, di tensione fra passato e presente, fra dimensione volontaristica e professionalizzante, fra l'anima "economica" e quella "valoriale", appare fondamentale riflettere sulla propria questione identitaria per costruire percorsi condivisi, darsi il tempo di ripensarsi, di capire chi si è e di lavorare sull'aspetto relazionale, tanto più se Ccm organizza corsi di formazione proprio su questo.

CAPITOLO IV

IL LABORATORIO: “COSTRUIRE ALLEANZE. UNO SGUARDO ANTROPOLOGICO E INTERCULTURALE SU SALUTE E CURA”

4.1. LA CORNICE

Nell'ambito dell'esperienza di Servizio civile, ho seguito come osservatore partecipante il laboratorio “Costruire alleanze. Uno sguardo antropologico e interculturale su salute e cura”, rivolto agli operatori sanitari. Organizzato da Ccm, in collaborazione con l'Asl To1, si è trattato di un percorso inserito nella cornice di una concezione ad ampio raggio di salute, in cui la formazione gioca un ruolo chiave nell'accesso al diritto alla salute. Buone competenze relazionali e comunicative degli operatori migliorano la qualità dei servizi, li rendono più accessibili a tutti e favoriscono il buon esito della relazione di cura, contrastando le disuguaglianze.

Il laboratorio si è svolto nell'ambito del progetto, sostenuto dalla Fondazione Crt, “Iniziative congiunte a favore della salute materno-infantile e degli adolescenti”, di cui Ccm è stato capofila e l'Asl To1 il *partner* ufficiale. Il progetto, oltre che al laboratorio per operatori sanitari, prevedeva un percorso di formazione per operatori sociali, dei laboratori sull'affettività nelle scuole e un laboratorio di Teatro dell'Oppresso rivolto ad adolescenti. Le attività intendevano promuovere la salute materno-infantile e degli adolescenti, con particolare attenzione alle fasce deboli, attraverso la convergenza delle esperienze e delle competenze del servizio pubblico e del terzo settore. La collaborazione tra Ccm e Asl To1 è attiva da qualche anno e ha permesso di proporre gli interventi citati, sulla base di un'analisi congiunta dei bisogni e delle criticità emerse dalle sperimentazioni precedenti.

4.2. IL LABORATORIO

“Costruire alleanze” si è strutturato in cinque incontri di tre ore ciascuno, tenutisi negli spazi dell'Asl To1. Il cardine del percorso è stato il concetto di

alleanza terapeutica, cioè di come costruire una relazione e un percorso di cura condiviso con l'utente, in particolar modo se straniero. In ogni giornata, ad un breve focus tematico tenuto dall'équipe multidisciplinare, è seguito uno spazio di condivisione, confronto ed elaborazione delle esperienze dei partecipanti attraverso tecniche di gruppo e dibattiti. Le formatrici coinvolte sono state:

- Vittorina Buttafuoco: pediatria consultorio pediatrico per l'Asl To1 e psicoterapeuta;
- Silvia Torresin: psicologa e psicoterapeuta con una formazione in etnopsichiatria e gruppo analisi; si occupa di psicoterapia in contesti clinici con migranti e psicologia di comunità;
- Cristina Vargas: antropologa, Direttrice della Fondazione Fabretti e professoressa a contratto di antropologia culturale presso l'Università degli Studi di Torino; si occupa di immigrazione e salute da diversi anni.

I partecipanti sono stati una quindicina, per lo più infermiere e pediatre dei consultori pediatrici dell'Asl To1, un servizio orientato alla prevenzione, alla promozione della salute e al contatto col territorio.

Le formatrici hanno scelto di portare nel laboratorio un messaggio di relativismo culturale, esplicitato nel corso degli incontri. Non è stato presentato alcun focus specifico su determinate culture, ma piuttosto si è dato largo spazio alla discussione collettiva delle esperienze portate dagli operatori, concentrandosi sui nodi critici. Si è ribadito più volte, nel corso degli incontri di preparazione, l'inutilità di fornire ai partecipanti una vasta conoscenza di presunte caratteristiche attribuibili a determinate culture. Per costruire un'alleanza nella relazione di cura appare opportuno, piuttosto, fornire tecniche e strumenti adeguati per lavorare sul singolo e la sua unicità.

4.3. METODOLOGIE DI LAVORO

Le formatrici hanno scelto di adottare una conduzione condivisa, multidisciplinare e a più voci del laboratorio, per dare ai partecipanti una percezione immediata della ricchezza dell'interdisciplinarietà e del lavoro in coro. L'obiettivo ultimo era di complessificare lo sguardo. Ogni incontro era strutturato su un focus tematico che avviava il dibattito e il lavoro di gruppo. I cinque grandi

temi sono stati:

- l'alleanza terapeutica
- la famiglia in trasformazione
- la rappresentazione della maternità nelle culture
- la rappresentazione e il significato della malattia nelle culture
- libertà di scelta, compliance e alleanza terapeutica con i pazienti

Nell'incontro con il paziente, l'operatore è sempre in qualche modo chiamato ad interagire con la cultura dell'altro: una rete di significati e portati di vario tipo determinati dal proprio vissuto personale, familiare, sociale, professionale, ecc. Ciò avviene ancor più con l'utente immigrato, portatore di abitudini, credenze e usanze spesso molto lontane dal nostro quotidiano. Ecco, quindi, la necessità di mettere in campo un approccio transculturale e una medicina che non sottovaluti il portato delle diversità¹. Non si tratta di conoscere quante più culture al mondo, ma di comprendere, prima di tutto, il ruolo della cultura della relazione di cura, a prescindere da quale sia. Lo sguardo transculturale non esclude il riconoscere la nostra cultura, una fra le altre. Le formatrici, attraverso le metodologie di lavoro utilizzate, hanno voluto concentrarsi proprio su questo. Le tecniche di gruppo sotto elencate sono state utilizzate per allenare i partecipanti a riconoscere la propria cultura e il proprio portato nella relazione, per imparare ad osservarsi e a riconoscere sé stessi prima di approcciare e conoscere l'altro.

- Condivisione libera di esperienze in cerchio e conseguente dibattito.
- Condivisione a coppie di esperienze e restituzione al gruppo degli elementi significativi.
- Lavoro a gruppi di tre persone con discussione di un caso in coppia e un terzo osservatore della dinamica.
- Gruppo acquario: due cerchi concentrici, quello interno dibatte di un caso, mentre quello esterno si limita ad osservare e ad ascoltare le dinamiche emergenti.

Le ultime due tecniche utilizzate, in particolar modo, avevano come obiettivo quello di lavorare sull'osservazione e sull'individuazione dell'implicito culturale, per rendere espliciti tutti quei portati considerati superflui o dati per scontati nelle

1 Marceca, Geraci, Martino, 2006, 316.

relazioni di cura e che sono legati alla cultura. La finalità ultima era aiutare gli operatori a sviluppare la capacità di decentrarsi, di osservare contemporaneamente sé stessi e l'altro.

Io sono stato un osservatore partecipante, sia del laboratorio, sia del team che lo ha organizzato. Ho seguito gli incontri, i suoi momenti preparatori e di valutazione finale. Ho esplicitato fin da subito il mio ruolo, sia alle formatrici, sia ai partecipanti. Ho partecipato ai lavori di gruppo, ma sempre decentrandomi e tenendo alto il mio livello di osservazione, prestando attenzione alle dinamiche di gruppo e a elementi che ho ritenuto importanti per questo elaborato. Ho registrato tutti gli incontri e ho tenuto un diario. Ho intervistato singolarmente ogni formatrice, valutando quanto fatto e sviluppando questioni emerse durante il percorso laboratoriale.

4.4. PARLANO GLI OPERATORI

4.4.1. L'incontro con l'altro non è sempre facile

“Da subito mi sono resa conto come cambi nettamente, nelle varie culture, il punto di vista del paziente quando approccia il medico, soprattutto il giovane medico, ragazza (...) Quando frequento il reparto dove ho fatto la tesi, vedo ad esempio i signori anziani, uomini eccetera, vedere un giovane medico che cerca di essere gentile, sorridente, così... sono proprio contenti, si farebbero visitare mille volte. E, invece, come nell'ambulatorio sociale del Sermig, dove io cerco il più possibile di essere gentile, solare, parlo un po' di inglese, francese... come, invece, quasi si ritraggano, e mi guardano un po' stupiti, quasi a dire “Perché questa è qui”... e mi guardano molto molto diffidenti, come a dire “Ma davvero dovremmo crederle”. Ogni tanto mi è capitato nelle ultime visite, soprattutto con uomini nigeriani e arabi... sembravano divertiti dalla scenetta, credevano stessi recitando (...) Insomma, mi fa strano!”

“Ieri sera una mamma che ho seguito in consultorio, che è un insegnante, mi ha raccontato un episodio. Lei lavora in una scuola materna in zona Porta Palazzo con una concentrazione elevatissima di stranieri in classe; ha assistito ad una scena in classe di un'altra insegnante che maltrattava una bambina. Mi ha detto di avere l'impressione che i suoi superiori vogliano mettere a tacere questa cosa. A lei non va bene, vorrebbe fare qualcosa. Al mattino una delle operatrici scolastiche le ha detto: “La mamma di questa bambina ha detto che la bambina si è lamentata che è stata picchiata”, poi ha aggiunto

“però sembra che nella loro cultura questa cosa sia normale”. Cioè, mentre da noi ti toccano e... denunce su denunce (...) Questa mamma magari ha pensato “Se l'è meritato la bambina, perché faceva i capricci”. Questa cosa mi ha colpito molto perché lei dice “Ma come mi devo muovere? La mamma magari non ci ha neanche pensato. Mi muovo io? Come fate voi quando gli stranieri vi raccontano di maltrattamenti?”. E io quindi, insomma... Non sapevo cosa rispondere! Tu come operatore devi sicuramente, tra virgolette, denunciare la cosa, ma è ovvio che se la preside ti dice di lasciar perdere, cosa fai? Soprattutto perché la mamma ha detto “Ah la bambina mi ha detto questo”, ma non ha sollevato chissà qual... come se magari la maestra c'avesse pure ragione perché la bimba era stata capricciosa.”

L'incontro con l'altro non è semplice, soprattutto se si trasforma, piuttosto, in uno scontro: un contatto che sembra impossibile, per via della cultura, troppo differente, troppo lontana. Come comportarsi? Gli operatori e le operatrici, durante l'intero laboratorio, manifestano le loro difficoltà nel rapportarsi con molti utenti stranieri, come le due sopra. La prima, una dottoressa neolaureata che presta servizio all'ambulatorio sociale del Sermig, la seconda, un'infermiera pediatrica del consultorio. È tanto il bisogno e la voglia di formazione, di parlare di cultura, di comprendere cosa entra in gioco nel rapporto con il paziente immigrato, di come muoversi in una relazione in cui, troppo spesso, vi sono interpretazioni e significati della realtà discordanti.

4.4.2. Storie di fili rossi, di figli che diventano mediatori, di “minimi sindacali”

“La madre si è messa a piangere a terra, sembrava che il bambino fosse morto.”

I rituali e i simboli sono percepiti dalla nostra società tendenzialmente come superflui, ma come sottolinea Vargas, per molte culture, la dimensione simbolica è costituente della soggettività della persona. Eppure, i rituali sono così lontani da noi? In realtà, a detta degli operatori, non così tanto; sicuramente lo sono i percorsi di significato legati ad abitudini altre rispetto alle nostre. Ecco, quindi, che tagliare, senza pensare, un filo rosso legato troppo stretto al polso di un neonato all'ospedale provoca una reazione dei genitori, per noi, eccessiva. L'operatrice racconta la storia di un'azione impulsiva di una tirocinante che, in una

situazione di non emergenza, agisce senza troppo riflettere. Ma se quel filo al polso fosse denso di significato, simbolo di vita, fortuna e prosperità? Se quella pratica, di poco conto per la tirocinante, fosse legata ad un percorso di significato molto più ampio per i genitori, tanto da considerarlo vitale per il bambino?

“I bambini sono proprio quelli che poi, nei servizi, servono ad aiutarti a comunicare.”

È ricorrente, fra le operatrici, l'immagine di donne sole, isolate, in balia di bambini che diventano mediatori. I figli degli immigrati, molto spesso, si presentano come piccoli capifamiglia incaricati di interfacciarsi con i servizi. Le problematiche conseguenti, però, sono diverse. Come parlare di argomenti delicati? Come assicurarsi della corretta trasmissione del concetto? La donna appare sola, incapace di comunicare. La migrazione, italiana o straniera, comporta l'inserimento in un tessuto sociale nuovo, in cui non si hanno reti, in cui si affrontano situazioni in modo diverso rispetto a come si affronterebbero in uno spazio conosciuto. Ecco palesarsi, quindi, i vissuti di solitudine che l'elemento migratorio porta con sé. Vissuti... e vite, spesso, difficili da comprendere. Il lungo scambio che segue, ben rappresenta questa difficoltà.

Operatrice 1: “Pensavo... rispetto alle donne che vengono con i mariti, penso che capiti un po' a tutte, sicuramente il primo atteggiamento è quello di un po' di fastidio, soprattutto da parte di noi operatrici donne.”

Vargas: “Anche con il marito italiano?”

Operatrice 1: “Eh infatti, lì volevo arrivare. Meno sicuramente col marito italiano! Sono sincera, mi sto interrogando. Sicuramente anche con gli italiani. Ma con le persone non italiane... Partiamo dal presupposto che loro sono vittime di quella situazione, ma sono veramente vittime mi chiedo? Oppure... sono lì le domande che uno dovrebbe farsi. Quando per esempio, vengono e le invitiamo caldamente ad imparare l'italiano, perché così si possono muovere meglio... Le vogliamo emancipate queste donne. E allora mi chiedo: ma loro lo vogliono?”

Vargas: “Questa è forse la domanda da porsi. Quella situazione la subiscono o si sentono tutelate da essa? Quindi, se siamo nella prima situazione, l'atteggiamento, diciamo così, di cercare di bypassare la presenza del marito, può essere gradito alla donna, ma nel secondo caso forse la donna lo può vivere come un ostacolo. (...) La cosa a cui sarebbe molto interessante arrivare è alla voce di questa donna! È difficile, ma bisogna tentare; coltivando la relazione non verbale, per esempio...”

Operatrice 2: “Però scusate, io non sono d'accordo su questa cosa. Noi abbiamo

combattuto per alcune cose. Abbiamo voluto votare, stipendio uguale a quello degli uomini, carriere simili... quella roba lì della lingua, se io vado in un paese straniero, è il minimo sindacale. Non è per prevaricare, ma è una roba normale. Se io mi trasferisco in Francia, prima cosa imparo il francese. Se c'è una limitanza, un impedimento, bisogna chiedersi perché è su una cosa così normale.”

Vargas: “Normale per noi!”

(...)

Operatrice 3: “Io vado al Gruppo Abele a fare i corsi di promozione alla salute. Le insegnanti mi dicono che le signore che sono state un po' obbligate a frequentare il corso di italiano, se non hanno voglia di impararlo, intanto sono tre volte su due assenti, e non lo imparano. Per cui se non è una cosa che parte proprio da loro, perché lo sentono...”

(...)

Vargas: “È molto bella questa discussione, perché cominciamo a toccare il nocciolo duro delle nostre rappresentazioni, che è per esempio la rappresentazione del femminile e la rappresentazione del femminismo (...) esiste un femminismo arabo? Lo sappiamo questo? E il femminismo arabo su quali tematiche si declina? Quali sono i diritti per cui le donne arabe combattono? Questo lo sappiamo molto poco.”

Operatrice 2: “Ma non è questione che... Io ho scisso le due cose. Ho scisso il fatto che loro mantengano la cultura, combattano per... il velo, non so... perché è una cosa normale. Non ci può essere opposizione sull'imparare una lingua. Sei integrato in una civiltà? Il minimo sindacale è imparare una lingua. Su questo... su tutti gli altri va bene, sono la prima a fare mille discorsi, ma su questo francamente...”

(...)

Vargas: “Voglio dire, imparare le lingue è un processo che richiede tempo. Non so se voi avete mai provato ad imparare l'arabo o il cinese. Ci va tempo. Non è come imparare il francese (...)”

Operatrice 2: “Ci sono delle donne che sono anni che sono qua e non hanno ancora imparato l'italiano.”

Vargas: “Esatto. Perché? Perché l'imparare una lingua non è solo imparare un qualcosa di tecnico. È acquisire tutta una serie di concetti e di nozioni che intanto, non tutte le persone acquisiscono negli stessi tempi. In secondo luogo richiede anche un movimento della volontà. Pensate ai rifugiati, per esempio, o chi è in fuga da paesi, molto spesso ci mettono tre volte tanto il tempo per acquisire la lingua rispetto invece a chi emigra per decisione propria. Chi è costretto ad emigrare ci mette più tempo, a volte sette, otto anni per imparare una lingua che magari non è neanche così distante rispetto alla propria. È una questione complessa, che ha a che fare anche col come io

declino la mia relazione col luogo. Sono d'accordo col fatto che... anche per me imparare la lingua sarebbe il primo sforzo, però accettare che non per tutti è necessariamente così, ci apre anche una finestra di tolleranza rispetto a persone che magari non si attivano da subito per imparare la lingua. Il che non vuol dire non invitarle ai corsi o non predisporre i corsi”

Buttafuoco: “Io penso che il tranello di questa cosa qua è che se io parto mettendomi nell'ottica che è il minimo sindacale che loro imparino la lingua, è la prima barriera che creo con quella donna sulla comunicazione (...)”

Operatrice 2: “È vero... però ci deve essere uno sforzo comune. Cioè, io posso capire la signora che arriva in consultorio col bambino di pochi giorni, appena dimessa dall'ospedale; però, quando il bambino ha due anni, parliamo di svezzamento, e siamo allo stesso punto che deve venire il padre a capire come procedere con lo svezzamento, allora forse posso capire un pochino meno.”

Buttafuoco: “Forse noi non dobbiamo...”

Operatrice 2: “I tempi si devono dare. La signora deve dare i tempi a noi, noi diamo i tempi alla signora. In genere ci deve essere un pochino di avvicinamento. Trovarsi non a metà sicuramente, ma forse tre quarti verso la signora, però...”

(...)

Operatrice 2: “Io voglio che quella signora possa scegliere alcune cose della sua vita e della vita del bambino.”

Vargas: “Però non dimentichiamo che, anche in assenza di una lingua comune, c'è sempre la risorsa del mediatore, quindi non è che io non ho totalmente accesso al mondo di quella donna. C'è il mediatore attraverso il quale si può anche avviare un piccolo processo di stimolo verso l'acquisizione della lingua. Le si può anche trasmettere l'idea che acquisire la lingua le permetterà di, che so, prendere decisioni più consapevoli, eccetera. Quindi, come dire, si può lanciare un segnale di cambiamento. Poi come faccio io, come dire... ad imporre ad una persona, italiana o straniera, che è arroccata su una certa posizione, a cambiare...”

Operatrice 2: “Col dialogo e... con la lingua!”

Vargas: “L'unico canale che ho è quello del dialogo, e non sempre si riesce.”

Operatrice 4: “Noi... rispetto a questa esperienza che abbiamo portato (l'esperienza di una donna accompagnata dal marito ai servizi – N.d.R.) ... Lui è arrivato con un atteggiamento un po' arrogante. Ti smuove qualcosa dentro come operatore; comunque c'è anche la nostra parte personale come in tutti i rapporti. Quindi quando si è capito questo, si è cercato di lasciare un pochino che questa situazione andasse un po' secondo cosa voleva lui per cercare di agganciare questo nucleo familiare... che comunque noi con questa signora non riuscivamo a parlare perché... comunque era appena arrivata,

aveva appena partorito... poi col tempo si cerca di agganciare. Ti fai vedere che sei disponibile, gli fai vedere delle cose, se magari capisce che c'è un atteggiamento accogliente, anche nei limiti del tempo (...) farlo ritornare in maniera tale da creare quel substrato per cui questa persona poi comunque è venuta in altri momenti, ha trovato sempre una porta aperta (...) e questa cosa ha creato un canale, poi si vedrà nel tempo.”

Vargas: “Si è iniziato quel processo che dà il nome a questo corso, il processo di costruire un'alleanza. Quindi l'alleanza si deve iniziare a costruire con gli elementi che ci sono a disposizione. Se si inizia con un rifiuto di questi elementi, allora il canale non si apre, si chiude.”

Ascoltando questa conversazione e vedendo il fervore dell'operatrice nel ribadire che “la lingua è il minimo sindacale”, mi vengono in mente le parole di Marianella Sclavi: “Qualsiasi semplificazione che porti ad ignorare la possibile alterità dell'altro (le sue premesse implicite diverse da quelle che noi diamo per scontate) porta a una crisi nelle dinamiche dell'accoglienza e reciproca convivenza”². Quindi ecco che, per quanto sia condivisibile, dare per scontato la priorità dello studio della lingua del paese d'immigrazione impedisce di vedere altri mondi possibili – per dirla alla Sclavi. Non ci dà nemmeno la possibilità di conoscere, se mai sarà possibile farlo, le ragioni di questa mancanza, condivisibili o meno. Giudicare, tentare di comprendere a tutti i costi, costruire la conversazione a partire da nostre premesse edifica barriere tra noi e l'altro, rendendo inevitabilmente difficile comunicare.

4.5. LE SFIDE PROPOSTE DAL LABORATORIO

4.5.1. Decentrarsi e cambiare prospettiva ...

“C'è una storia che racconta un mio amico antropologo che ha lavorato molto in India. Secondo me è molto interessante, ci aiuta a cambiare prospettiva. Lui è 34enne, celibe. Qua è normale, in India desta abbastanza preoccupazione. Allora era lì, aveva trascorso quasi un anno, stava per tornare dalle sue ricerche, aveva fatto amicizia con tanti ragazzi, uomini della sua età, anche più giovani, tante famiglie del luogo. Un giorno, poco prima della sua partenza, gli dice uno dei suoi amici, informatore e collaboratore: “Ah beh dai, adesso tornerai a casa e magari la tua famiglia avrà già delle ragazze da

2 Sclavi, 2003, 9.

presentarti, perché così ti potrai sposare!”. Allora il mio collega antropologo: “Eh no, probabilmente no. Sai la mia famiglia non interviene in questo genere di cose”. Il suo amico indiano fa: “Ah, ecco, non ti preoccupare, non è una cosa grave, capita in alcune famiglie. Posso parlare con mia mamma, si ne occuperà lei. Guarda, qui in India, ci sono delle ragazze stupende”. Allora il mio amico: “No no, in realtà nella nostra società ci si aspetta che sia lo stesso uomo a trovare la persona giusta”. “Ah – dice il ragazzo – quindi nessuno vi aiuta a trovare moglie”, “No, no, nessuno ci aiuta”, “Ah – conclude allora il ragazzo – ecco perché vi sposate a 35 anni!”

La storia offerta da Vargas ben rappresenta la necessità di decentrarsi quando si lavora con l'altro. La nostra prospettiva e i nostri impliciti, ciò che noi diamo per scontato, potrebbero risultare strani e incomprensibili per l'altro. Quello che per un ragazzo nato e cresciuto in Italia sarebbe un'interferenza ingiustificata, per un giovane indiano è qualcosa di necessario per trovare moglie e non restare solo. Il matrimonio combinato non è, quindi, sempre percepito come un male. Come sottolinea la docente, molte coppie che gli operatori incontrano nei servizi nascono in questo modo. L'uomo, per esempio, emigra per primo e, una volta raccolte abbastanza risorse economiche, contatta casa chiedendo aiuto alla madre per trovare un'eventuale moglie.

L'incontro con l'altro ci suscita delle reazioni emotive. Proprio questo rende esplicita la nostra cultura: il modo in cui pensiamo, crediamo, agiamo. Noi tendiamo a proiettare, come spiega Vargas, il modo in cui staremmo nelle circostanze di vita che ci presenta l'altro, ma è un esercizio di pensiero ingannevole. Quelle pratiche non sono per noi tradizionali e comuni. La sfida per l'operatore, quindi, è quella di filtrare gli impulsi emotivi e i giudizi derivanti da tale proiezione, esercitando una funzione riflessiva. Guardarsi dall'esterno aiuta a capire le proprie emozioni, per poi, in un secondo tempo, comprendere quelle dell'altro e di conseguenza la sua storia. Impostare una relazione d'aiuto efficace implica reciproca comprensione; ciò può avvenire solo cambiando punto di osservazione, decentrandosi e osservandosi.

4.5.2. ... osservarsi ...

Il laboratorio invita i partecipanti a sperimentarsi nella dimensione dell'osservazione e dell'ascolto. Sono presentate alcune tecniche di gruppo mirate

a questo. Gli esiti, però, sono tutt'altro che favorevoli. Alcuni operatori ribadiscono più volte, durante il corso, di partire già da un elevato grado di sensibilità e attenzione verso l'altro. Che sia vero o meno, le dinamiche di gruppo fanno chiaramente emergere quanto sia difficile, per tutti, ascoltare. Il caso del gruppo acquario è il più esemplificativo. La tecnica prevede che quattro operatori discutano di un caso, accerchiati da altri che, in silenzio, osservano le dinamiche emergenti ed eventuali impliciti culturali. Partecipo anch'io al cerchio esterno, posizionandomi idealmente, però, in un terzo cerchio concentrico di osservazione dell'intera situazione.

Durante il racconto del caso, percepisco forte il bisogno di riflessione, ma allo stesso tempo gli osservatori fremono per parlare. La difficoltà nell'ascoltare e nell'osservare è palese. Gli operatori non si danno il tempo per farlo. Tutti faticano a stare in silenzio, mostrando in modo evidente la loro voglia di intervenire, soprattutto quando il racconto del caso tocca una questione clinica. Ad essere messo in scena è uno scontro fra culture... mediche. Tutti fremono per portare il proprio contributo e l'esercizio sfocia in una rappresentazione aggressiva e conflittuale di diversità professionali. Gran parte della discussione si incentra in questo, non sul vissuto dei protagonisti del caso. Ecco, quindi, la difficoltà nel decentrarsi, nel filtrare le proprie emozioni, nel guardarsi dall'esterno, nel tenere il focus sulle persone piuttosto che perdersi in una sterile discussione sui particolari clinici. Prendersi il tempo per ascoltare è difficile. Forse il silenzio e la riflessione spaventano, sono improduttivi, non ci fanno protendere all'azione. Il punto è che le dinamiche emerse in questo incontro mi sembrano che riflettano bene quelle che sperimentiamo tutti i giorni nella nostra società. Mi chiedo quindi: siamo in grado di ascoltare veramente l'altro?

4.5.3. ... svelare gli impliciti culturali.

“È lontano da quello che avrei fatto io.”

Svelare gli impliciti culturali significa rendere noti i modelli non dichiarati, non detti, le rappresentazioni, i codici di comportamento che adottiamo con l'altro e che noi diamo per scontati, in quanto crediamo essere comuni. Si tratta di allenarsi ad osservarsi, a riconoscersi immersi in una cultura, a capire come questa

agisce su di noi per poi, solo in un secondo tempo, rapportarsi con l'altro. Uno degli esercizi proposti dalle formatrici prevede un lavoro a tre, in cui due operatori condividono un caso mentre il terzo assume il ruolo di osservatore registrando gli impliciti culturali. La storia che porta un'infermiera pediatrica nel mio gruppo è quella di un colloquio avuto qualche giorno prima con una mamma italiana, sposata con un ghanese, che frequenta il corso di massaggio per neonati offerto dal consultorio pediatrico. Ad una lezione, l'operatrice, sapendo del papà della bambina, chiede alla signora se condivide questa pratica col marito, sapendo che in Africa il massaggio natale è molto diffuso. La risposta la lascia molto perplessa: la madre riporta il fatto che la mattina il marito massaggio la figlia, ma lei non li guarda minimamente. L'infermiera allora, pensando che il massaggio sia un buon momento di condivisione fra genitori, manifesta il suo stupore per il comportamento della madre e la invita a confrontarsi col marito su questa tema.

La storia è molto semplice, ma ben dimostra come, nella relazione con l'utente, entrino in gioco gli impliciti, in questo caso legati alla cultura personale e del servizio, che governano il comportamento dell'operatrice. Il mandato del consultorio pediatrico e la sensibilità dell'operatrice, infatti, vedono il massaggio come momento di condivisione familiare. Quando da osservatore faccio notare che per la madre poteva essere un momento di stacco dalla cura giornaliera della bambina o un momento di legame esclusivo tra il papà e la figlia da rispettare, l'operatrice risponde: “È vero, non ci avevo pensato... è lontano da quello che avrei fatto io”. Gli impliciti non finiscono qui. Nel raccontare il caso, l'infermiera descrive l'uomo in questo modo: “Il papà, ghanese, una persona di cultura, laureato”. Al mio farlo notare, l'operatrice mi risponde che è un dato di fatto. La questione, però, è che della mamma io non sapevo nulla. Non si è ritenuto di specificare nulla della donna, ma per l'uomo invece, essendo africano e, aggiungo io, per discostarsi dall'immaginario collettivo implicito, la scelta è stata quella di specificare che fosse laureato e di cultura. Ecco, quindi, che una storia semplice rivela quanto di velato e sottaciuto vi sia nella cultura in cui è immerso l'operatore e quanto ciò guidi i pensieri e le azioni dello stesso.

4.6. GLI STRUMENTI DA METTERE IN CAMPO

4.6.1. Raccogliere le sfide

Ferrari (2010) definisce gli addetti al lavoro sociale “come degli artigiani del *welfare*, artefici del suo farsi continuo: attenti non solo alla sua manutenzione ordinaria ma alla potenziale introduzione di elementi innovativi, di individuazione di nuove soluzioni a nuove questioni”. L'accesso degli immigrati ai servizi sollecita la messa in discussione degli operatori e delle cornici entro cui operano. Si tratta di accettare o meno questa sfida e di costruire strumenti da mettere in campo, per l'intero sistema di *welfare*³. Anche l'ambito sanitario è chiamato a mettersi in gioco e il laboratorio è un'occasione per fare ciò.

Prima di tutto, quindi, gli operatori sono invitati a raccogliere le sfide e a mettersi in discussione. È importante allenare la dimensione dell'osservazione, la capacità di decentrarsi, non dimenticando di rivolgere lo sguardo su sé stessi oltre che sull'altro. L'obiettivo è comprendere che tutti gli attori della relazione di cura sono immersi in una dimensione culturale e hanno implicite. È necessario saper leggere il proprio vissuto di fronte all'utente e le emozioni che ci suscita, per separare la dimensione emotiva da quella conoscitiva. Le emozioni non sono indicative su cosa si vede, ma su come si guarda. Non parlano dello stimolo che l'operatore ha di fronte (l'utente, i suoi comportamenti, le sue usanze, la sua famiglia, ecc.), ma di sé stesso e di come si colloca di fronte a quello stimolo⁴. Isolare le emozioni aiuta a non giudicare il paziente e la sua cultura: uno degli elementi fondamentali per impostare una buona relazione d'aiuto.

Il laboratorio invita gli operatori ad allenarsi anche nell'ascolto. Una pratica che, dall'esperienza effettuata del gruppo acquario, risulta molto difficile. Fermarsi e prendersi il tempo per ascoltare e riflettere appare necessario per tenere il focus sull'individuo e sulla situazione oggetto della propria attenzione. Un ascolto che, a detta degli stessi operatori, non può che essere attivo, cioè con una forte attenzione e partecipazione comunicativa. Solo così la persona avrà la possibilità di raccontarsi come soggetto, primo passo verso la costruzione di un rapporto di fiducia⁵ e di un percorso di cura condiviso.

3 Ferrari, 2010, 210.

4 Sclavi, 2003.

5 Ferrari, 2010, 175-176.

Il rispetto dell'altro e del suo tempo nella relazione d'aiuto è un altro elemento chiave. Questioni come la lingua “minimo sindacale” costituiscono una barriera nella comunicazione e non rispettano i tempi dell'altro. L'alleanza, come afferma Vargas durante gli incontri, “si deve iniziare a costruire con gli elementi che ci sono a disposizione. Se si inizia con un rifiuto di questi elementi, allora il canale non si apre”.

4.6.2. “Avere il coraggio di fare domande”

Buttafuoco: “Nell'incontro con l'altro, soprattutto all'interno di un'ottica interculturale, noi dobbiamo avere il coraggio di fare domande... quella cosa dell'ascolto attivo... un ascolto presuppone il fatto che io chieda delle cose. Non è che posso immaginarmi che la persone vengano e spontaneamente mi dicano tutta una serie di cose. Molte volte le persone, soprattutto quando si muovono in un terreno che non conoscono bene, non hanno magari neanche chiaro qual è esattamente il loro bisogno... hanno bisogno di sentire nell'altro la curiosità verso di loro, che non è la curiosità morbosa e giudicante... adesso mi racconti la tua storia così io ti incasello... ma è proprio... io ho desiderio, voglia e bisogno di sapere chi sei, da dove vieni, cosa stai facendo, cosa vuoi, quali sono le tue difficoltà e queste informazioni insieme le rielaboriamo per provare a trovare insieme la soluzione al quesito che mi poni.”

Vargas: “É molto raro che si operi così. Io, nelle esperienze di maternità, ho quasi sempre ricevuto informazioni. (...) Pensateci... nei servizi si danno informazioni (...) raramente però si parte dalla direzione opposta.”

Operatrice: “É vero, non avrebbe senso fare nell'altro modo. Nel momento in cui tu dai delle indicazioni, la persona non ti racconterà mai cosa sta facendo. Siccome la realtà che porta è: “Dormiamo tutti in una stanza, tutti nello stesso letto perché siamo...”, allora ti devi adattare a quello che le persone ti raccontano e mediare per quella situazione. È per questo che noi, italiani o stranieri, chiediamo... cosa mangiano, dove dormono...”

Fare domande è sinonimo di interesse verso l'altro: una questione emersa spesso durante il laboratorio e condivisa da molti. Permette di conoscere chi ci sta davanti, stimolare la creazione di una relazione di fiducia e costruire un percorso di cura concordato e realistico. La difficoltà maggiore espressa dai partecipanti è, talvolta, il timore di sembrare indiscreti.

Torresin: “Io stessa, quando ho iniziato a lavorare, non avevo molta voglia di fare domande, e ho pensato poi a lungo andare che questo facesse parte di una mia costruzione tecnica, locale... cioè, per esempio, aspettare che le persone parlino e non fare domande. E ho cominciato a confrontarmi sul fatto, ovviamente nel mio ambito di cura, che spesso le persone arrivano aspettandosi dalla persona che cura delle domande molto più esplicite... e quindi anche per me è stato un percorso (...)”

Operatrice: “Rimango convinta del fatto che poi devi gestire le cose al momento e a seconda di chi hai di fronte... però rifletterò sul fatto che probabilmente è anche un pezzo di mia preoccupazione, di mia paura... nel procurare all'altro disagio.”

Torresin: “(...) l'interessante è costruire degli spazi attrezzati perché le informazioni vengano fuori, perché la difficoltà è anche quella. Non abbiamo tempo di aspettare le informazioni... questa continua efficacia di prestazioni... manca il tempo che la relazione maturi spontaneamente... per fare questo bisogna sicuramente superare delle resistenze.”

Le formatrici interrogano gli operatori se hanno l'abitudine di chiedere al paziente straniero la propria storia. Le operatrici dei consultori pediatrici riferiscono che lo fanno sempre. Si sono rese conto, infatti, che introdurre l'elemento del percorso migratorio è recepito positivamente da parte degli utenti. È un'apertura e il primo passo per la creazione di un contesto sereno e accogliente, anche con gli adolescenti. L'unica operatrice di un consultorio familiare, invece, solleva delle perplessità pensando all'utenza del suo servizio. Valutare se chiedere o meno, dice, dipende dalla persona che si ha davanti; meglio creare prima un clima di fiducia perché molte donne hanno storie difficili da condividere. La dottoressa, comunque, confessa di essere a disagio nel domandare. A volte ci sono delle storie così problematiche che non le sembra adeguato chiedere al primo incontro, le pare indelicato: “È come se io aspettassi che venisse fuori piuttosto di fare la domanda diretta”. In ogni caso, valutando la persona che si ha davanti e riflettendo sulle tempistiche adeguate, fare domande sulla storia personale appare uno dei metodi più efficaci per dimostrare interesse verso l'altro.

4.6.3. Tenere aperto il dialogo

Vargas: “La sfida è tenere insieme il proprio ruolo disciplinare, la propria appartenenza, la propria professionalità, la responsabilità che si ha rispetto al paziente, con l'ascolto di diversità anche scomode, difficili da gestire, che sfidano il nostro senso di verità.”

Nel dialogo con l'utente, soprattutto in ottica interculturale, entrano in gioco le sue convinzioni, le sue rappresentazioni della malattia, le sue credenze, eventualmente legate a medicine tradizionali. A tal proposito, le formatrici introducono una provocazione che va a toccare il sistema di sapere degli operatori e le cornici in cui si trovano ad operare. Si può costruire un percorso di cura condiviso in ambito interculturale? È possibile ascoltare e usare le categorie dell'altro per formulare una cura, abbandonando schemi predeterminati? È possibile costruire insieme all'altro un percorso di azione, di cura, tenendo conto delle sue rappresentazioni o almeno di alcuni suoi aspetti, anche se scomodi e se vanno a sfidare le nostre credenze e conoscenze? La sfida è grande, soprattutto perché, oltre alla cultura personale e professionale dell'operatore, entra in gioco il mandato del servizio.

“Noi siamo pagati per quello.”

Come rispettare le rappresentazioni dell'altro all'interno della cornice del proprio mandato, su cui fa leva l'affermazione dell'operatrice? Insomma, la questione posta nel laboratorio è come integrare il diritto universale alle cure con il tener presente e farsi carico della diversità culturale – dell'utente e del servizio! Appare necessario, da parte dei professionisti, domandarsi quant'è ampio lo spazio di flessibilità della propria cornice (individuale e istituzionale) e tenere aperto il dialogo e il confronto con l'altro. L'approccio da mettere in campo, nella relazione interculturale, sembra essere quello legato al concetto di exotopia: “Una tensione dialogica (...) dominata dal continuo ricostruire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra”⁶. Un dialogo tra individui e tra culture, in cui l'alterità è parte fondante della relazione. È un messaggio di relativismo culturale in cui l'altro e le sue credenze hanno pari dignità rispetto alle nostre. Vargas, in questo senso, propone ai partecipanti di riflettere e ricondurre al proprio agire il concetto di sapere parziale introdotto da Brown (2006). Partendo da questa premessa, il sapere scientifico dell'operatore avrebbe legittimità, ma non coprirebbe la totalità dei significati legati al corpo e alla malattia. La chiave è, ancora, tenere uno spazio aperto al dialogo e allo scambio reciproco. Un dialogo dove l'alterità sia la base

6 Sclavi, 2003, 172.

per orientare il proprio agire verso un terreno comune. Per esempio, afferma Vargas, la cura e la tutela dell'individuo. Ci sono pratiche nelle società che danneggiano la salute, ma sempre in una cornice di tutela e cura dell'individuo. La sfida, per il professionista che si trova a rapportarsi con pazienti dalle visioni molto lontane dalle proprie, è quella di trovare, nel pensiero dell'altro, gli aspetti che tutelano la salute e partire da quelli per costruire un'alleanza terapeutica, muovendosi ovviamente nel terreno della legalità.

4.6.4. Non siamo solo cultura

Torresin: “Questo esercizio di rendere sensibile la componente culturale è, in realtà, per evitare che una persona venga appiattita al solo elemento culturale. Lo dico perché anche oggi, ad un gruppo di lavoro, qualcuno diceva “Ma io vorrei fare formazione perché vorrei avere indicazioni di testi dove si spiega... si parlava di allattamento... cos'è l'allattamento in Nigeria”. Penso sia uno dei problemi che come società affrontiamo, cioè quando arriva la persona, non gli chiediamo neanche da dove arriva, ma stiamo già pensando “Lui si comporta così perché fa parte di quella cultura”. Invece, l'esercizio che noi cerchiamo di fare è di avere più informazioni possibili sulla cultura per darci la possibilità di vedere quella persona come persona, e non come cultura.”

Operatrice: “(...) a me di sapere come in Nigeria... cosa ne pensano sull'allattamento... non è che me ne freggi tanto. Nel senso che, mi può anche interessare, però se tu vai in Nigeria e ti chiedono: “Cosa ne pensano dell'allattamento in Italia?”. In realtà ognuna di noi ne pensa una cosa diversa. Quindi a me interessa cosa ne pensi tu, la persona che ho vicina sull'allattamento, che magari non è come la pensano in Nigeria (...)

Vargas: “Il contesto culturale spiega alcune cose, ma anche la visione dell'antropologo è un sapere parziale. La cultura non spiega tutto. La cultura spiega una parte, magari altri elementi sono prettamente individuali, della storia di quella persona, soggettivi. Altri magari derivano dalla condizione di disagio sociale, più che da una cultura specifica (...) Sottolineo l'idea di Silvia: l'importanza del contesto non è quella di fare un'equazione fra contesto culturale e comportamento della persona, ma piuttosto darci un contesto di significato all'interno del quale possano acquisire un senso più ricco quello che è l'esperienza personale (...)”

Buttafuoco: “(...) che poi non vuol dire che io non devo assumermi la responsabilità di portarti alcuni informazioni che ad oggi le evidenze scientifiche mi dicono... nel senso che io non posso neanche deresponsabilizzarmi completamente. Quindi devo trovare

una via all'interno del cappello della bioetica, in cui tutto si inserisce, all'interno di valori assoluti che noi assumiamo come importanti, all'interno anche del sistema sanitario dove noi lavoriamo. Quindi diventano tanti pezzi del puzzle (...)"

Evitare di appiattare la persona al solo elemento culturale: è questo l'argomento portato dalle formatrici nell'ultimo incontro. Buttafuoco invita a tener conto della "parte creativa" di ognuno di noi, "dell'io, degli occhi con cui ho guardato quando ero piccolo tutta una serie di cose, come le ho fatte diventare mie e come le esplicito e come le porto nel mondo". Conoscere la cultura è utile non per etichettare, ma per avere maggiori informazioni sull'individuo e sulla sua specificità. La curiosità dell'operatore in questo è fondamentale. Questa convinzione è alla base dei cinque incontri; per questo le formatrici hanno scelto di non trasmettere nozioni su specifiche culture, ma di allenare i partecipanti a costruire una competenza e un metodo di lavoro incentrato sulla riflessività. Il laboratorio invita a tener presente l'unicità di ogni individuo, per vederlo come persona e non come cultura. Rinunciare agli stereotipi e alle pretese classificatorie permette all'altro di trovare uno spazio di accoglienza e in cui si possa raccontarsi⁷. È l'inizio di una conoscenza reciproca, di una relazione e di una possibile alleanza.

4.7. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

Le valutazioni dei partecipanti, espresse in un questionario a fine corso, sono polarizzate. Su quindici partecipanti, nove esprimono voti molto positivi, mentre sei molto negativi, riportando osservazioni per lo più simili.

"Avrei avuto piacere di ricevere maggiori strumenti pratici da applicare nella mia professione, forse reso più complesso dal lavoro di introspezione di ognuno di noi persona/operatore."

"Troppo teorico, mi aspettavo più esempi di come vivono la malattia e la maternità le diverse culture."

"Non ho ricevuto altri strumenti (oltre ai miei acquisiti in questi anni) per rapportarmi con l'utenza straniera. Interessante invece l'aspetto antropologico."

⁷ Ferrari, 2010, 164.

“Non ho trovato nessun arricchimento professionale e ho fatto fatica a capire l'obiettivo formativo. È completamente mancata la parte “quagliante”. Mi aspettavo strumenti nuovi.”

La scelta delle formatrici di impostare il corso sulla riflessività e di non offrire focus su culture specifiche sembra non compresa da alcuni operatori. È chiaro lo scontro tra le aspettative dei partecipanti di acquisire nozioni e la scelta del laboratorio di costruire, piuttosto, una competenza. Si parla, in generale, del bisogno di strumenti pratici, senza però entrare nello specifico. Si esprime la necessità di ricevere esempi di vissuti culturali.

“Pensavo... visto che è un corso sulla multiculturalità, la diversità culturale, la diversità di etnie... perché non ci sono mai mediatori culturali che partecipano a questi corsi? (...) Gli unici stranieri che lavorano come operatori sanitari dovrebbero stare qua, a confrontarsi con noi. (...) Secondo me aver avuto una del Ghana che veniva qui e mi diceva apertamente lei cosa ne pensava su questa cosa, a me avrebbe fatto piacere. Sennò è sempre un italiano che media, pur competente, però c'è sempre la mediazione di un italiano.”

Queste sono le impressioni di un'operatrice espresse durante l'ultimo incontro. Vargas, in seguito, riferendosi a queste frasi, mi dice:

“C'è una frase che mi ha molto colpito, di quella dottoressa (...) lei diceva “Però, non ci sono gli stranieri a questo laboratorio”. Al mio farle notare di essere straniera mi risponde: “No, lei non conta più come straniera”. Allora mi chiedo perché ai suoi occhi non conto più come straniera. Cos'è che ai suoi occhi configura l'essere straniero? Quand'è che esco, per lei, dalla categoria di straniero. Sicuramente non quando racconto la storia esotica del mio paese. Esco dal ruolo di straniera nel momento in cui mi presento come antropologa e non come colombiana, nel momento in cui vengo a parlare di temi che sono di ordine generale e non sulla mia cultura di appartenenza. Lei non voleva lo straniero che si pone come medico cardiologo senegalese o come psicologa romena, ma che si pone come romeno o senegalese che ti porta la sua esperienza culturale. Quindi, questo confine del “noi che possiamo parlare del generale e dello scientifico” e “voi potete parlare della cultura” rappresenta un nocciolo che non siamo riusciti a spezzare.”

Insomma, per alcuni, costruire una relazione interculturale appare più semplice partendo da classificazioni culturali preesistenti. Il tentativo delle formatrici di spezzare questo meccanismo incontra alcune resistenze. Sembra che

per alcuni operatori sia vitale avere delle conoscenze di base che possano porre l'altro in una cornice da cui partire per la costruzione di una relazione. L'ignoto spaventa. Conoscere l'altro da zero per avviare un percorso di cura condiviso - magari non ortodosso - è troppo faticoso. Entrano in gioco troppi fattori: le credenze individuali, la propria cultura professionale, il mandato del servizio. La sfida di trovare delle vie che possano trovare dei terreni comuni di dialogo sembra non essere accolta da tutti gli operatori. È arduo, anche, un esercizio costante di auto-osservazione e auto-riflessione. È molto più semplice guardare l'altro che guardare e lavorare su sé stessi. Dopotutto, come afferma Torresin: “Chi tollera di essere guardato?”.

Come trasmettere, allora, agli operatori uno sguardo auto-riflessivo e critico? Le formatrici ritengono che le metodologie vadano ripensate e riformulate. Si ipotizza la necessità di esplicitare più chiaramente gli obiettivi e di portare dei casi specifici per “meravigliare”, per far vedere gli stereotipi che crediamo di non avere. Forse meglio partire subito dal tematizzare la competenza dell'osservarsi, piuttosto che far sperimentare per tematizzare, come è stato fatto nel corso. Aggiungo io la necessità di esplorare le dinamiche interpersonali e di far riflettere sulla competenza dell'ascolto: le esperienze effettuate nel laboratorio in questo campo sono state tutt'altro che positive.

4.8. ALCUNE RIFLESSIONI A POSTERIORI

4.8.1. La consapevolezza culturale

In letteratura è frequente l'uso dell'espressione “competenza culturale” per indicare la capacità di interagire con soggetti appartenenti a culture diverse. La cultura sembra essere un attributo proprio dello straniero, all'italiano spetta il compito di riconoscerla. Insomma, è sempre l'altro ad essere culturale. Più difficile, invece, riconoscere sé stessi all'interno di un contesto culturale che, necessariamente, influisce nell'interazione con l'altro. Per questo Vargas, in un colloquio avuto dopo la fine del laboratorio, mi dice di preferire l'utilizzo del termine “consapevolezza culturale”, perché la vera sfida è l'adozione di un approccio riflessivo, in cui lo sforzo è decentrarsi e osservarsi, per poi tendere, in un secondo momento, verso l'altro. Il movimento verso l'altro non è guidato da

classificazioni preesistenti, ma da una reale curiosità per la storia dell'individuo con cui si vuole costruire una relazione.

Buttafuoco, in merito alla richiesta degli operatori di avere nelle formazioni più focus culturali, afferma:

“Io continuo a rimanere convinta della sterilità di questo tipo di richiesta, che ti dà false sicurezze. Se poi tu sei convinto che tutti i marocchini facciano quella pratica lì, che tutti i nigeriani quell'altra... diventa anche un po' pericoloso, perché poi sei tu che etichetti l'altro, che gli attribuisce caratteristiche in cui non si può riconoscere, due volte. Non si riconosce nella tua cultura, ma neanche nella sua, perché quella che gli stai proponendo non è la sua. Io continuo a pensare che questa cosa non abbia valore. Mi sono molto interrogata, senza trovare una risposta, su come far passare questo messaggio.”

La pediatra mette in guardia dalle pretese classificatorie. Meglio adottare un approccio che potremmo chiamare “della curiosità”.

“Una delle cose che manca spesso è la curiosità verso l'altro. Che non è una curiosità dell'aneddoto. Mi riferisco al fatto che quando mi trovo davanti ad una persona, proprio perché ho delle mie idee su di te, come ti vedo vestito, il colore della tua pelle... allora io sono incuriosito da chi tu sei e ho voglia di sapere da dove vieni, cosa stai facendo, cosa hai fatto. Questo indipendentemente dal fatto che una persona sia straniera. È la curiosità verso l'altro, che non è una curiosità morbosa. Sembra che dal personale sanitario venga assorbita in questo modo... eh però mi sto facendo i fatti degli altri... non è che quelle informazioni mi servono per costruire il mio stereotipo; mi servono, invece, per incontrare quella persona, per farmi raccontare ciò che non so, per potermi confrontare su delle cose che posso sapere, per potermi rendere trasparente su alcune cose sulle quali posso non essere d'accordo. Penso sia difficile costruire un rapporto di fiducia se non c'è quel tipo di curiosità verso l'altro.”

Chiedo alla Dottoressa se, guardando alla sua esperienza, questo metodo funziona. Ecco la sua risposta:

“Secondo me sì. Nel nostro contesto, all'interno di quelle regole globali di buona educazione, interessarsi troppo ai fatti di un altro è qualcosa che non è visto di buon occhio. Però, quando un operatore va oltre questo condizionamento, quando in maniera sincera ti interessi ad una persona, è rarissimo che qualcuno ti dica “Fatti i fatti tuoi” oppure “Questa cosa esula dalla faccenda”. In questo modo ha la possibilità di raccontarsi, di riorganizzare le idee... per poi entrare nella costruzione di un rapporto

che, pur restando sbilanciato, perché l'operatore ha delle competenze che l'utente ha voglia di prendere, è un rapporto che umanamente non è più sbilanciato. Si pongono le basi per una fiducia reciproca. Non è più il fatto di fare quello che dice il professionista perché lui sa, ma fare quello che dice e ragionarci perché si è creato un rapporto di fiducia e l'utente si può permettere di far sapere che una cosa proposta non gli piace. Tu mi dici di fare una cosa, ma questa cosa io non riesco proprio a farla; allora troviamo un'altra strategia. Solo questo è il modo. Sennò hai la convinzione che tutti ti dicano sì, poi gran parte delle persone fanno l'opposto di quello che gli hai detto. Questo lo trovo veramente frustrante.”

Dalle parole di Buttafuoco, un reale interessamento alla persona sembra essere la chiave per impostare una relazione di cura efficace. Una relazione che nasca da una tensione verso l'altro, abbandonando stereotipi culturali e pretese di conoscenza assoluta. La dottoressa mi racconta di percepire, tra i colleghi, tanto timore nel fare domande. Sembra che gli operatori siano spaventati dal venire a conoscenza di questioni che non siano in grado di gestire. “Giocare a carte scoperte” sembra un azzardo, ma “non c'è niente di male nel dire “io non lo so”, e avventurarsi insieme in un percorso condiviso”.

“Per me è stato paradigmatico la prima volta che ho incontrato una coppia omogenitoriale, due donne che avevano avuto un bambino. Io all'epoca lavoravo in montagna. Erano venute a conoscere il punto di sostegno e nel presentarsi, volevano essere riconosciute in quanto coppia. Io mi ricordo che era la prima volta che mi capitava di venire in contatto con una famiglia di questo tipo; ed era una cosa su cui non mi ero mai fatta troppe domande. Il fatto di poter dire: “Io non so niente, non ho mai letto nulla, di cosa significa essere una coppia dello stesso sesso e avere un bambino”... loro così, mi hanno portato dei libri, si sono raccontate... e quello ha fatto sì che si aprisse un mondo.”

4.8.2. Si possono insegnare o sono attitudini personali?

Impostare una medicina più umana e una relazione di cura condivisa implica una serie di fattori: sensibilità verso l'altro, ascolto attivo, non giudizio, capacità di decentrarsi e osservarsi, che a sua volta chiamano in gioco una serie di attitudini quali l'umiltà, la consapevolezza di non sapere, la voglia di mettersi in discussione. A mio avviso, la questione è se tutte queste caratteristiche possano

essere insegnate o, piuttosto, se siano frutto di esperienze personali o di una sensibilità individuale innata e particolarmente spiccata. Insomma, la riflessività si può apprendere?

“Penso non sia facile, ma in parte si possa. Penso che bisognerebbe partire molto prima, dall'infanzia se vogliamo... dalle elementari, dalle medie, dalle superiori. Però penso anche a come si insegna a fare l'antropologo, come si insegna il decentramento: a partire dal contatto con l'alterità, ma mediato dalla capacità di riflettere su cosa quell'alterità mette in discussione di me. Quindi, se io nei servizi riesco a trasmettere questo, l'idea che l'altro è portatore di significato, e quindi anche di riflessività che spezza la normalità in cui io sono immerso, allora io sto trasmettendo qualcosa delle capacità che stai elencando. Introdurre l'idea che l'altro non è solo un problema da gestire, ma che l'altro mi porta un significato che illumina per contrasto o per affinità la mie scelte; che in qualche modo mi porta il ventaglio delle alternative (...). Deleghiamo all'individualità qualcosa che dovrebbe essere costruito in un percorso di formazione!”

Vargas sostiene la necessità di lavorare con gli operatori per migliorare i servizi, per trasmettere loro la complessità del reale e avvicinare le reali esigenze dell'utenza. Lo strada potrebbe essere quella di lunghi percorsi di formazione esperienziali, all'interno dei servizi, che tengano insieme teoria e pratica. Sono processi di cambiamento interiore che richiedono tempo; l'obiettivo è riconoscere l'altro come portatore di una visione che ha parità di dignità con la propria. Insomma, un forte messaggio di relativismo culturale. Questo processo implica una messa in discussione personale, delle proprie credenze, della propria professionalità, del mandato del servizio. Non si tratta di distruggere, ma di riconoscere l'alterità nella relazione interpersonale. È un processo a due direzioni: vedere la diversità dell'altro e il mio essere diverso per l'altro. La sfida è trovare percorsi condivisi partendo da questa premessa.

L'incontro con l'altro stimola il confronto con sé stessi e costringe a vedere le proprie azioni in termini di scelta. Per questo, a mio avviso, gli operatori sono chiamati a vivere con serenità la diversità a cui si trovano di fronte nella relazione interculturale e a non sentirsi attaccati.

Vargas: “Io faccio così perché è così che si fa – è così comodo! (...) Che cosa scelgo di essere in un contesto che mi offre un ventaglio di possibilità? È aggressivo con la persona, perché la costringe a guardarsi allo specchio.”

Io: “Cosa che le persone spesso non fanno perché nasci e cresci in un contesto che ti dice cosa essere.”

Vargas: “Nel momento in cui ti dico: “Guarda che tu non devi essere quello che ti è stato detto di essere. Tu puoi essere così, sei libero di essere così, ma potresti anche non essere così.”

Io: “Sei libero di scegliere di essere così.”

Vargas: “Quindi, la tua appartenenza culturale diventa qualcos'altro nel momento in cui sviluppi questa consapevolezza culturale. Io scelgo di essere così, ma la mia è una scelta, che posso anche difendere, ma è una scelta.”

Ecco che la relazione di cura, con queste premesse, si trasforma in una relazione alla pari, dove l'altro e la sue scelte hanno pari dignità rispetto alle proprie. Si apre un percorso di ricerca di terreni comuni, nel reciproco e sereno riconoscersi diversi.

4.8.3. Il “grande alibi”: il tempo

“Si sono accorciati i tempi della cura e nei gruppi di lavoro questo può diventare un alibi per non pensare. La questione del tempo è il grande alibi. Alibi del non fare e non pensare. Ovviamente la condizione di lavoro dei gruppi è fondamentale per continuare a produrre pensiero, riflessioni sul proprio operato. Se non c'è pensiero, l'energia di un gruppo decade.”

Torresin risponde così alla mia richiesta di una riflessione sulla questione del tempo. Lavorare sulla riflessività e sulla costruzione di una relazione con l'utente richiede, oltre ad un impegno personale, anche uno sforzo di tempo. Nel contesto odierno del sistema dei servizi, gli operatori l'hanno a disposizione? La psicologa afferma che, soprattutto chi lavora nel privato sociale, è costantemente sotto pressione. Nel suo lavoro di supervisione, nel campo dell'accoglienza profughi e richiedenti, riscontra questo paradosso dell'inserimento di un lavoro che richiederebbe tempistiche lunghe (l'integrazione di individui in una società) all'interno di una logica emergenziale, in cui il tempo a disposizione per produrre risultati è poco. Alcune volte però, Torresin mi dice che la mancanza di tempo può

rappresentare una difesa personale psicologica in un contesto di stress elevato, in cui l'operatore è preso d'assalto da moltissime richieste, sia tecniche sia relazionali. Buttafuoco, dottoressa che lavora da molti anni in consultorio, mi offre questa soluzione:

“Per esempio, da noi nel pubblico, soprattutto per certi tipi di contratti, sei ossessionato dall'essere rigidamente legato ad un tempo lavoro. Allora, io, se sto lavorando ad una cosa, non posso stare fino alle sei di un giorno ed entrare quello dopo in tutta tranquillità alle dieci e mezza; oppure, se sono in un periodo in cui si lavora tantissimo, fermarmi ogni giorno fino alle cinque, e poi, nel periodo estivo, in cui c'è meno lavoro, uscire tutti i giorni alle due. Alla fine il tempo che ti darei e per cui tu mi paghi è lo stesso, perderei meno tempo e sarei anche meno arrabbiato. Però questo da noi non esiste. L'organizzazione del tempo è molto rigido e quindi, ti mette in una relazione col tempo che a me fa sempre molto arrabbiare, perché senti sempre che o non ne hai, o ne hai troppo. (...) Poi è anche molto difficile riuscire a far capire che l'accesso libero non necessariamente vuol dire alla qualunque, perché se io ricevo dalle nove alle undici, devo essere preparata al fatto che il mio tempo è almeno fino all'una, perché se mi arrivano tutti alle undici meno dieci, perché gli è più comodo venire in quell'ora... allora mi chiedo se è veramente un senso di qualità questo: le persone hanno veramente bisogno di sapere che possono venire quando vogliono? Se io ti dico che ci sono sempre, però per organizzare un po' il traffico fisso degli appuntamenti, allora tutto il tempo è più semplice. Se lavoro dalle nove alle dodici con l'utenza, alle dodici e mezza ho finito; ho guardato tutti, perché non sono stata a sbattere la testa contro il muro perché non arrivava nessuno e poi a correre come una pazza perché sono arrivati tutti nell'ultima mezz'ora. Però questo è un discorso che da noi non si può fare... e allora sì che poi il tempo diventa nemico. (...) Però non è il tempo. È come viene gestito! (...) Il tempo è una cosa che devi imparare a conoscere, a gestire, a dosare”.

Le condizioni di lavoro sembrano essere determinanti per avere la possibilità di ritagliarsi del tempo di riflessione e di costruzione della relazione con l'utente. Appare necessario fare attenzione, però, che ciò non diventi un costante alibi per non pensare. La chiave dovrebbe essere un'organizzazione efficace personale e del servizio.

4.8.4. Servizi più accessibili a tutti

Gli immigrati sono un'opportunità di ripensamento dell'organizzazione del sistema dei servizi che può portare benefici all'intera popolazione che ne fruisce⁸. Me lo conferma anche Pietro Ferrero, psicologo, psicoterapeuta, ex responsabile del settore migrati del Ccm, che per anni ha lavorato sul tema dell'accessibilità:

“Lavorare sulla salute dei migranti ti costringe, di fatto, a lavorare sul diritto alla salute di tutti. I migranti facilitano l'emersione delle criticità del sistema, dei problemi strutturali generali per tutta la popolazione. Il modo di intendere la comunicazione, la relazione fra operatore ed utente. Questa è una questione sociale più che culturale o etnica-identitaria. Vi sono problemi comuni a gruppi divisi non per appartenenza culturale, ma sociale ed economica. Un senegalese povero e un italiano povero si assomigliano molto di più rispetto ad un italiano povero e un italiano ricco.”

Pongo la questione in modo simile a Torresin e a Buttafuoco. Sul rapporto fra immigrati e servizi, meglio allargare la base disponibile della rete già esistente o crearne di specifici? Le loro risposte mi confermano quanto affermato da diversi autori in letteratura: meglio allargare la base disponibile di servizi, lavorando sulla loro organizzazione e sulle competenze degli operatori, “per sperimentare modelli di intervento in cui la relazione e il lavoro in rete hanno primato.”⁹

Buttafuoco: “All'inizio, quando ho iniziato a lavorare, c'era questa diatriba sul fatto di come creare gruppi misti. Si aveva la percezione che buttare donne con immigrazioni recenti all'interno di gruppi di donne italiane, per esempio gruppi di accompagnamento al parto... sembrava veramente di farlo con cattiveria. Davvero suonava strano. Poi col passare del tempo è passata questa idea. È veramente una grande ricchezza avere gruppi misti. È bello anche per le donne italiane, alzare un po' lo sguardo. Anche il significato che si dà alla maternità, poterti confrontare con donne che fanno figli in età differenti, con richiami diversi... è proprio bello ti aiuta ad arricchire la tua esperienza. Sono convinta che centralizzare le cose per gli stranieri, nel 2016, non abbia più senso.”

Torresin: “In primis, dalla mia esperienza, perché nessuno vuole riconoscersi in un servizio per stranieri. I servizi specifici sono implicitamente discriminatori. L'immigrazione è, comunque, un tentativo di integrazione. Sicuramente il contesto psicologico richiede servizi specifici perché la cultura cambia la forma delle malattie in

8 Geraci, 2005, 68.

9 Tognetti, 2004, 41. Sull'argomento anche Geraci, 2005; Visconti, 2004.

questo ambito, ma i servizi di salute devono essere disponibili per tutti, con eventualmente dei facilitatori”.

4.8.5. Il privato e il pubblico in rete

Il laboratorio presentato nell'elaborato si inserisce nella cornice di un lavoro in rete fra privato e pubblico. È un esempio di quell'originalità italiana di cui parla Geraci (2005): “Non più attori contrapposti, pubblico e privato sociale, né deleghe in bianco, ma una riflessione comune, o meglio un sistema pubblico che riesce a piegarsi sulle intuizioni di cui, sulla strada, sperimenta un incontro, raggiunge un bisogno”¹⁰. Torresin, che da anni lavora con operatori del terzo settore, mi conferma che il privato sociale, storicamente, si è adattato maggiormente alle nuove sfide poste dalla realtà sociale, si è dimostrato più flessibile rispetto al pubblico e ai suoi contenitori storici. Ben vengano, quindi, attori pubblici che si aprono a percorsi innovativi di formazione del personale¹¹, come lo è stato “Costruire alleanze”.

Approfondisco questo aspetto con Buttafuoco, volto di riferimento nella *partnership* fra Ccm e Asl To1, non solo per l'organizzazione del laboratorio, ma anche per le altre attività del progetto “Iniziative congiunte”. Osservando le sue relazioni con l'Ong durante quest'anno, il tempo speso per la progettazione congiunta, l'entusiasmo che porta, mi sembra un esempio di quegli “sconfinamenti” di cui parla Ferrari (2012): movimenti degli operatori per “superare i confini propri e quelli organizzativi”¹². Chiedo alla dottoressa da dove nasce questa collaborazione del suo servizio con il Ccm e quanto lei si senta in bilico tra volontaria e professionista pagata, in questo rapporto con il privato sociale. La sua risposta rivela una forte concezione della valenza sociale e pubblica del proprio mandato.

“Con questa Direzione appena insediata non è ancora chiaro, ma con la precedente lo era il fatto che il nostro servizio non può esistere se non mantiene una rete di contatti col privato sociale. Il buon funzionamento, un reale sostegno a chi ne ha bisogno, ci può essere solo se c'è una relazione tra l'Asl, come istituzione, e il privato sociale.

10 Geraci, 2005, 17.

11 Geraci, 2005, 17.

12 Ferrari, 2012.

Questa è sempre stata una linea del nostro servizio. (...) Il privato sociale è sempre stato un occhio importante che noi abbiamo avuto (...). Il mondo in cui sono cresciuta, da quando ero piccola, è stato un mondo di privato sociale. Ho fatto animazione, sono stata nei campi profughi... Ho fatto tantissime cose nella mia vita in quell'ottica, che è anche quella che mi ha permesso di essere quella che sono e di lavorare come lavoro. Penso che la mia curiosità, la mia voglia di fare, nasca dal fatto che io mi porto quel bagaglio di esperienze di vita. (...) Io non mi sento volontaria nel lavorare col Ccm perché so che tutto quello che io faccio ha uno stipendio che mi arriva dall'Asl, e sono convinta che faccia parte del mio mandato. Cioè, dato che il mio stipendio lo pagano i cittadini con le loro tasse, io mi sento responsabilizzata.”

Il privato sociale, insomma, può essere un'utile risorsa per il pubblico. I suoi operatori sono chiamati a collaborare con il terzo settore, punto di osservazione privilegiato della realtà e dei suoi cambiamenti, fertile area di sperimentazione nell'offerta di servizi e nella formazione del personale¹³. L'auspicio è che il privato e il pubblico si muovano insieme costruendo percorsi condivisi, alleanze, dando vita a un “laboratorio culturale ed organizzativo”¹⁴ nel campo della salute.

13 Geraci, 2005, 17.

14 Geraci, 2005, 17.

CONCLUSIONI

I servizi di *welfare*, come si è dimostrato nell'elaborato, non possono prescindere da una riflessione sulle migrazioni, un fenomeno strutturale a livello internazionale. La persistenza di forti disuguaglianze di sviluppo tra aree del mondo, conflitti armati e disastri naturali alimentano lo spostamento di grandi masse di persone alla ricerca di fortuna. I tentativi dei paesi occidentali di arginare questi movimenti sono in realtà funzionali a logiche di mercato. Rigidi controlli alle frontiere, costruzione di muri e sistemi legislativi orientati alla precarizzazione e criminalizzazione del migrare¹ non sono altro che strumenti adatti a creare una massa di individui ricattabili e con scarsi diritti, utili a rispondere alla domanda di lavoro a basso costo (e in nero) delle economie. La strutturalità del fenomeno emerge anche dall'analisi dei dati delle presenze straniere in Italia, che lo dipingono come un paese d'immigrazione. Inoltre, la crescente richiesta, negli ultimi anni, di permessi di soggiorno di lungo periodo e per ricongiungimento familiare manifesta la volontà di sempre più cittadini esteri di restare stabilmente in suolo italiano. In questo contesto, il *welfare* deve riconoscere che lo straniero sarà sempre più l'utente dei servizi e, quindi, predisporre adeguati percorsi d'accoglienza.

La particolare condizione dei migranti, immigrati ed emigrati, sradicati e inseriti in un contesto nuovo rispetto a quello originario personale, con scarso supporto sociale e sotto il giogo di forze che li vuole precari e con pochi diritti, fa pesare su di loro ancor più le barriere all'accesso al sistema. L'organizzazione del sistema sanitario e il rapporto con gli operatori sono considerati dei determinanti e per questo influiscono sullo stato di salute degli individui². Non si tratta di creare servizi più specifici rivolti a determinate nazionalità, ma di allargarne la base disponibile in grado di accogliere un'utenza sempre più eterogenea. Ripensare il sistema di *welfare*, valorizzando organizzazioni semplici e orientando gli operatori verso un approccio interculturale, lo renderebbe più fruibile non solo per la

1 Basso, 2003, 104.

2 Tognetti Bordogna, 2008, 73.

popolazione immigrata, ma anche per quella italiana³. L'immigrato appare un'opportunità perché sollecita i sistemi organizzativi a comunicare meglio e a valorizzare la dimensione relazionale, istanze che migliorerebbero il rapporto con l'utenza tutta in generale. Lavorare sull'accessibilità influisce positivamente sulla qualità dei servizi, migliora lo stato di salute dell'intera società e contribuisce a combattere le disuguaglianze.

La cornice entro cui riformare il *welfare* è auspicabile valorizzi la collaborazione fra pubblico e privato, perché sia un “laboratorio culturale ed organizzativo”⁴ nel campo della salute. Storicamente il terzo settore si è adattato maggiormente alle sfide poste dalla realtà, in quanto rappresenta una fertile area di sperimentazioni nell'offerta di servizi e i suoi attori sono dotati di maggiore flessibilità rispetto al pubblico. L'approccio del *welfare* comunitario e della salute comunitaria, in questo senso, valorizzano l'apporto della comunità e delle sue organizzazioni rispetto al tema della salute e del benessere individuale e collettivo. Nell'odierno contesto globalizzato e interdipendente, la dimensione locale rappresenta il luogo privilegiato di lavoro per far riacquistare ai cittadini una percezione di controllo delle proprie condizioni di vita⁵. I concetti di *empowerment* e di lavoro di comunità, presentati nell'elaborato, non guardano più ai servizi come luogo privilegiato di definizione e risoluzione dei bisogni sociali, ma invitano ad aprirsi al dialogo con la comunità, per costruire percorsi comuni. Organizzazioni della società civile e terzo settore in generale sono una risorsa, sia come motore relazionale, sia come contributo al *policy making* e alla progettazione congiunta pubblico-privato. Il ricorso alla società civile non deve diventare, però, un disegno volto alla deresponsabilizzazione del pubblico, ma una via per accrescere l'efficacia delle politiche di *welfare*⁶. Lo stato può e deve avere un ruolo chiave nel promuovere spazi fertili di dialogo tra sistema pubblico e terzo settore, e soluzioni comuni e integrate.

Il concetto di salute su cui poggia questo lavoro è ampio (secondo l'Oms un benessere fisico, mentale e sociale) e pone responsabilità in capo ai più svariati settori (politico, economico, sociale, sanitario, ambientale, ecc.) che influenzano

3 Geraci, 2005, 68.

4 Geraci, 2005, 17.

5 Martini, Torti, 2003, 19-22.

6 Martini, Torti, 2003, 54-55.

la vita di tutti. Il disegno offerto è l'intrecciarsi del concetto di *welfare* e quello di promozione della salute: percorsi orientati al benessere, che si toccano e si sovrappongono, e bisognosi di una profonda connotazione comunitaria. L'apporto della comunità al benessere collettivo sotto il profilo più strettamente sanitario è ancora poco riconosciuto in Italia. Per questo si è voluto offrire degli esempi applicativi del concetto di salute comunitaria in alcuni paesi esteri, in cui sono state messe in atto strategie di coinvolgimento di molteplici attori della società per realizzare interventi orientati al benessere sociale e alla promozione della salute. Il caso studio e la realtà esaminati nel presente elaborato sono un esempio che va in questa direzione. Sono stati presentati attori e organizzazioni del privato e del pubblico (Asl To1 e Ccm) che dialogano e lavorano, da anni, in *partnership* per costruire azioni di miglioramento del Sistema sanitario nazionale. Sono realtà che portano avanti una concezione di salute globale e multidimensionale, in cui anche la formazione del personale e la qualità del rapporto con l'utenza gioca un ruolo chiave nell'accesso al relativo diritto.

L'uso dei servizi sanitari è uno spazio relazionale, per questo gli operatori sono chiamati a curarlo, tanto più con gli stranieri, al fine di contrastare le disuguaglianze. Gli operatori, durante il laboratorio, hanno espresso più volte la difficoltà nel rapportarsi con l'utente portatore di una cultura altra, in quanto, nella relazione, entrano in gioco stereotipi, visioni e valori, spesso, discordanti. Appare necessario che i professionisti orientino il proprio lavoro verso un'ottica interculturale. Ciò non significa avere una vasta conoscenza di specificità culturali, ma saper riconoscere il ruolo della cultura, propria e dell'utente, nella relazione di cura. Grazie al laboratorio, abbiamo potuto rilevare l'importanza, per l'operatore, di decentrarsi e osservare sé stesso prima che l'altro, per comprendere l'influenza della cultura nel rapporto con il paziente. Occorre riconoscere e svelare gli impliciti alimentati dalle diverse culture in gioco - dell'utente, dell'operatore e del suo mandato - per una reciproca comprensione.

Le formatrici hanno invitato ad allenare una competenza che potremmo chiamare "consapevolezza culturale" non per incasellare il paziente, ma per avere maggiori informazioni sulla sua specificità. Lo stimolo alla curiosità verso l'altro, però, non è stato recepito di buon grado da tutti i partecipanti. Alcuni hanno

manifestato la loro perplessità, restando scettici al lavoro che gli è stato proposto. Il tentativo di impostare un metodo di lavoro che spezzi la routine della costruzione di una relazione a partire da cornici e da classificazioni predefinite si scontra con la paura dell'ignoto e la difficoltà di porre in essere un profondo esercizio quotidiano di autoriflessione. Nelle attività proposte dal laboratorio sono emerse grosse difficoltà dei partecipanti nello sperimentarsi nell'osservazione e nell'ascolto, due competenze che non fanno protendere verso l'azione e non permettono il raggiungimento di risultati a brevissimo termine. Come si è visto, però, il tempo può diventare un alibi... per non fare, per non pensare, per non cambiare, per non migliorare.

Per costruire un'alleanza terapeutica, ossia un percorso di cura condiviso con l'utente, occorre tenere aperta la porta al dialogo, interessarsi all'altro e alla sua storia senza avere timore della diversità. L'atteggiamento da mettere in campo sembra quello legato al concetto di exotopia⁷, ossia impostare un dialogo in cui il riconoscimento della reciproca alterità sia punto di partenza verso la ricerca di spazi d'incontro. In quest'ottica l'operatore deve mettere in atto un profondo lavoro di riflessione e di sollecitazione delle cornici entro cui si trova ad agire. La sfida è trovare terreni comuni fra le diverse culture in gioco nella relazione di cura: quella personale e professionale dell'operatore, quella dell'utente e quella del servizio. L'incontro con l'alterità costringe a vedere le proprie azioni, anche le più scontate, in termini di scelta all'interno di un panorama di possibilità: osservare con serenità l'altro e di riflesso noi stessi, per avere la consapevolezza di poter scegliere.

⁷ Sclavi, 2003.

APPENDICE I

UN TASSELLO DI WELFARE

La rilevanza delle fondazioni per lo sviluppo di Torino è evidente. La città è esempio di un *welfare* dalle responsabilità diffuse, supportato in particolar modo da due fondazioni: Compagnia di San Paolo e Crt. Per comprenderlo, basta incamminarsi per le vie della città e prestare attenzione ai loghi dei due enti presenti nelle targhe dei muri di molte strutture, private e pubbliche, o nei manifesti pubblicitari di iniziative culturali e sociali. Come mi racconta in un'intervista Suor Giuliana Galli, ex membro del consiglio di amministrazione della Compagnia di San Paolo, le due istituzioni hanno dato un grande apporto nel “traghiettare” la città dal suo passato legato alla Fiat, al suo presente post-industriale. Sociale, cultura, sanità: sono molteplici le linee di finanziamento a cui gli enti pubblici e di terzo settore possono accedere presentando delle proposte progettuali. Ccm e l'Asl To1 hanno realizzato il progetto “Iniziativa congiunte” e il laboratorio presentato in questo elaborato grazie ad un finanziamento della Fondazione Crt.

“Posso dire che Compagnia di San Paolo e Fondazione Crt sono due beni comunitari. Potrò sembrare un po' troppo entusiasta, ma io non mi sono arricchita, ho seguito quello che si fa, ho seguito molti progetti... e vedo che è denaro utilizzato molto bene”. Suor Giuliana mi racconta che il lavoro delle fondazioni, oggi, è ben lontano dalla beneficenza: “Cambiano i concetti, i concetti di beneficenza e filantropia. Oggi fare filantropia non è più far del bene alla gente perché stiano buoni. Oggi piuttosto è mettere a disposizione dell'altro qualcosa e allo stesso tempo metterlo nella posizione di appropriarsene, restituendo o facendo la sua parte”. Compagnia di San Paolo mi viene descritta come “braccio lungo” delle politiche sociali del Comune, e come ente con un forte senso di responsabilità - “Il denaro che trattiamo non è nostro. È della collettività che ce l'affida” - e dotato di un forte senso di autonomia - “Ha potere chi ha i soldi in mano e chi sa difendere il punto di vista di chi dà”. Compagnia di San Paolo non

si piega a chi dice - io sono il Comune e voglio che mi dai questa cosa”. Insomma, seppure le nomine dei membri dei consigli di amministrazione siano, in parte, sotto responsabilità di enti pubblici, le fondazioni appaiono dei forti centri di potere autonomi cittadini.

Le fondazioni contribuiscono a dare una forte impronta progettuale al lavoro sociale della città. Questa logica, sebbene stimoli sperimentazioni e, in alcuni casi, sia efficace (iniziative *una tantum*, riqualificazioni di spazi, ecc.), in altri però, suscita delle perplessità. La precarietà, la durata limitata e le richieste di risultati nel breve periodo sono gli elementi, a mio avviso, più controversi. “È così”, mi risponde Suor Giuliana, confermando i dubbi sorti dopo un anno passato a contatto con una realtà che fonda la propria azione su attività progettuali.

APPENDICE II

LA LOCANDINA DEL LABORATORIO



Iniziative congiunte a favore della salute
materno-infantile e degli adolescenti



Laboratorio Alleanza Terapeutica COSTRUIRE ALLEANZE

UNO SGUARDO ANTROPOLOGICO E INTERCULTURALE SU SALUTE E CURA

date: 14 e 28 aprile, 12 e 26 maggio, 8 giugno 2016

orario: dalle ore 14.00 alle ore 17.00

luogo: via Monginevro, 130 - Torino

Il laboratorio è rivolto al personale sanitario dell'ASLTO1, con particolare attenzione agli operatori dei consultori. Sarà condotto da esperti esterni e sarà incentrato sull'approfondimento del concetto di Alleanza Terapeutica, tanto con utenti stranieri che italiani. Sarà offerto uno spazio di confronto, di elaborazione e supervisione per gli operatori a partire dal loro vissuto professionale. Saranno ridistribuiti materiali di approfondimento.

Formatrici

Vittorina Buttafuoco, pediatra
Silvia Torresin, psicologa
Cristina Vargas, antropologa

Programma

1. Alleanza terapeutica, uno sguardo transculturale.
Che cos'è e come si costruisce l'alleanza terapeutica. Difficoltà e risorse degli operatori.
2. La famiglia in trasformazione.
Nuove forme di famiglia, nuove forme di relazione all'interno e verso l'esterno.
3. La rappresentazione della maternità nelle varie culture.
4. Rappresentazione e significato della malattia nelle varie culture.
5. Fra libertà di scelta e *compliance* dei pazienti.

Metodologia

Gestione dinamiche di gruppo, gruppo acquario, role play, lavoro con piccoli gruppi, plenaria.

Il Laboratorio è in fase di accreditamento ECM.

Max 20 posti, 10 riservati agli operatori dei consultori del territorio ASLTO1.



con il sostegno di
FONDAZIONE CRT



BIBLIOGRAFIA

Allegri E., 2013, “Servizio sociale di comunità”. In *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*, a cura di A. Campanini. Carocci, Roma.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1966, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*.

Basso P., 2014, “Cittadinanza sociale e politiche migratorie in europa”. In *Trasformazioni e crisi della cittadinanza sociale*, a cura di D. Costantini, F. Perocco, L. Zagato. Disponibile al sito <<http://edizionicafoscari.unive.it/col/dbc/1/SapereEuropa> >, consultato il 9.06.2016.

Basso P., 2010, “L'ascesa del razzismo nella crisi globale”. In *Razzismo di stato*, a cura di P. Basso. FrancoAngeli, Milano.

Basso P., 2003, “Sviluppo diseguale, migrazioni, politiche migratorie”. In *Gli immigrati in Europa. Diseguaglianze, razzismo, lotte* a cura di P. Basso, F. Perocco. FrancoAngeli, Milano.

Basso P., Perocco., 2003, “Gli immigrati in Europa”. In *Gli immigrati in Europa. Diseguaglianze, razzismo, lotte* a cura di P. Basso, F. Perocco. FrancoAngeli, Milano.

Battistella A., De Ambrogio U., Ranci Ortigosa E., 2004, *Il piano di zona. Costruzione, gestione, valutazione*. Carocci, Roma.

Berlinguer G., 2006, “L'origine sociale delle malattie”. In *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale*. Edizioni Ets, Pisa.

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

Bonazzi G., 2007, *Storia del pensiero organizzativo – vol. 2. La questione burocratica*. FrancoAngeli, Milano.

Bruni A., Fasol R., Gherardi S., 2007, *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*. Carocci, Roma.

Calvaruso C., 2008, *La salute come bene comunitario*. Fondazione Labos, Laboratorio per le politiche sociali. Disponibile al sito <<http://www.fondazioneelabos.org/index.php?id=04&cod=NEWS0023&item=N01&lang=>>>, consultato il 26.12.2015.

Canini A., 2015, *Chronic Care Model in salsa brasiliana*. Disponibile al sito

<<http://www.saluteinternazionale.info/2015/02/chronic-care-model-in-salsa-brasiliana/>>, consultato il 29.12.2015.

Cardano M., 2009, “Diseguaglianze sociali, povertà e salute”. In *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, a cura di A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto. Società editrice il Mulino, Bologna.

Chiaretti G., 2008, “La malattia, la sofferenza e il corpo dell'immigrato nel senso di Abdelmalek Sayad”. In *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, a cura di M. Tognetti Bordogna. FrancoAngeli, Milano.

Chiaretti G., 2005, ““Badanti”: mal da lavoro, mal da rapporti sociali, fronteggiamenti”. In *C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto*, a cura di G. Chiaretti. FrancoAngeli, Milano.

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

Commissione sui determinanti sociali di salute, 2008, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

Comunicare l'immigrazione. Guida pratica per gli operatori dell'informazione. Manuale realizzato dalla società cooperativa Lai-momo e dal Centro Studi e Ricerche Idos nell'ambito del progetto “Co-in - Comunicare l'integrazione”, promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione, e finanziato con il Fondo europeo per l'Integrazione di cittadini di Paesi Terzi - Programma annuale 2010. Disponibile al sito <http://www.ipsoa.it/~media/Quotidiano/2012/02/21/Lo-scenario-migratorio-in-Italia-e-in-Europa/Guida_Comunicare_immigrazione%20pdf.ashx>, consultato il 12.05.2016.

Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, 2006, *Resistenza e cittadinanza. Welfare di comunità e diritti universali nell'europa sociale dei popoli*. Comunità Edizioni.

Corradi L., 2008, *Salute e ambiente. Diversità e disuguaglianze sociali*. Carocci, Roma.

Costa G., 2009, “La disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche”. In *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, a cura di A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto. Società editrice il Mulino, Bologna.

Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di), 2004, *Disuguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione*, supplemento al numero 28(3). Inferenze edizioni, Milano.

Coutant D., 1995, "Québec: santé communautaire". *Pratiques*, 42: 41-43.

Dallari G. V., Carrillo D., Ricci S., 2006, "Migrazione e tutela della salute". In *La città plurale. Trasformazioni urbane e servizi interculturali*, a cura di L. Luatti. Editrice Missionaria Italiana, Bologna.

Dati statici sull'immigrazione in Italia dal 2008 al 2013 e aggiornamento 2014. Pubblicazione edita a cura dell'Ufficio centrale di statistica, Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali, in collaborazione con Dipartimento della pubblica sicurezza, Direzione centrale dell'immigrazione e della polizia delle frontiere. Disponibile al sito <http://ucs.interno.gov.it/FILES/AllegatiPag/1263/Immigrazione_in_italia.pdf>, consultato il 2.05.2016.

Da Pos D., 2013, "Risorsa". In *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*, a cura di A. Campanini. Carocci, Roma.

Dahlgren G., Whitehead M., 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Donabedian A., 1973, *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Harvard University Press, Cambridge.

Dors, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, 2012, *Glossario OMS della Promozione della Salute*. Disponibile al sito <<http://www.dors.it/page.php?idarticolo=444>>, consultato il 9.12.2015.

Dossier statistico immigrazione 2015. Manuale a cura del Centro Studi e Ricerche Idos, in partenariato con Confronti, e con la collaborazione di Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR).

Fassin D., 2006, "La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia". In *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation, Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, 2013, *Action communautaire en santé, un outil pour la pratique*. Disponibile al sito <<http://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-3909.html>>, consultato il 9.12.2015.

Ferrari M., 2012, "La sostenibile leggerezza del welfare? Opportunità, insidie e traiettorie nel welfare locale e tra i suoi attori". *Autonomie locali e servizi sociali*, 1/2012.

Ferrari M., 2010, *La frontiera interna. Welfare locale e politiche sociali*. Academia Universa Press, Milano-Firenze.

Ferrari M., 2010, *Alt, Tranne Forneria!*, paper presentato al IX Convegno AIS, Intersezione “Migrazioni e frontiere: la mobilità umana tra mercati, diritti, politiche, cultura”, Milano, 23-25 settembre 2010.

Ferrari M., Rosso C., 2008, *Interazioni precarie. Il dilemma dell'integrazione dei migranti nelle politiche sociali locali: il caso di Brescia*. CIRSDIG, Messina.

Ferrario F., 1999, *Le dimensioni dell'intervento sociale*. Carocci, Roma.

Ferrero M., Perocco F., 2011, “Razzismo, lavoro, discriminazioni, diritto. Il sistema della discriminazione sul lavoro, la cornice giuridica e gli strumenti di tutela”. In *Razzismo al lavoro*, a cura di M. Ferrero, F. Perocco. FrancoAngeli, Milano.

Folgheraiter F., 2003, *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*. Erickson, Trento.

Geraci S., Mazzetti M., 2002, “L'incontro con il paziente immigrato”. In *Le culture della salute. Immigrazione e sanità: un approccio transculturale*, a cura di V. De Micco. Liguori, Napoli.

Geraci S., 2005, “La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti”. In *Studi Emigrazione/Migration Studies*, XLII, 157: 53-74.

Geraci S., 2005, “Salute e sanità: l'occasione immigrazione”. In *C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologici a confronto*, a cura di G. Chiaretti. FrancoAngeli, Milano.

Geraci S., 2014, “La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni?”. In *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere. Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM – Agrigento, 14-17 maggio 2014*, a cura di M. Affronti, G. Baglio, S. Geraci, M. Marceca, M. L. Russo. Edizioni Pendragon, Bologna.

Institut Renaudot, 2001, *Pratiquer la santé communautaire: de l'intention à l'action*. Chronique Sociale, Lyon.

Ires Piemonte, 2006, *Promuovere la mediazione culturale in Piemonte. La valutazione di una politica regionale per diffondere la mediazione culturale nelle amministrazioni pubbliche Piemontesi*, a cura di E. Allasino, L. Andolina, M. Sisti, R. Valetti. Disponibile al sito <<https://italiana.files.wordpress.com/2013/07/piemonte-promuovere-la-mediazione.pdf>>, consultato il 21.07.2016.

Ireps Bretagne, 2011, *Quand la promotion de la santé parle de participation*. Disponibile al sito <http://doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=12087>, consultato il 10.12.2015.

Kasper J., 2000, "Health-care utilization and barriers to health care". In *The handbook of social studies in health & medicine*, a cura di G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw. Sage, London.

Lamoureux H., Lavoie J., Mayer R., Panet-Raymond J., 2008, *La pratique de l'action communautaire*. Presses de l'université du Québec, Québec.

Lehmann U., Sanders D., 2007, *Community health workers: what do we know about them?. The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. World Health Organization, Department of Human Resources for Health. Disponibile al sito <http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf>, consultato il 29.12.2015.

Maciocco G., Santomauro F., 2014, *La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze*. Carocci, Roma.

Marceca M., Geraci S., Martino A., 2006, "Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze". In *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale*. Edizioni Ets, Pisa.

Martini E. R., Botazzoli P., 2013, "Partecipazione". In *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*, a cura di A. Campanini. Carocci, Roma.

Martini E. R., Torti A., 2003, *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*. Carocci, Roma.

Mazzetti M., 2003, *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*. Carocci Faber, Roma.

Mazzoli G., 2012, "Spunti per dare un setting alla speranza. Le competenze per il lavoro socio-politico". In *Costruire partecipazione nel tempo della vulnerabilità. Animazione Sociale*, supplemento al numero 259/2012, a cura di Laboratori di Spazio comune. Stampatre, Torino.

Mazzoli G., 2010, "Articolare la partecipazione in tempi di esodo dalla cittadinanza". *Animazione Sociale*, 245: 30-67.

Obbia P., Menarello G., Maddalena C., 2014, "L'infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie". *Tempo di Nursing*, 66: 16-19.

Organizzazione Mondiale della Sanità, 1946, *Constitution of the World Health Organization*.

Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino, *Rapporto 2014*. Disponibile al sito <<http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/stranieri/2014/>>, consultato il 19.07.2016.

Pariotti E., 2008, *I diritti umani. Tra giustizia e ordinamenti giuridici*. Utet, Torino.

Pellegrino V., Nicoli A., 2011, *La partecipazione civica organizzata nei modelli di "progettazione sanitaria dal basso"*. Quarta Conferenza annuale ESPAnet Italia 2011. Disponibile al sito <<http://www.espanet-italia.net/conferenza2011/session-02.php>>, consultato il 28.12.2015.

Perocco F., 2012, *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*. FrancoAngeli, Milano.

Perocco F., 2008, "Disuguaglianze sociali e salute degli immigrati". In *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, a cura di M. Tognetti Bordogna. FrancoAngeli, Milano.

Planète publique, 2011, *Pour un débat citoyen sur la santé plus actif. Rapport d'étude. Fiche 5: La santé communautaire*. Disponibile al sito <<http://www.sante.gouv.fr/participation-des-citoyen-ne-s-en-sante.html>>, consultato il 9.12.2015.

Programma Nazionale per le Linee Guida, 2005, *Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità. Una rassegna di studi, esperienze, teorie*. Disponibile al sito <http://www.snlg-iss.it/lgn_coinvolgimento_cittadini>, consultato il 28.12.2015.

Quaranta I., 2006, "Introduzione". In *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Redazione meltingpot.org, 2016, *Erogazione di prestazioni sanitarie a cittadini stranieri non appartenenti all'Unione europea senza permesso di soggiorno. Scheda pratica*. Disponibile al sito <<http://www.meltingpot.org/Erogazione-di-prestazioni-sanitarie-a-cittadini-stranieri.html#.VtSRrUIWW1E>>, consultato il 29.02.2016.

Regione Piemonte, Laboratorio dei Diritti Fondamentali, 2014, *Guida ai servizi sanitari per immigrati*. Disponibile al sito <<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/category/16-guida-ai-servizi-per-gli-immigrati>>, consultato il 8.04.2016.

Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale, 2015, "Ripensare la formazione medica. Il contributo della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale". *Torino Medica*, XXVI, 3: 28-32.

Roelandt J. L., *Servizi di salute mentale comunitari: l'esperienza di Lille Est, Francia*. Disponibile al sito <http://www.souqonline.it/home2_2.asp?idpadre=822&idtesto=821#.Vm7V43oWW1F>, consultato il 14.12.2015.

Saraceno C., 2002, "Pensare i bisogni e vedere le relazioni per argomentare la giustizia". Introduzione a Nussbaum M., 2002, *Giustizia sociale e dignità umana*. Il Mulino, Bologna.

Sayad A., 2002, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Trad. it. D. Borca, R. Kirchmayr, Raffaello Cortina Editore, Milano (ed. orig. *La double absence*, 1999, Éditions du Seuil).

Sartori P., 2013, "Empowerment sociale". In *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*, a cura di A. Campanini. Carocci, Roma.

Sclavi M., 2003, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Bruno Mondadori, Milano.

Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, 2009. *Action communautaire en santé: un observatoire international des pratiques*. Disponibile al sito <<http://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html>>, consultato il 9.12.2015.

Sen A., 1982, *Choice, Welfare and Measurement*. Blackwell, Oxford (trad. it. *Il tenore di vita. Tra benessere e libertà*. Marsilio, Venezia 1993).

Serapioni M., 2011, *Brasile e Programma Salute della Famiglia. Successi, limiti e nuove sfide*. Disponibile al sito <<http://www.saluteinternazionale.info/2011/05/brasile-e-programma-salute-della-famiglia-successi-limiti-e-nuove-sfide/>>, consultato il 29.12.2015.

Smith C., 2012, *La santé communautaire: synthèse documentaire*. Licence professionnelle Ressources documentaires et Bases de données. Mont-Saint-Aignan: IRTD.

Stefanini A., Albonico M., Maciocco G., 2006, "Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti". In *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale*. Edizioni Ets, Pisa.

The Lancet Commissions, 2014, *Culture and health*. Disponibile al sito <<http://www.thelancet.com/commissions/neglect-of-culture-in-health>>, consultato il 9.06.2016.

Tognetti Bordogna M., 2008, "Introduzione". In *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, a cura di M. Tognetti Bordogna. FrancoAngeli, Milano.

Tognetti Bordogna M., 2008, "Immigrazione e disuguaglianze di salute". In *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, a cura di M. Tognetti Bordogna. FrancoAngeli, Milano.

Tognetti Bordogna M., 2005, "Immigrazione e politiche di welfare". In *Presenze. Migranti e accesso ai servizi socio-sanitari*, a cura di F. Bracci, G. Cardamone. FrancoAngeli, Milano.

Tognetti Bordogna M., 2004, "Introduzione. Organizzare servizi per tutti". In *I colori del welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, a cura di M. Tognetti Bordogna. FrancoAngeli, Milano.

Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008, *Fact Sheet 31: The Right to Health*.

Vargas A. C., 2015, "La mediazione interculturale e la formazione". In *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, a cura di Laboratorio dei Diritti Fondamentali. Il Mulino, Bologna.

Vargas A. C., 2012, "Antropologia Medica". In *Antropologia culturale 2 ed.*, a cura di C. P. Kottak. McGraw-Hill.

Vernò F., 2007, *La sviluppo del welfare di comunità. Dalle coordinate concettuali al gruppo di lavoro*. Carocci, Roma.

Visconti L. M., 2004, "I servizi a utenza multiculturale: una lettura aziendale dei modelli di risposta". In *I colori del welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, a cura di M. Tognetti Bordogna. FrancoAngeli, Milano.

Wilkinson R., Marmot M., 2006, *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti. Punto Omega, Quadrimestrale del Servizio Sanitario Provinciale*, supplemento al numero 17/2006. Edizioni Provincia Autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute.

Organizzazione Mondiale della Sanità, International conference on primary health care, 1978, *Declaration of Alma Ata*.

Organizzazione Mondiale della Sanità, First International Conference on Health Promotion, 1986, *The Ottawa Charter for Health Promotion*.

Organizzazione Mondiale della Sanità, Regional Office for Europe, 1998, *An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*.

Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002, *Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques*. Disponibile al sito <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101065/E78652.pdf>, consultato il 9.12.2015.

Ziliani A., Rovai B., 2007, *Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale*. Carocci, Roma.

SITOGRAFIA

Asl To1 <<http://www.asl102.to.it/>>

Asl To2 <http://www.aslto2.piemonte.it/_front/front.php>

Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione <<http://www.asgi.it/>>

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute
<<http://www.dors.it/>>

Città Metropolitana di Torino
<<http://www.cittametropolitana.torino.it/cms/index.php>>

Comitato Collaborazione Medica <<http://www.ccm-italia.org/ita/>>

Comune di Torino <<http://www.comune.torino.it/>>

Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones
<<http://www.maisonmedicale.org/>>

Institut Renaudot <<http://www.institut-renaudot.fr/>>

Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte
<<http://www.ires.piemonte.it/>>

Ministero dell'Interno <<http://www.interno.gov.it/it/>>

Organizzazione Mondiale della Sanità <<http://www.who.int/en/>>

Osservatorio sull'Immigrazione in Piemonte
<<http://www.piemonteimmigrazione.it/site/>>

Progetto Melting Pot Europa <<http://www.meltingpot.org/>>

Regione Piemonte <<http://www.regione.piemonte.it/>>

Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale
<<http://www.educationglobalhealth.eu/it/>>

Salute internazionale <<http://www.saluteinternazionale.info/>>

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni <<http://www.simmweb.it/>>

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato nella realizzazione di questo elaborato. Ringrazio il mio Relatore, Mauro Ferrari, per la supervisione e i preziosi consigli. Ringrazio Pietro Ferrero, per avermi aiutato a trovare una direzione di lavoro, quando ancora non l'avevo. Ringrazio le formatrici del laboratorio, Vittorina Buttafuoco, Silvia Torresin e Cristina Vargas, per il tempo concessomi e gli utili confronti avuti. Ringrazio Marilena Bertini e Suor Giuliana Galli per le interviste. Ringrazio quanti al Ccm mi hanno concesso uno spazio di confronto su questa tesi. Un ringraziamento particolare, per avermi accompagnato e sostenuto in questo percorso, ai miei genitori, a mia sorella, ai miei amici e al mio “simpatico”: tutti linfa vitale per me e fonti inesauribili di energie positive.