

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

FACOLTÁ DI SCIENZE POLITICHE

Corso di Laurea Specialistica in Occupazione, Mercato, Ambiente

Indirizzo: Politiche Sociali e del Benessere

Tesi di Laurea in Sociologia delle Migrazioni

LA SALUTE IN MIGRAZIONE. UNO STUDIO SULLE TRAIETTORIE DI ACCESSO AI SERVIZI SANITARI: IL CASO DI SOKOS

Candidato:

MARCO SEMENZIN

Relatore:

Prof. MAURIZIO BERGAMASCHI

Sessione I

Anno Accademico 2007/2008

INDICE

Introduzione.	Pag. 3
Capitolo 1. Emigrare in Italia.	Pag. 8
1.1 Evoluzione e tendenze dell'immigrazione in Italia.	Pag. 8
1.2 Migranti, al lavoro!	Pag. 13
1.3 Il quadro regionale.	Pag. 28
1.4 L'immigrazione irregolare.	Pag. 33
1.5 Donne in migrazione.	Pag. 42
Capitolo 2. Salute e migrazione: una relazione complessa.	Pag. 49
2.1 La normativa sul diritto alla salute dei migranti.	Pag. 49
2.2 La salute dei migranti.	Pag. 65
2.3 Il territorio locale.	Pag. 78
Capitolo 3. Premessa metodologica.	Pag. 85
3.1 Il disegno della ricerca.	Pag. 85
Capitolo 4. L'associazione medica Sokos.	Pag. 110
4.1 La storia dell'organizzazione e la sua composizione interna.	Pag. 110
4.2 Principi e finalità di Sokos.	Pag. 113
4.3 Lo spazio fisico e il percorso del paziente.	Pag. 119
4.4 L'attività medica di Sokos.	Pag. 125
4.5 I rapporti con gli altri attori.	Pag. 131
4.6 Sokos in numeri.	Pag. 139
Capitolo 5. L'esperienza della malattia in migrazione.	Pag. 143
5.1 La malattia tra paese di origine e paese di immigrazione.	Pag. 143
5.2 L'esperienza dei servizi sanitari tra Pronto Soccorso e Ambulatorio Sokos.	Pag. 158
5.3 Il rapporto tra medico e paziente in Sokos.	Pag. 177
5.4 Rotture e ricomposizioni nell'interazione medica.	Pag. 191
Conclusione.	Pag. 202
Bibliografia.	Pag. 207
Appendice.	Pag. 213
Tabella riassuntiva degli intervistati.	Pag. 213
Traccia di intervista.	Pag. 215

INTRODUZIONE

Il rapporto tra salute e migrazione è un tema che, all'interno della letteratura italiana sulle migrazioni, occupa uno spazio, se non marginale, certamente meno esteso di quello riservato ad altri aspetti del fenomeno migratorio.

Nell'approccio a questo tema e nella sua analisi abbiamo raccolto e tenuto costantemente in considerazione le suggestioni provenienti dalle riflessioni che Abdelmalek Sayad espone attorno ai mutamenti nell'esperienza della malattia, della sofferenza e del corpo che avvengono durante l'emigrazione. Il sociologo algerino propone una visione della malattia come incorporazione stessa dell'esperienza migratoria. La malattia in emigrazione diviene la traduzione del malessere indefinibile provocato dall'abbandono della vecchia routine. Inoltre, ci dice Sayad, il corpo dell'immigrato, principale mezzo di espressione della malattia, diventa il luogo di uno scontro irrisolvibile tra l'istituzione medica (simbolo dell'intera società) e l'immigrato, rendendo manifesto lo squilibrio di potere nella relazione che li lega.

La salute psicofisica nel periodo della migrazione, sia essa mantenuta, perduta, riacquistata, diventa un ambito oltremodo complesso della vita del migrante. Tale complessità deriva dal fatto che l'esperienza della malattia, l'utilizzo dei servizi sanitari e delle cure mediche avvengono all'interno del vissuto migratorio, e trovano un significato compiuto solo alla luce di esso. Ma assumere la migrazione come chiave di lettura della malattia del migrante, dimostra altresì la necessità di non disgiungerla dalle altre variabili in essa contenute. La prima è rappresentata dall'individuo con il suo corollario di capacità individuali e risorse in termini di capitale sociale e culturale. A questa variabile si vanno ad accostare quelle di tipo strutturale, rappresentanti le condizioni storico-culturali ed economiche del paese di partenza, le condizioni di produzione nelle quali l'immigrato si trova ad essere inserito nel paese di destinazione, e gli effetti di questa sua nuova modalità di vita. In sostanza ci riferiamo alle condizioni di lavoro, a quelle abitative, alla normativa che ne regola la presenza sul territorio dello Stato e a quella che regola l'accesso ai servizi sanitari e al diritto alla salute. In ragione di ciò è possibile pervenire ad una definizione allargata di un "problema di salute", che per il migrante non comprende solo le condizioni indesiderate di malattia e malessere fisico, ma anche qualsiasi caratteristica della persona o qualsiasi evento che possa modificare la sua storia naturale.

Per tentare di svelare almeno in parte la complessità del rapporto tra salute e migrazione, in questa ricerca ci siamo focalizzati sullo studio delle traiettorie di accesso dei migranti ai servizi sanitari. In questo ambito la nostra attenzione si è perciò diretta allo studio di un caso specifico che è diventato il nostro oggetto di ricerca: l'ambulatorio dell'Associazione Sokos, che nella città di Bologna

fornisce un servizio di assistenza medica ai migranti irregolari.

Le motivazioni che ci hanno condotto a restringere il campo di indagine a questo servizio medico sono state ampiamente esposte nel capitolo 3 del presente lavoro. Tuttavia riportiamo qui in maniera sintetica le più rilevanti.

- La possibilità, data la struttura organizzativa di Sokos, di analizzare le modalità di accesso dei migranti ad un servizio sanitario sia sotto il profilo medico che, contemporaneamente, sotto quello burocratico.
- La stessa categoria omogenea di utenza, rappresentata da migranti irregolari. Infatti l'irregolarità amministrativa è la condizione che accomuna il primo periodo della migrazione della quasi totalità dei migranti. Inoltre questa condizione, unita all'invisibilità sociale che ne deriva, si dimostra quella più critica per il mantenimento di buone condizioni di salute e, a causa delle scarse tutele giuridiche in materia, per la salvaguardia del diritto alla salute.
- La preponderanza dell'attività di medicina di base che contraddistingue l'operato di Sokos, poiché la medicina di base è quel settore del servizio sanitario nazionale che ne costituisce il punto di accesso più diffuso e radicato nel territorio.

Lo studio delle traiettorie di accesso dei migranti al servizio medico di Sokos si è articolato attorno a tre ipotesi interpretative. La prima si proponeva di identificare i tratti peculiari di tale accesso, la seconda di verificare la presenza di un processo di negoziazione tra l'organizzazione medica e i propri utenti, la terza si proponeva di descrivere gli eventuali benefici per la salute e per le condizioni di vita dei dei migranti derivate dall'utilizzo di questo servizio medico.

Nello studiare le interazioni sociali tra i migranti e questa organizzazione medica ci siamo proposti di descrivere come si concretizza il rapporto tra il migrante, la presenza o l'assenza di salute o malattia e l'istituzione medica, in particolare nella fase di accesso al servizio. Indagare questo rapporto ha comportato primariamente una ricostruzione dei diversi significati elaborati da ciascun attore sociale attraverso l'analisi delle sue rappresentazioni.

Per questo motivo lo stile di ricerca etnografico ci è sembrato il più adeguato a cogliere e comprendere, da una prospettiva microsociologica, il dispiegarsi delle relazioni e delle interazioni sociali, le quali sono state analizzate principalmente attraverso due tecniche di ricerca: l'osservazione partecipante e l'intervista discorsiva. Queste due tecniche possono assicurare un'analisi basata sul confronto diretto dei dati operativi con quelli dichiarati.

A nostro giudizio l'etnografia si rivela inoltre particolarmente utile poiché, nell'analizzare le forme di relazione tra autoctoni e stranieri, si adopera continuamente per mettere tra parentesi il senso comune dominante, e per portare alla luce i determinismi economici sociali e politici e i pregiudizi in senso lato che contribuiscono a creare l'immagine concreta dello straniero.

La chiave di volta del lavoro di ricerca che qui introduciamo sta nell'ipotesi che, per comprendere appieno le traiettorie dei migranti attorno al servizio sanitario preso in esame, sia necessario tenere costantemente in considerazione tre dimensioni, e indagarne le relazioni reciproche: la prima dimensione è quella della “cultura di servizio” di Sokos, la seconda è quella a cui appartengono i percorsi biografici dei pazienti stranieri che utilizzano il servizio, la terza si compone delle variabili socioeconomiche che influiscono sulle condizioni di vita dei migranti.

Questa ipotesi si riflette anche nella struttura del lavoro di ricerca. Infatti la prima parte, composta dai capitoli 1 e 2, si propone di tracciare un quadro delle condizioni di vita dei migranti in Italia, tenendo conto dell'influenza che su di esse esercitano le variabili socioeconomiche.

In particolare il primo capitolo si apre tratteggiando l'evoluzione e le tendenze che caratterizzano il fenomeno della migrazione verso l'Italia, con particolare attenzione riguardo al contesto regionale, con il fine di delineare un quadro sintetico comprendente le dinamiche peculiari dei movimenti migratori che interessano l'Italia e l'Emilia-Romagna. Successivamente si passa ad approfondire tre temi ritenuti fondamentali. Il primo è l'inserimento dei migranti nel sistema produttivo italiano e regionale. A riguardo, si è evidenziata con particolare enfasi la segregazione lavorativa propria di questo inserimento, che confina i migranti a svolgere le occupazioni più gravose e scarsamente retribuite.

Il secondo tema affronta il fenomeno dell'immigrazione irregolare (che, ricordiamo, costituisce il *target* di utenza di Sokos) nelle sue componenti principali: le politiche di contrasto e contenimento dell'immigrazione clandestina a livello europeo e nazionale, e le conseguenze che queste politiche producono sull'esistenza quotidiana dei migranti. In seguito si descrive la condizione propria dei migranti irregolari in Italia, evidenziandone le strette correlazioni con le condizioni di salute e con la possibilità di accesso ai servizi sanitari.

Infine, il capitolo si chiude tracciando un discorso sociologico attorno alla donna migrante, poiché più del 60% degli utenti di Sokos è costituito da donne, la maggior parte delle quali proviene dall'Europa dell'Est. Di conseguenza, descrivere l'esperienza migratoria di queste donne diventa un elemento fondamentale in un'analisi delle problematiche concernenti la salute, le strategie per il suo mantenimento e l'accesso ai servizi sanitari che tenga conto della dimensione di genere.

Il secondo capitolo si apre con una disamina a livello internazionale, nazionale e regionale della normativa sul diritto alla salute dei migranti. Ci si è riferiti in special modo alle disposizioni normative nazionali e regionali che regolano l'accesso dei migranti ai servizi sanitari, specie per i migranti irregolari. Successivamente vengono indagate le condizioni di salute della popolazione immigrata in Italia, mostrando come la mancanza di salute in migrazione derivi da una serie diversificata di fattori che disegnano un quadro di forti diseguglianze e diseguità di salute a

svantaggio dei migranti. Per concludere il discorso è stato realizzato un focus sulla situazione sanitaria dei migranti a livello locale (in specifico nell'area urbana bolognese), all'interno del quale vi è una ricognizione sui servizi specifici per la popolazione immigrata (regolare e non) presenti sul territorio.

La seconda parte di questo testo (capitoli 3, 4 e 5) va a comporre la ricerca empirica.

Il terzo capitolo contiene la premessa metodologica al lavoro di ricerca nella quale è contenuta una descrizione quanto più possibile dettagliata ed esaustiva delle tecniche di ricerche utilizzate. Ciò con il fine di facilitare il lettore nel ripercorrere cognitivamente lo studio e di migliorare il grado di attendibilità e di validità dei risultati della ricerca.

Il quarto capitolo, invece, include un'analisi organizzativa di Sokos, di cui prende in esame le componenti più significative: la storia dell'associazione, la sua composizione interna, i principi a cui si ispira e le sue finalità, l'attività medica (prestazioni di medicina di base e specialistica, e progetti sul territorio) e i rapporti con gli altri attori di terzo settore. Le fonti di cui ci siamo serviti in questa indagine sono state documenti ufficiali di vario genere, integrati dalle interviste condotte al personale dell'associazione e dalle considerazioni frutto dell'osservazione partecipante. In sostanza, questo approfondimento ha avuto lo scopo di individuare quali sono i valori che orientano l'agire organizzativo, per pervenire alla ricostruzione della "cultura di servizio" di Sokos.

L'ultimo capitolo, il quinto, inizia con una descrizione della malattia così come vissuta dai migranti sia nel paese di origine sia in quello di emigrazione, e ne sottolinea le affinità e le divergenze. Il discorso prosegue con l'analisi dell'esperienza che i migranti hanno degli altri servizi sanitari, concentrandosi principalmente sul presidio medico di Pronto Soccorso, l'unico a cui possono accedere anche i migranti irregolari. Accanto a questa analisi si affianca quella sull'accesso al servizio medico di Sokos. Infine il campo di indagine si restringe, andando a delineare la specificità della relazione tra utenti e Sokos, focalizzandosi in particolare sull'interazione medico-paziente, le sue criticità, il processo di negoziazione che la qualifica, per giungere ad individuare i benefici che i migranti ottengono dall'utilizzo di questo servizio medico.

Concludiamo queste pagine introduttive con una riflessione di più ampio respiro sull'importanza di studiare la salute e la malattia in migrazione.

Descrivere dal punto di vista del migrante le sue sofferenze, la sua malattia, l'esperienza che ha di essa nel paese di immigrazione, le strade che egli intraprende per risolverla e gli attori sociali coinvolti, ci porta a sviluppare un ragionamento che attraversa due piani.

Il primo stimola ad una riflessione la scienza medica occidentale, costantemente in bilico tra pretese di guarigione del migrante intrise di etnocentrismo e una concezione culturalista che individua nella diversità culturale l'ambito esclusivo nel quale trova riconoscimento il bisogno di salute del

migrante. La cultura di appartenenza del migrante, una sorta di universo omogeneo ed immutabile, diviene così l'unico “traduttore” del significato della sua malattia.

A nostro avviso questa rappresentazione dovrebbe essere superata da pratiche che, senza cancellare il dato culturale, riconoscano la “diversità” della domanda di salute e del bisogno di cura del paziente immigrato non come eccezionale e alternativa, ma la riconducano dentro una concezione più ampia della diversità della quale ogni paziente, straniero o no, è portatore.

Il secondo piano riguarda la nostra società nel suo complesso. Conoscere l'esperienza che il migrante fa della malattia nel paese di immigrazione, ci pone nella condizione di smettere di pensare l'immigrato come un “artefatto astratto”, creato dal discorso dominante sull'immigrato che lo riduce solo a cultura, enfatizzandone le differenze con la nostra (sempre superiore) e ignorando quelle che sono le sue condizioni iniziali di partenza e il suo itinerario sociale. E' questa conoscenza che ci può consentire di smascherare l'ipocrisia condivisa che imputa all'immigrato la genesi esclusiva dei problemi sociali derivanti dalla sua presenza in una società diversa dalla propria, invece di chiamare in causa le responsabilità sociali e politiche della società di immigrazione.

CAPITOLO 1

EMIGRARE IN ITALIA

Il treno degli emigranti.
*Non è grossa, non è pesante
la valigia dell'emigrante...
C'è un po' di terra del mio villaggio
per non restare solo in viaggio...
un vestito, un pane, un frutto,
e questo è tutto.
Ma il cuore no, non l'ho portato:
nella valigia non c'è entrato.
Troppa pena aveva a partire,
oltre il mare non vuol venire.
Lui resta, fedele come un cane,
nella terra che non mi dà pane:
un piccolo campo, proprio lassù...
ma il treno corre: non si vede più.*
(Gianni Rodari)¹

1.1 Evoluzione e tendenze dell'immigrazione in Italia.

Nelle pagine seguenti focalizzeremo l'attenzione sulle specificità dei flussi migratori che interessano l'Italia, premessa quanto mai necessaria per definire un quadro di insieme in grado di fornirci, sia pure sinteticamente, dei riferimenti quantitativi che ci permettano di comprendere più a fondo l'oggetto di questa ricerca.

All'interno della geografia dei flussi migratori internazionali, che coinvolgono 150 milioni di persone, circa il 3 % della popolazione mondiale², l'Italia si colloca ai vertici in ambito europeo per numero di immigrati in rapporto al totale della popolazione, e al vertice mondiale tra i paesi industrializzati quanto a ritmo di aumento delle presenze di stranieri sul proprio territorio nazionale. Questa affermazione ci porta a rimarcare l'importanza strutturale che tale fenomeno sociale ha assunto per l'Italia, importanza riflessa tanto nella riproduzione di un dibattito pubblico fortemente polarizzato quanto nella produzione di una grande quantità studi e ricerche.

I dati in nostro possesso descrivono una presenza immigrata che dal 1970 al 2006 è aumentata di ben 25 volte, passando dalla cifra di 144.000 stranieri soggiornanti a quella di 3.690.000, stimata come ipotesi massima.³

1 Rodari G., *I cinque libri*, Torino, Einaudi, 1995, p.124

2 Stalker P., *L'immigrazione*, Roma, Carocci, 2003, p. 15.

3 Da questo momento in poi la fonte dei dati qui riportati, ove non espressamente indicato, è quella del Dossier Caritas. Per la stima della presenza regolare totale a fine 2006, sia di cittadini UE che di cittadini extracomunitari il Dossier Caritas/Migrantes si è attenuto alla seguente metodologia: la base della stima è stata la presenza relativa al 31 dicembre 2005 (3.035.144 immigrati). Stima convalidata dall'Istat (stima di 2.768.000 immigrati, pari a 4,7% dei residenti totali).

Se nel corso degli anni Sessanta e Settanta dello scorso secolo l'Italia è stato l'unico paese, assieme al Giappone, a non aver avuto bisogno di lavoratori stranieri per il proprio sviluppo industriale⁴, successivamente, come sarà chiarito in seguito, soprattutto a partire dagli anni Novanta, la presenza dei lavoratori immigrati nel sistema produttivo italiano è andata assumendo una fondamentale importanza in alcuni settori produttivi e in particolari zone del paese.⁵

Questo fatto si spiega con le mutate condizioni dello sviluppo economico italiano: negli anni Settanta, infatti, dalle campagne del Sud Italia stesso partivano ancora migliaia di persone in direzione di Germania, Francia, Belgio, Olanda e Svizzera. I migranti italiani andavano ad aggiungersi al flusso di persone provenienti dal bacino del mediterraneo, che trovavano impiego nei paesi dell'Europa centrale e settentrionale, nei settori dell'industria pesante e delle costruzioni.⁶

Questi movimenti di esseri umani avevano come fine l'occupazione in un mercato del lavoro altamente bisognoso di manodopera e perciò fortemente concorrenziale, tanto che ad un certo punto alcuni paesi meta di immigrazione concessero il diritto di rimanere al proprio interno e quello di ricongiungimento con i familiari (nel 1968 le donne rappresentavano circa un quinto dei lavoratori stranieri in Europa e i tre quarti delle mogli nate all'estero svolgevano lavori retribuiti).⁷

Nonostante questo tipo di facilitazioni ai ricongiungimenti, che in realtà non sono mai state troppo estese, alla fine degli anni Settanta i movimenti migratori europei erano ancora costituiti da lavoratori che avevano in progetto di ritornare al paese d'origine per investire in svariati modi il risparmio maturato col proprio lavoro all'estero.

Nel 1973, tenendo conto del *turnover* per il quale una parte dei lavoratori stranieri ritornava in patria, il numero degli stranieri presenti in Europa nel suo insieme era di circa 11,5 milioni.⁸ Questo sistema si arresta nel 1974 in seguito alla crisi economica per lo shock dell'aumento del prezzo del petrolio, che fa da volano ad uno spostamento degli investimenti verso settori e tecniche produttive caratterizzate da alta innovazione ed intensità di capitale, cosicché l'arresto del flusso migratorio

Ai 3.035.144 cittadini stranieri, sono stati aggiunti:

60.000 nuovi nati nel 2006

le domande presentate per assumere i lavoratori sulla base delle quote fissate nel 2006 (che non sono le 540.000 conteggiate a fine provvedimento, ma 486.000 per tenere conto di quelle potenzialmente non accettate)

Visti rilasciati per ricongiungimento familiare 82.330

Visti rilasciati per studio 19.604

Risulta una presenza stimata come ipotesi massima di 3.690.000 cittadini stranieri.

Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, Roma, IDOS, 2005, p. 89.

4 In questo periodo, infatti, lo sviluppo industriale italiano si è servito della manodopera fornita dalle migrazioni interne le quali hanno coinvolto tra la metà degli anni Cinquanta e gli inizi degli anni Settanta più di nove milioni di Italiani, che emigravano dalle regioni centro-meridionali a quelle settentrionali con un progetto migratorio definitivo.

5 Reyneri E., *Sociologia del mercato del lavoro*, Bologna, Il Mulino, 2002, p. 379.

6 Questa fase delle migrazioni internazionali viene classificata come fase fordista o neo liberale. Zanfrini L., *Sociologia delle migrazioni*, Roma-Bari, Laterza, 2004, p. 44.

7 Harris N., *I nuovi intoccabili*, Milano, Il Saggiatore, 2000, p. 25.

8 Ibidem.

diventa parte di una manovra di politica economica che cerca di anticipare il processo di de-industrializzazione, il quale comincerà ad interessare il sistema produttivo europeo qualche anno più tardi.

Il dato che qui ci preme sottolineare è che da questo punto in poi la chiusura delle frontiere per motivi di lavoro dell'Europa nei confronti dei movimenti migratori è, o cerca di essere, totale, pur tuttavia non riuscendo nemmeno agli inizi a diminuire consistentemente lo stock di immigrati presenti, i quali decidono di stabilirsi nei paesi di immigrazione e si ricongiungono con i familiari, poiché non gli è più possibile strutturare la loro migrazione in base al meccanismo del *turnover*.

Quando rivolgiamo lo sguardo allo scenario italiano invece, notiamo che se nel 1970, come abbiamo visto precedentemente, la presenza di stranieri era di appena 144.000 soggiornanti, il loro numero è andato via via incrementandosi tanto che nel 1987, un anno dopo la prima legge italiana sull'immigrazione, i cittadini stranieri soggiornanti ammontavano a oltre mezzo milione per poi assestarsi sulla cifra di un milione di presenze dieci anni più tardi (1997).

Negli anni successivi si ha un incremento del numero dei cittadini stranieri sicuramente più rapido che in precedenza, fino ad arrivare nel 2006 a più di tre milioni e mezzo, con un'incidenza sulla popolazione italiana del 5,2 %.⁹

La Fondazione ISMU stima inoltre che la popolazione immigrata in Italia, tenuto conto della consistenza attuale degli ingressi, tra dieci anni potrebbe toccare i 5,5 milioni di presenze (ipotesi minima) oppure i 7 milioni (ipotesi massima).¹⁰

Al di là degli aspetti quantitativi più eclatanti è nostro interesse provare a descrivere in questa sede i tratti peculiari dell'immigrazione in Italia nel periodo più recente. Essi si possono riassumere in un forte policentrismo per quanto riguarda le nazionalità di provenienza, una distribuzione sul territorio diffusa ma diseguale, una netta tendenza al radicamento e alla stabilizzazione, tendenza che si può leggere nell'aumento della presenza femminile per ricongiungimento e anche per motivi di lavoro e della presenza di minori stranieri, soprattutto di quelli nati in Italia, un inserimento lavorativo sostanzialmente riuscito.

⁹ Caritas/Migrantes, XV Dossier Statistico *Immigrazione*, cit., p. 87.

¹⁰ Fondazione Ismu, Undicesimo Rapporto sulle *migrazioni 2005*, Milano, Franco Angeli, 2006, p. 8.

Paesi	Totale	%	% donne
Romania	555.997	15,1	53,4
Marocco	387.031	10,5	35,3
Albania	381.011	10,3	42,3
Ucraina	195.412	5,3	83,6
Cina Rep.Popolare	186.522	5,1	46,1
Filippine	113.907	3,1	62,1
Moldova	98.149	2,7	68,1
Tunisia	94.861	2,6	27,6
India	91.781	2,5	36,4
Polonia	90.776	2,5	72,3
Serbia e Montenegro	79.468	2,2	42,1
Bangladesh	77.229	2,1	23,5
Perù	76.406	2,1	64,6
Egitto	73.747	2,0	19,5
Sri Lanka	69.919	1,9	42,6
Ecuador	67.327	1,8	64,6
Macedonia, ex Rep. Ju	65.880	1,8	37,5
Senegal	65.136	1,8	12,8
Pakistan	56.949	1,5	21,7
Stati Uniti	50.820	1,4	62,8

Tabella \): Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas//Migrantes. Elaborazioni su dati del ministero dell'interno, degli affari esteri e dell'istat

La tabella riportata qui sopra ci dà conto delle prime 20 nazionalità presenti in Italia nel 2006. Dalle valutazioni in merito alla composizione nazionale della popolazione straniera, emerge che la metà è costituita da Europei. In particolare, i migranti provenienti dall'Est Europa sono aumentati di 14 punti percentuali tra il 2000 e il 2006, mentre gli africani sono diminuiti del 5% e sia gli asiatici che i latinoamericani del 2%.

Alcune considerazioni vanno fatte in merito alla presenza dei migranti neocomunitari, il cui numero è aumentato in maniera notevole a seguito degli allargamenti recenti dell'UE (primo maggio 2004 e primo gennaio 2007). In quest'ultimo caso sono stati i romeni (più di mezzo milione di soggiornanti) e i polacchi (poco meno di 100 mila soggiornanti) a beneficiare dell'allargamento.¹¹

¹¹ Alla luce di questa importanza quantitativa si è deciso di riportare nei primi due capitoli i dati riguardanti queste due collettività nazionali anche se non rientrano, poiché non più extracomunitari, nella popolazione che ha composto la nostra ricerca sul campo. E' bene precisare che la componente romena è stata fino al 31. 12. 2006 l'utenza più numerosa del servizio "Sokos" e che quindi gran parte delle informazioni e dei dati ottenuti la riguardano. Inoltre pur se per i neocomunitari vigono disposizioni normative differenti in materia di soggiorno (e anche di assistenza medica), ci pare che le dinamiche descritte nei successivi paragrafi (in specifico quelle lavorative), debbano ritenersi valide anche per loro.

L'Italia, in attesa di concedere pienamente la libera circolazione, ha attuato una moratoria di natura molto blanda, con la liberalizzazione dell'accesso ad alcuni settori occupazionali.¹²

Quanto alla distribuzione dei migranti sul territorio nazionale, i dati ad essa relativi permettono di connotarla come diffusa ma al contempo diseguale: infatti 6 immigrati su 10 sono inseriti nell'Italia settentrionale (33,7% nel Nord Ovest e 25,9% nel Nord Est), mentre nelle regioni del Centro risiede il 26,6% e il 13,8% nelle regioni del Sud; questa distribuzione ricalca in sostanza la “geografia lavorativa”, come mostrato nel successivo paragrafo.

Il flusso migratorio che riguarda la penisola italiana è mutato nel corso degli ultimi anni in direzione di una maggiore femminilizzazione. La componente femminile è cresciuta in maniera più consistente di quella maschile: essa è di 1.842.000 unità regolarmente presenti nel nostro paese, pari al 49,9% del totale degli immigrati (il 7% in più rispetto al 1991), ma si distribuisce irregolarmente tra le regioni: è più accentuata in alcune in alcune regioni del Sud, come nel caso della Campania (61,7%) e della Calabria (56,8%), mentre al Nord è del 48% (ripartito così: Nord Ovest 48,6% e Nord Est 48,3%); al Centro la componente femminile incide per il 54,2%, per il 56,8% nel Sud e per il 49,7% nelle Isole. Tra le nazionalità, spicca una accentuata presenza femminile in quella ucraina (83,6%) e dominicana (73,1%); tra i migranti asiatici spicca quella filippina e tra gli africani quella capoverdiana (76,9%).

L'aumento della componente femminile può trovare una parziale spiegazione nell'ondata di ricongiungimenti familiari iniziata a partire dalla seconda metà degli anni '90; infatti, se andiamo a vedere i ricongiungimenti familiari al 31. 12. 2006, scopriamo che essi rappresentano il 35,6% del totale dei permessi di soggiorno rilasciati nel 2006. I ricongiungimenti familiari uniti ai permessi di soggiorno per motivi di lavoro (il 56,5%) costituiscono la quasi totalità dei permessi di soggiorno rilasciati: il 91,2%, il che rivela la diffusione tra la popolazione immigrata di progetti migratori a lungo termine e a carattere definitivo.

Tale conclusione trova una conferma indiretta nell'aumento della presenza dei minori stranieri, sia per nascita che per ricongiungimento, e il loro inserimento soprattutto nei primi gradi del sistema scolastico italiano. Il numero dei minori presenti in Italia, anche a seguito della regolarizzazione del 2002, è aumentato nel 2006 di 80.000 unità, raggiungendo quota 665.625 (la loro incidenza sul totale della popolazione straniera è del 22,6%), mentre i nati stranieri costituiscono ormai il 10,3% del totale delle nuove nascite. Gli alunni stranieri sono inoltre il 4,8% della popolazione studentesca, con una presenza del 5% nella scuola per l'infanzia e del 6% in quella primaria.¹³

12 I settori sono: lavoro dirigenziale e altamente qualificato, settore agricolo e turistico-alberghiero, lavoro domestico e di assistenza alla persona, settore edilizio e metalmeccanico, come altri rami caratterizzati da lavoro stagionale e autonomo. Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., p. 92.

13 Giovannini G., “La scuola”, in Fondazione Ismu, *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, cit., p. 131.

Un'ultima considerazione va fatta in merito ai flussi di ingresso per l'anno 2006, ossia l'unico meccanismo che possa assicurare l'ingresso legale nel territorio italiano.¹⁴ Nel 2006 alla quota prevista di 170.000 ingressi ha fatto seguito un numero tre volte superiore di domande di assunzione, per cui il governo ha provveduto all'emanazione di un secondo decreto flussi. Ciò conferma nuovamente che l'attuale strumentazione normativa relativa alla programmazione dei flussi, non è in grado di rispondere alle evoluzioni del mercato del lavoro e delle reali dinamiche migratorie, oltre a mascherare l'ipocrisia che vorrebbe i migranti rientranti nelle quote di ingresso fuori dai confini nazionali, mentre in realtà essi vivono e lavorano nel territorio italiano da anni.

1.2 Migranti, al lavoro!

L'Italia è seconda al mondo solo agli Stati Uniti per la capacità di attrarre immigrati,¹⁵ e l'inclusione massiccia di manodopera immigrata costituisce uno dei principali fattori di trasformazione del mercato del lavoro italiano. Nel 2006, secondo le elaborazioni del *Dossier* Statistico immigrazione *Caritas/Migrantes* sui dati dell'archivio Inail, le persone nate all'estero occupate in Italia sono 2.194.271, 84,6% delle quali è nato in un paese non comunitario (1.856.932) mentre le rimanenti 337.339 sono comunitarie. I lavoratori stranieri sono distribuiti soprattutto al Nord, che assorbe il 58% degli occupati nati all'estero (29,8% nel nord est e 28,2% nel nord ovest), mentre il Centro assorbe il 20,9%, il Sud il 9,1% e le Isole il 3,1%. Inoltre i dati più recenti mettono in luce che essi lavorano prevalentemente nelle micro imprese (il 65% è stato assunto nel 2006 da imprese che hanno da 1 a 9 dipendenti) e in misura minore (il 13,2%) nelle grandi imprese (con più di 250 dipendenti). Una veloce disamina del profilo socio-demografico degli occupati stranieri mostra come essi siano in prevalenza uomini (6 occupati su 10) e di giovane età (l'80% ha meno di 45 anni). L'incidenza dei lavoratori non comunitari sul totale degli assunti si è notevolmente incrementata passando dal 9,9% del 2000 al 16,4% del 2006 (con dei valori rilevanti in aree specifiche: In Emilia Romagna l'incidenza è del 36% per il 2006) e ha coinvolto principalmente lavoratori tra i 18 e i 39 anni. Per l'anno 2006 l'incidenza dei lavoratori stranieri sui nuovi assunti è stata del 25,9%. Il tasso di attività dei migranti è calcolato essere il 73,7%, dato che supera di dodici punti percentuali quello riferito alla popolazione italiana. Il loro tasso di occupazione è di 67,3% contro il 57,9% degli Italiani (la distanza è minore al nord, via via cresce nel centro fino ad essere massima al sud), mentre il tasso di disoccupazione mostra percentuali più simili rispetto ai cittadini italiani: esso si attesta all' 8,6% (circa due punti percentuali in più rispetto a quello degli

14 La quota di ingresso annuale stabilita da governo tiene conto delle richieste regionali, le richieste per settore economico, gli accordi stipulati con i paesi di emigrazione.

15 Zanfrini L., "Il lavoro", in Fondazione Ismu, *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, cit., p. 124.

italiani) anche se questo valore trova significato perché comprende anche la disoccupazione straniera femminile (13,4%) palesemente più elevata rispetto a quella sofferta dalle donne italiane pari all' 8,5%.¹⁶

Questi dati, così velocemente esposti, starebbero ad indicare l'esistenza della capacità del mercato del lavoro italiano di assorbire manodopera migrante in grandi quantità. Tale capacità sembra contenere al suo interno un paradosso poiché si combinerebbe con le caratteristiche del mercato del lavoro nazionale: elevata disoccupazione (concentrata principalmente tra i giovani e in determinate zone del paese), rilevante occupazione irregolare, segmentazione territoriale, importanza crescente dei servizi privati. Quindi, come si concilia ad esempio un tasso di disoccupazione della popolazione autoctona, specie in alcune aree geografiche del paese ad esempio nel Sud, con la propensione ad assumere manodopera straniera in misura sempre crescente?¹⁷ Il paradosso individuato sembra essere solo apparente, se si guarda alla struttura del mercato del lavoro italiano. Una struttura fortemente segmentata tanto che si potrebbe addirittura parlare dell'esistenza di una pluralità di mercati del lavoro. In questo caso alcuni segmenti della domanda di lavoro possono essere attivi anche quando la domanda nel suo complesso ristagna. La segmentazione lavorativa si applica in maniera efficace ai paesi di nuova emigrazione, quali l'Italia, meta di importanti flussi migratori solamente in fase post-industriale a differenza di quanto è avvenuto per i paesi di vecchia immigrazione (ad esempio: Francia, Germania, Belgio, Olanda) che invece sono stati oggetto di migrazioni prevalentemente nella fase del loro sviluppo industriale.¹⁸ Questo fenomeno ha fatto sì che i migranti si inseriscano nel settore secondario del mercato del lavoro, caratterizzato da impieghi spesso gravosi, scarsamente retribuiti, ad alta intensità di lavoro e scarso riconoscimento sociale. Inoltre, come avremo modo di approfondire nelle pagine seguenti, a questa segmentazione lavorativa si accompagnano e in parte vi si sovrappongono una segmentazione di tipo contrattuale ed un'altra di genere. Prima di proseguire il ragionamento è necessaria una sintetica ricognizione sui dati riguardanti i settori economici dove trovano impiego i migranti. Il settore agricolo occupa meno del 4% dei lavoratori migranti. Questo settore, specie nell'area dell'Europa mediterranea (è il caso della Spagna e del Sud Italia dove la percentuale di impiegati stranieri è al 13%, nettamente al di sopra del valore nazionale), assorbe forza lavoro migrante in maggioranza stagionale, perché “ancora più flessibile e resistente ai carichi di lavoro pesanti, ad esempio nelle colture del pomodoro

16 Tutti i dati qui riportati provengono da Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., pp. 230-244.

17 A riguardo l'indagine “Excelsior” 2006 sulle assunzioni previste indica un'incidenza percentuale delle assunzioni straniere sul totale che va da un'ipotesi minima del 15,2% a un'ipotesi massima del 23,3%, valori che indicherebbero una propensione all'assunzione di lavoratori stranieri superiore alla stessa incidenza della manodopera immigrata sulla popolazione attiva. Zanfrini L., “Il lavoro”, in Fondazione Ismu, *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, cit., p. 113.

18 Pugliese. E Mingione E., *Il lavoro*, Roma, Carocci, 2003, p. 127.

dove il lavoro è pagato a cottimo.”¹⁹All'interno del stesso settore agricolo permangono forti differenze Tra il Nord e il Sud del paese. Nel primo caso i migranti impiegati nella raccolta di mele, fragole, fiori, uva e come addetti all'alpeggio sono impiegati con contratti regolari e pagati ai minimi contrattuali. Nel secondo caso è molto diffuso il lavoro irregolare a giornata nella raccolta di pomodoro, uva e olive, pagato molto meno anche delle retribuzioni agli italiani irregolari.²⁰

Secondo i dati del *Dossier Caritas immigrazione 2006*, il settore dell'industria impiega il 35,2% degli occupati stranieri. All'interno di questo settore, gli stranieri si concentrano per il 13,3% nelle costruzioni mentre per quanto concerne l'incidenza degli occupati stranieri sul totale essa raggiunge il 19,4% nelle costruzioni (il 25% in Emilia Romagna), il 15,6% nell'industria conciaria, il 15,1% nell'industria del legno, e supera il 14,7% nell'industria del tessile e dei metalli. Nelle costruzioni la presenza degli immigrati è oltre il doppio di quella degli italiani e sono i lavoratori dell'Europa Centro Orientale a rappresentare il 57% dei lavoratori stranieri nel settore, seguiti dai migranti provenienti dall'Africa settentrionale (24%).²¹

Il settore che assorbe maggiormente la manodopera immigrata è tuttavia quello dei servizi con il 53,6%, in particolare al 2006 gli occupati stranieri sono 268.260 nel settore informatica e servizi alle imprese, 220.735 in alberghi e ristoranti, 213.288 in attività svolte presso le famiglie. In generale, l'insieme del terziario assorbe una quota inferiore rispetto alla componente italiana (rispettivamente il 55% e il 66 %) con l'eccezione del Mezzogiorno, in cui l'occupazione straniera tende ad accostarsi a quella italiana. Questa differenza trova spiegazione nella scarsa presenza straniera in attività particolarmente rilevanti all'interno dell'occupazione italiana (informatica, ricerca e sviluppo, servizi alle imprese) mentre è molto estesa in altri comparti dove gli italiani sono scarsamente presenti (servizi alle famiglie dove trova impiego il 20% degli occupati stranieri, una donna su due, e servizi di pulizia). Quest'ultimo dato ci introduce al tema della segmentazione lavorativa.

A causa del fenomeno della segmentazione lavorativa i migranti sono impiegati in quelle tipologie di lavori ai quali gli autoctoni si sottraggono grazie al sostegno della rete familiare la quale agisce come una sorta di ammortizzatore sociale, permettendo ai giovani autoctoni di essere aiutati dal reddito familiare durante il periodo nel quale cercano una sistemazione professionale consona alle aspettative che l'elevata scolarizzazione ha contribuito a creare. Esercitando questa funzione, la rete sociale familiare contribuisce all'autonomia e alla selettività dell'offerta di lavoro, poiché esso è

19 Ibid., p. 129.

20 Reyneri E., *Sociologia del mercato del lavoro*, cit., p. 402.

21 In questo settore economico i migranti sono spesso lavoratori in nero (un quinto del totale), adibiti a mansioni più dure e spesso più rischiose, con scarse possibilità di avanzamento di livello. Inoltre rispetto ad un lavoratore italiano di pari livello, un lavoratore straniero guadagna il 24% in meno. Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., p. 251.

oramai rappresentato collettivamente come “ben più di uno strumento per procurarsi il reddito ma è una fonte di identità e autostima”.²² Oltre al prestigio sociale, tuttavia, quello che rende alcuni impieghi meno appetibili per gli autoctoni sono sicuramente la loro bassa qualità e la pessima retribuzione.

Impiegati nei lavori delle cosiddette 3D “*Dirty, Dangerous, Difficult*” (sporchi, pericolosi, difficili).²³ E’ forse questa la definizione che riassume in maniera più efficace il destino dei lavoratori migranti in Italia. Nei fatti i migranti hanno scarsissime possibilità di ascesa lavorativa e sociale e, in tal senso, al termine segmentazione lavorativa, che descrive una situazione tipica delle dinamiche del mercato del lavoro, preferiamo quello di segregazione lavorativa per parlare della condizione di lavoro dei migranti da una prospettiva più vicina al loro punto di vista. Ad esempio i migranti sono avviati in misura molto maggiore di quanto non avvenga per i lavoratori autoctoni in lavori con bassa qualificazione professionale, cosicché vi sono delle enormi differenze nei livelli di inquadramento con una conseguente differenza sul livello dei salari, superiore per gli italiani.²⁴ I migranti, quindi, sono quella parte del corpo sociale, su cui con più forza si abbatte la segregazione lavorativa. In questa maniera, prende forma un processo di inferiorizzazione sociale, che inizia con “l’assunzione ai livelli contrattuali più bassi, passaggi di categoria più incerti, svalutazione delle capacità lavorative e delle qualifiche professionali di cui si è in possesso”.²⁵ Il forte aumento delle esportazioni negli anni Novanta, legato all’aprirsi dei mercati dell’Europa orientale, imprime un’ulteriore accelerazione ai ritmi di produzione (favorita anche dall’introduzione nel ’93 della contrattazione decentrata), trovando nei migranti le “braccia svelte”, necessarie a serrare i ranghi del tempo in una produzione *just in time* che per continuare ad accumulare, richiede innanzi tutto il sacrificio del tempo di vita e della socialità. Tale sacrificio non è più sopportabile per i giovani italiani che devono fare i conti con il baratro che separa le aspettative generate da percorsi scolastici e formativi sempre più prolungati nel tempo e dalla socializzazione mediatica che crea radicate attese di un reddito sufficientemente elevato per mantenere uno stile di vita incentrato sul consumo di beni e servizi, dalla realtà di occupazioni sempre più flessibili, incerte e a crescente intensità di lavoro. Le imprese utilizzano così manodopera immigrata perché essa è in grado di reggere l'intensità di lavoro e consente loro di evitare il *turnover* dei giovani operai italiani. La marcata flessibilità e l'adattamento ai contesti produttivi vecchi e nuovi sembrano quasi degli status nei lavoratori migranti. Alimentano una flessibilità e una disponibilità al lavoro di questo genere

22 Ambrosini M., *L’inserimento economico degli immigrati in Italia*, in Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, Milano, Franco Angeli, 2000, p. 132.

23 Stalker P., *L’immigrazione*, cit., p. 28.

24 I livelli di retribuzione dei migranti sono in media il 20% inferiori di quelli dei lavoratori autoctoni. Reyneri E., *Sociologia del mercato del lavoro*, cit., p. 899.

25 Sacchetto D., *Il Nordest e il suo Oriente. Migranti, capitali e azioni umanitarie*, Verona, Ombre Corte, 2004, p. 233.

progetti migratori a breve termine con la prospettiva di sostanziose rimesse, ma anche la mancanza di un tempo organizzato in funzione di una serie di obblighi e relazioni sociali; cosa che invece avviene per gli italiani socialmente inseriti e quindi con tutta una serie di interessi ed attività extra lavorative da curare.²⁶ Riguardo a quest'ultimo aspetto c'è da sospettare fortemente se non esista in realtà una sorta di circuitazione per cui lo scarso grado di inserimento sociale, apparentemente “spontaneo”, non sia in realtà la risultante anche di quella flessibilità e propensione al lavoro che i migranti farebbero propria.

Di conseguenza l'inquadramento dei migranti in queste tipologie lavorative, che segna il destino di queste donne e uomini, è un segno inferiorizzante da cui è difficile liberarsi. La loro mobilità lavorativa è quasi esclusivamente orizzontale, sempre all'interno dei lavori “delle 3D”. Difficilmente nel corso degli anni, la loro migrazione si trasforma in ascesa sociale anche se teoricamente ai migranti non mancherebbero le credenziali formative necessarie a raggiungere una migliore posizione sociale. Infatti tra gli occupati stranieri l'11,1% è in possesso di un titolo di studio a livello universitario, il 40,4% di scuola secondaria superiore, il 35,2% possiede un diploma di scuola media secondaria inferiore mentre il 13,3% ha solamente un livello di istruzione elementare.²⁷ Questa parrebbe essere una situazione caratteristica delle prime fasi dell'immigrazione anche in paesi come Inghilterra e Francia nei quali si è osservata negli anni Sessanta e Settanta una scarsa corrispondenza fra titolo di studio e posizione professionale mentre il legame tra le due variabili si era fatto molto più stretto sul finire del secolo scorso. Occorrerà un'osservazione sul lungo periodo per capire se questo sia un processo che può interessare anche il nostro paese anche se è molto probabile che la struttura del mercato del lavoro italiano, sostanzialmente chiuso ai livelli medio alti, agisca rallentandolo (finora le grandi imprese e gli enti pubblici nazionali non si sono aperti in percentuale significativa agli stranieri con la sola eccezione della quantità rilevante di assunzioni di personale infermieristico straniero).²⁸

Un tentativo di via d'uscita dalle costrizioni di segregazione lavorativa pare essere rappresentato dal lavoro autonomo che comunque influisce per una quota minoritaria dei permessi di soggiorno rilasciati per motivo di lavoro, infatti il valore percentuale medio dei permessi per lavoro autonomo, sul totale dei permessi rilasciati è del 4,6%, mentre il lavoro subordinato incide per il 57% sulle presenze.²⁹ Anche da questi dati desumiamo che l'imprenditoria dei migranti non è caratterizzante

26 Ambrosini M., *L'inserimento economico degli immigrati in Italia*, in Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, cit., p. 134.

27 Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., p. 231.

28 Eve M., Favretto A. R., Meraviglia C., *Le disuguaglianze sociali*, Roma, Carocci, 2003, p. 102.

29 Nella distribuzione interna dei permessi per lavoro autonomo al primo posto vi sono i romeni (tuttavia con un valore percentuale al di sotto della media, il 3,9%) seguiti dai cinesi (un cinese su cinque è lavoratore autonomo) e dai bangladeschi (uno su dieci). Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., pp. 87-98.

l'inizio del movimento migratorio che coinvolge l'Italia ma inizia ad essere rilevante quando si è consolidata un'integrazione economica e sociale sufficiente. Merita una attenzione specifica il lavoro autonomo dei migranti cinesi, che rappresenta un'eccezione a quanto appena detto poiché essi hanno organizzato le loro attività secondo modelli chiusi fondati su un intensivo uso del lavoro familiare e sul ricorso a finanziamenti comunitari. Tuttavia la soluzione del ricorso al lavoro autonomo non risulta decisiva per rompere i meccanismi segregativi ma sembra addirittura riprodurli. Infatti le imprese nate dall'immigrazione se da un lato possono essere fonte di mobilità sociale ascendente, più spesso sono imprese marginali, isolate in una nicchia di mercato esclusiva, che riflettono la debolezza delle risorse iniziali (in termini economici e di qualificazione professionale). Questa debolezza crea le condizioni per cui “le iniziative imprenditoriali dei migranti siano concentrate in quei settori che presentano meno barriere di ingresso, ma che in quanto tali sono anche i più esposti alla concorrenza”,³⁰ e per questo si concentrino su produzioni ad alta intensità di lavoro mantenute competitive grazie anche a pratiche di sfruttamento dei familiari o dei connazionali.

Da una lettura dei dati sulla distribuzione per settore in base alla nazionalità, risulta una concentrazione “etnica” in specifici settori di impiego. Per fare alcuni esempi, i migranti provenienti dall'India rappresentano il 6,4 % delle assunzioni nel settore agricolo (gli indiani *sikh* impiegati in massa come mungitori nella campagna del cremonese ritraggono forse il caso più clamoroso); l'altra importante presenza è quella dei migranti cinesi nel settore tessile (sono gran parte di quel 64% di asiatici orientali impiegati in questo settore). Anche il settore dell'edilizia mostra una incisiva presenza dei migranti dell'Europa Centro Orientale (il 57% degli assunti non italiani) e dell'Africa settentrionale (il 24%). Da ultimo il settore dei servizi alla persona vede impiegate moltissime donne provenienti dalla Romania, Ucraina, Filippine, Moldova e Perù.³¹

Questi dati, rinforzati dalle nostre percezioni quotidiane sulla concentrazione in alcune mansioni di migranti della medesima nazionalità, sembrano validare l'ipotesi di una naturale propensione da parte dei migranti a svolgere mansioni “eticamente connotate”. Questa affermazione di senso comune viene smentita dalla spiegazione fornita dalla teoria delle catene migratorie la quale nega l'esistenza di una specializzazione etnica per cui gli immigrati di un gruppo si concentrano in particolari attività per le loro tradizioni culturali. Tali concentrazioni in particolari nicchie occupazionali sono un paradossale effetto dell'attivazione di catene migratorie le quali facilitano in primo luogo l'inserimento lavorativo e successivamente, soprattutto se all'interno di relazioni comunitarie, quello abitativo e sociale. Queste reti informali funzionano come efficace canale per

30 Zanfrini L., *Sociologia delle migrazioni*, cit., p. 158.

31 Caritas/Migrantes, XV Dossier Statistico *Immigrazione*, cit., p. 250-251.

mettere in contatto domanda e offerta di lavoro.³² Per alcuni gruppi nazionali le “reti etniche” funzionano meglio perché i gruppi sono appunto meglio organizzati, per altri queste reti sono meno coese e producono minori capacità di solidarietà e di aiuto reciproco tra gli individui. Dobbiamo precisare che le cosiddette “reti etniche” non si creano nel paese di origine ma le identità che definiscono i gruppi si formano in emigrazione anche se il nostro sguardo omogeneizzante non riesce a coglierne le differenze e talvolta i conflitti. Inoltre l’attivazione di determinate catene migratorie con la conseguente occupazione dei migranti in particolari mestieri, è stata sovente favorita dall’opera di quelle “istituzioni facilitatrici”, solitamente organizzazioni religiose o affini, che hanno messo in contatto domanda e offerta di lavoro; è questo il caso del lavoro domestico straniero nelle città del Nord Italia.

Come accennato nelle pagine precedenti, parzialmente sovrapposta alla segmentazione lavorativa, per i migranti si prospetta anche una segmentazione che abbiamo denominato contrattuale.

La segmentazione contrattuale, intesa non tanto come un utilizzo di contratti a termine quanto invece come la loro mancata conversione in rapporti stabili, sembra accompagnare le dinamiche di costrizione e incanalamento lavorativo patite dai migranti, cosicché le assunzioni di lavoratori stranieri si muovono tra i poli opposti della continuità e dell’intermittenza contrattuale. Infatti già a partire dal 1996, ma soprattutto dal 1997, anno in cui in Italia entrano a regime tutta una serie di nuove disposizioni di legge atte a normare i rapporti di lavoro,³³ i contratti di lavoro a tempo determinato arrivano ad essere alla fine degli anni '90 la metà degli avviamenti, mostrando una tendenza simile a quella dei lavoratori italiani ma molto più accentuata.³⁴ E' pur vero che la grande maggioranza dei lavoratori stranieri, come dimostrato dalla recente *Rilevazione delle forze di lavoro* effettuata dall'Istat, risulta impiegata a tempo indeterminato³⁵, tuttavia nell’economia complessiva del discorso è bene tenere presente anche che le assunzioni nel 2006 mostrano una crescita dei lavoratori para subordinati del 6,7% a causa di un aumento significativo dei lavoratori a progetto. In questo aumento del livello di precarietà in continua crescita si inseriscono anche i lavoratori stranieri, il cui tasso di flessibilità (rapporto tra assunzioni lorde e persone che nello stesso anno hanno avuto almeno un avviamento al lavoro) viene misurato per il 2006 in 1,7, il che significa che

32 Ambrosini M., *Sociologia delle migrazioni*, Bologna, Il Mulino, 2005,

33 Ci riferiamo evidentemente alla legge n° 196/1997 conosciuta come “Pacchetto Treu” che, tra le altre modifiche importanti al sistema del diritto del lavoro italiano, ha introdotto tipologie contrattuali quali il lavoro interinale, il contratto a termine, il contratto di collaborazione coordinata e continuativa.

34 Reyneri E., *Sociologia del mercato del lavoro*, cit., p. 399.

35 La rilevazione Istat sulle forze di lavoro indica che nel secondo trimestre 2006 l'85% dei lavoratori dipendenti è occupato in modo permanente. Questa cifra, che potrebbe a prima vista ridimensionare la tendenza all'intrappolamento dei lavoratori migranti nel precariato, va letta considerando che l'indagine ha verosimilmente incrociato soprattutto la componente più stabile dell'immigrazione; inoltre per la componente femminile l'occupazione temporanea raggiunge una percentuale significativa pari al 18%. Zanfrini L., “Il lavoro”, in Fondazione Ismu, *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, cit., p. 108.

in media un lavoratore straniero ha avuto quasi due contratti durante l'anno³⁶. Secondo un'indagine Ires per conto del Ministero del lavoro datata 2003³⁷, il 18,5% dei contratti effettuati dalle Agenzie negli anni 1998-2004 ha riguardato lavoratori stranieri e in media circa il 40% di coloro i quali si rivolgono alle Agenzie è un lavoratore straniero soprattutto in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Se però consideriamo la condizione dell'essere migrante, questi dati vanno riletti e trovano significato solo nella stretta relazione tra permesso di soggiorno e contratto di lavoro. Oltre alle implicazioni in termini di instabilità lavorativa e professionale e di discontinuità nella percezione di reddito che colpiscono la popolazione autoctona, per i lavoratori migranti precari si aggiunge il rischio del mancato rinnovo del permesso di soggiorno, se al momento del rinnovo del documento amministrativo non si è in possesso di un regolare contratto di lavoro, vuoi per la mancata riconferma da parte del medesimo datore di lavoro o perché il migrante non è stato in grado di reimpiegarsi regolarmente entro la scadenza amministrativa. Il carattere di continuità di questo rischio è dovuto in parte alla breve durata dei contratti di lavoro, in parte invece è prodotto dalle stesse norme in materia di rinnovo del titolo di soggiorno stabilite dalla legge 189 del 2002 (la cosiddetta legge "Bossi-Fini"), poiché essa ha dimezzato la durata del permesso di soggiorno per lavoro e di quello per la ricerca di lavoro in caso di disoccupazione, inducendo a più frequenti rinnovi e concedendo meno tempo per reperire nuovamente un lavoro regolare a chi lo ha perduto. Così il rischio sempre in agguato per il migrante di ricadere nell'irregolarità amministrativa e quindi nell'invisibilità sociale a sua volta associata ad un azzeramento dei seppur minimi diritti di cittadinanza prima goduti, si traduce in termini contrattuali in debolezza nei confronti delle richieste padronali in quanto a orario, intensità di lavoro da erogare, sicurezza, retribuzione percepita.³⁸

La segmentazione di genere sovrapposta in parte a quella lavorativa e contrattuale è un altro tratto marcante la condizione dei migranti in Italia, in questo caso delle lavoratrici. Tuttavia prima di addentrarci in specifico nel trattare la questione, occorre fornire un quadro della presenza delle donne migranti nel mercato del lavoro italiano.

A fine 2006 le donne occupate sono il 42% degli immigrati e sul territorio nazionale sono così ripartite: il 34,8% al Nord Ovest, il 38,2% al Nord Est, il 40,3% al Centro, il 41,5% al Sud e il 37,1% nelle isole. Uno sguardo alle provenienze ci mostra che tra le lavoratrici migranti il 46% proviene dai paesi dell'Europa Centro Orientale (ad esempio le donne rumene sono il 13 % del totale e il 22% della componente europea), le donne latinoamericane rappresentano il 14,3% del totale, quelle provenienti dal continente africano sono l'11,1% mentre dal continente asiatico

36 Caritas/Migrantes, XV Dossier Statistico *Immigrazione*, cit., p. 241.

37 La scheda riassuntiva dell'indagine è consultabile sul sito www.ires.it.

38 Il nesso contratto di lavoro- permesso di soggiorno- ricattabilità, sarà trattato più approfonditamente nel paragrafo 1.4.

proviene il 10,7%. Se invece focalizziamo la nostra attenzione sull'incidenza che lavoratori e lavoratrici hanno sul totale degli occupati stranieri, è possibile verificare che l'esistenza di una differente incidenza a seconda delle aree continentali di provenienza. Nel 2006 infatti, l'incidenza delle assunzioni di donne è il 22,6% per l'Africa, quasi il 50% per l'Asia, mentre la percentuale più importante spetta all'America Latina, con oltre il 59,2%. I tratti caratteristici dell'occupazione immigrata femminile sembrano essere: la tendenza comune in tutti gli stati europei (specie in Spagna, Olanda, Portogallo e Italia) di un tasso di attività delle donne straniere maggiore rispetto alla media (in Italia lo scarto è leggermente superiore al 7%, il 58,4% per le donne straniere contro il 51% della totalità della popolazione femminile), e una loro maggiore capacità di radicarsi nel contesto lavorativo rispetto a quella maschile. In generale, quindi, possiamo concludere che in termini assoluti la forza lavoro immigrata in Italia continua ad essere in prevalenza maschile, mentre le donne tendono ad avere rapporti di lavoro più stabili e duraturi (questa tendenza sempre in crescita negli anni passati, pare abbia subito un rallentamento nel 2000).³⁹

Il fenomeno della segregazione lavorativa delle donne migranti diventa palese dai dati che danno prova di uno sbocco lavorativo monosettoriale rappresentato da dal lavoro domestico e di cura delle persone, in cui è impiegata più della metà di esse, mentre l'altro settore rilevante è quello alberghiero e della ristorazione con poco più del 10% del totale.⁴⁰ Questa destinazione occupazionale è sostanzialmente irrilevante nei paesi dell'Europa settentrionale e continentale mentre è molto accentuata in quei paesi europei, tra i quali trova piena collocazione anche l'Italia, aventi un modello di *welfare* cosiddetto "mediterraneo"⁴¹. La collocazione occupazionale nei lavori di cura delle donne migranti rimane sostanzialmente cristallizzata, tanto più se pensiamo che le donne sono state le pioniere dell'immigrazione nel nostro paese. Infatti negli anni '70 dello scorso secolo le prime ad emigrare in Italia erano le donne provenienti dall'isola di Capoverde, dalle Filippine, e dal Corno d'Africa, le quali trovavano lavoro presso le famiglie italiane grazie alla mediazione della Chiesa cattolica. Quindi, dopo quarant'anni non c'è stato uno scostamento significativo dalle prime tipologie di occupazioni, verso altre, magari al di fuori del settore dei servizi. A conferma di questa affermazione stanno i dati dell'Inps che stabiliscono in 700.000 le donne non italiane impiegate in attività di cura (sarebbero un totale di 1.134.000 comprese le irregolari, secondo una stima del centro ricerche Cergas-Bocconi)⁴² Questo confinamento nei lavori di cura si fa più cogente se paragonato alla diversificazione degli impieghi ricoperti dalla popolazione femminile autoctona. Possiamo affermare ciò poichè, se è vero che la segregazione

39 La fonte dei dati qui riportati è quella del dossier Caritas. Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., pp. 252-253.

40 Ibid., p. 124.

41 Girotti F., *Welfare State. Storia, modelli e critica*, Roma, Carocci, 1998

42 Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., p. 125.

occupazionale orizzontale può essere considerata sostanzialmente in linea con le tendenze a livello europeo di una occupazione femminile collocata tra il 50 e il 70% nei servizi⁴³, con contratti temporanei, *part-time* e con possibilità scarse di avanzamenti di carriera, vi è indubbiamente una differenza negli avviamenti lavorativi, ma certamente non solo in essi. Ne dà esemplificazione un'indagine Excelsior del 2006,⁴⁴ secondo la quale sulle 33.000 donne straniere che le imprese contano di assumere, le occupazioni da ricoprire sarebbero così distribuite: 13.000 addette alle pulizie (altre 710 addette alle pulizie negli alberghi), 6350 cameriere, 2000 assistenti socio-sanitarie presso le istituzioni e 235 presso il domicilio degli assistiti (il valore sarebbe stato sicuramente più alto se l'indagine avesse conteggiato la domanda proveniente direttamente dalle famiglie), quasi 2000 commesse, intorno alle 700 tra parrucchiere ed estetiste, 660 stiratrici, 480 addette alla segreteria, 315 cucitrici, 200 infermiere, 164 addette alla reception o ai *call center*, appena 134 addette alla contabilità, 55 impiegate in professioni intellettuali, e 5 dirigenti. Insomma, sulle donne migranti sembra abbattersi con forza ancora maggiore la segregazione in determinati ambiti lavorativi causata anche dalla debolezza delle reti ufficiali e istituzionali per la quale moltissime donne trovano lavoro solamente grazie all'appoggio di connazionali o di altri migranti, fatto che contribuisce a rinnovare la frammentazione "etnico-nazionale" del mercato del lavoro. Certamente il meccanismo della segregazione occupazionale rientra nella più ampia questione dello squilibrio di genere visibile ad esempio in quella che può essere definita la femminilizzazione dei lavoratori poveri oppure nello svantaggio sofferto dalla componente femminile nell'avviamento al lavoro, che oltretutto è più penalizzata socialmente anche considerando il parametro della disoccupazione (nell'Unione Europea il tasso di disoccupazione è in media per gli uomini il 6,5% e per le donne il 10%).

Concludiamo sottolineando come le donne immigrate in Italia siano certamente in una posizione di debolezza sociale anche alla luce di due aspetti molto importanti. Il primo concerne la loro retribuzione variabile a seconda della nazionalità (in media 7.136 euro all'anno, il 58% di quanto percepito dagli uomini che si attestano intorno ai 12.167 euro l'anno)⁴⁵. Il secondo aspetto tratta invece della scarsità di tutele del lavoro caratterizzanti il settore domestico e della cura, settore che come abbiamo visto impiega la gran parte delle migranti. Con garanzie più deboli per quello che concerne, ad esempio, il licenziamento, queste occupazioni espongono sicuramente le lavoratrici più di altri, tenuto conto di quanto già detto in questa sede in merito al nesso tra contratto di lavoro e permesso di soggiorno, a situazioni di ricatto da parte del datore di lavoro.

43 Eve M., Favretto A. R., Meraviglia C., *Le disuguaglianze sociali*, cit., p.59

44 Zanfrini L., "Il lavoro", in Fondazione Ismu, *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, cit., p. 121.

45 La classifica dei redditi femminili in base alle provenienze è così costituita: immigrate di origine asiatica medio orientale (9641 euro), immigrate provenienti dall'Africa settentrionale (7.042 euro), latinoamericane (7.402 euro), immigrate provenienti dall'Europa orientale (6833 euro), migranti provenienti dall'Asia orientale (6359 euro).

Nel concludere il discorso intorno all'inserimento lavorativo dei migranti in Italia, merita un doveroso approfondimento il nesso che unisce l'economia sommersa e l'immigrazione. Per prima cosa andiamo a definire che cosa intendiamo per economia sommersa in maniera da capire in che cosa essa consti e che spazio e importanza rivesta nella struttura economica italiana. Una definizione di ampio spettro di economia sommersa la qualifica come "quell'insieme di attività che contribuiscono alla formazione del reddito e della ricchezza di una nazione senza essere tuttavia rilevate nelle statistiche ufficiali".⁴⁶ Questa definizione comprende ogni forma di rapporto economico basata su transazioni non ufficiali, cosa che comporta un forte grado di elusione sia degli oneri contributivi, dal punto di vista fiscale, sia dei diritti dei lavoratori stabiliti nella legislazione sul lavoro. Alcuni dati ci possono dare la misura del fenomeno, che comunque non può essere considerato come un'eccezione italiana in un contesto europeo apparentemente più virtuoso. Infatti le stime a riguardo attestano la dimensione dell'economia sommersa, in trend crescente nei paesi Ocse, come superiore al 10%. Nello specifico, in Italia, la percentuale di economia sommersa sul Pil secondo Schneider si attesta al di sopra dei 25 punti nel '99.⁴⁷ Ciò è in parte determinato anche dalla scarsità quantitativa dei controlli; basti pensare che un'impresa corre il rischio di essere oggetto di visita ispettiva in media una volta ogni trent'anni. Soprattutto nei paesi industrializzati l'economia sommersa, lungi dall'essere una forma di economia parallela a quella ufficiale, convive ed interagisce fortemente con questa al punto da esserne addirittura funzionale, tanto che queste connessioni appaiono come un fenomeno profondamente radicato. Dice a proposito Harris: "La legge divide il mercato in due sole sfere, legale e illegale (senza che si sappia esattamente quale sia la rilevanza della sfera illegale); dal punto di vista economico il mercato opera come un continuo. I legami di mercato vanno unificando sempre più la totalità delle due sfere, creando rapporti di cooperazione fra i livelli superiori e inferiori."⁴⁸ Così, l'impresa che opera economicamente nel sommerso, anche se si colloca in un segmento nascosto dell'economia, viene in contatto ed interagisce con l'economia legale quando, ad esempio, deve reperire materie prime e acquistare servizi, oppure quando deve immettere sul mercato (comune per entrambe le economie) la propria produzione.⁴⁹ Un'analisi dei settori e delle differenze regionali nel contesto italiano ci può aiutare a mettere in luce la continuità tra le due economie. Tali differenze a seconda dell'area geografica appaiono rilevanti. L'irregolarità al Sud, misurata in termini di unità di lavoro, coinvolge circa il 23% dell'occupazione totale; nel Nord Ovest e nel Nord Est, regioni queste che si caratterizzano per

46 Lucifora C., *Economia sommersa e lavoro nero*, Bologna, Il Mulino, 2003

47 Ibidem.

48 Harris N., *I nuovi intoccabili*, cit., p. 112.

49 Tra gli altri Saskia Sassen individua un nesso di causalità tra economia post-fordista e crescita dell'economia informale. In merito si veda: Sassen S., *Migranti, coloni rifugiati. Dall'emigrazione di massa alla fortezza Europa*, Milano, Feltrinelli, 1999, p. 20.

un sempre più elevato inserimento regolare nell'industria manifatturiera, siamo attorno all'11%, mentre il Centro risulta allineato alla media italiana.⁵⁰ La distribuzione territoriale dell'economia sommersa è certamente collegata alla distribuzione territoriale dei settori economici che più ne favoriscono, per le loro caratteristiche strutturali, la diffusione e mantenimento. L'interazione che le attività economiche sommerse hanno con la struttura economica e finanziaria delle varie aree del paese si somma a quella con le infrastrutture e con il tessuto sociale (in quest'ultimo caso i rapporti diretti tra individui appartenenti a piccole comunità facilitano il riprodursi di rapporti economici informali) producendo in tal modo risultati diversi. Ad esempio nell'economia sommersa delle regioni del Nord Italia è diffuso maggiormente il lavoro “grigio” al quale corrispondono spesso condizioni di convenienza reciproca; nelle regioni del Sud dell'Italia sono le forme di lavoro completamente nero a dominare, dietro le quali si celano spesso forme di sfruttamento e di mancanza di qualsiasi garanzia delle condizioni di lavoro. Inoltre da un punto di vista delle tipologie di imprese coinvolte, sono soprattutto le piccole e medie imprese (edilizia e commercio) ad utilizzare il lavoro nero, mentre in settori quali la manifattura e i servizi alle imprese è di gran lunga più diffuso il lavoro grigio creato nascondendo rapporti di lavoro subordinato a tempo pieno attraverso il ricorso a forme contrattuali atipiche. In generale, quindi, i settori economici maggiormente coinvolti nel segmento dell'economia sommersa possono essere individuati soprattutto nel settore dei servizi, dell'edilizia dei trasporti e dell'agricoltura: tutti caratterizzati per essere attività ad un basso livello di produttività che non può essere innalzato dislocando la produzione in aree geografiche con livelli salariali più bassi. Di conseguenza, per evitare che queste produzioni vadano fuori mercato, chi investe il capitale tenta di risparmiare quanto più possibile sul costo del lavoro, informalizzando l'occupazione. L'Istat stima una quota di oltre 3,6 milioni di unità di lavoro irregolari, pari al 15% del totale;⁵¹ questo è un dato rilevante, in quanto sintetizza il volume complessivo di lavoro irregolare presente nel sistema. Inoltre dobbiamo aggiungere che il risparmio sui costi del lavoro avviene sia in maniera indiretta, eludendo gli oneri contributivi e previdenziali, sia in forma diretta sotto forma di erogazione di salari a livelli inferiori a quelli stabiliti dalla contrattazione collettiva nazionale, rendendo questi impieghi meno convenienti ed appetibili agli occhi della forza lavoro locale, mentre sono gli impieghi dove si inserisce una cospicua parte della forza lavoro migrante. E' molto potente quindi l'attrazione esercitata sui migranti da parte di un contesto economico come quello italiano, caratterizzato da ampie sacche di

50 B. Anastasia, S. Bragato, M. Rasera, “Il lavoro nero degli immigrati. Una lettura delle divergenze tra regolarità amministrativa della presenza in Italia e regolarità contributiva del lavoro svolto”, in M. Centorrino, M. Limosani (a cura di), *Il mercato del lavoro nero*, Edizioni Scientifiche Italiane, 2005, p. 4. www.venetolavoro.it

51 Anastasia B., Bragato S., Rasera M., *Il lavoro nero degli immigrati. Una lettura delle divergenze tra regolarità amministrativa della presenza in Italia e regolarità contributiva del lavoro svolto*, in M. Centorrino, M. Limosani (a cura di), *Il mercato del lavoro nero*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2005, p. 3.

informalità, tanto che l'Italia viene scelta come meta di immigrazione proprio perché si moltiplicano le possibilità di un'occupazione irregolare che non necessita del possesso del permesso di soggiorno. Come scrive Ambrosini infatti “(...) la presenza di una quota più o meno ampia di economia irregolare è un tratto costitutivo del funzionamento dei sistemi economici contemporanei, ed il lavoro immigrato, specialmente se impossibilitato ad immettersi regolarmente nel mercato, sembra fatto apposta per rispondere a questo tipo di domanda. Il mondo sommerso del lavoro irregolare può essere considerato l'ambito per eccellenza in cui gli immigrati rispondono in maniera paradossalmente efficace alle esigenze generate dalle trasformazioni dei sistemi produttivi”⁵². I processi sempre più spinti di terzizzazione ed esternalizzazione della produzione con il loro portato di atomizzazione dei rapporti di lavoro e di dispersione della capacità conflittuale e rivendicativa dei lavoratori, sono diventati il modello organizzativo preponderante in diversi settori economici. Essi abbisognano di forza lavoro migrante che diventa una sorta di collante che tiene unite l'economia informale a quella formale. E' questo il caso del lavoro domestico e di cura svolto dalle donne migranti verso il quale c'è una soglia di tolleranza molto elevata poiché questo tipo di lavoro produce un risparmio sia per le famiglie sia per le imprese poiché se le donne italiane occupate fuori casa non avessero aiuti domestici, crescerebbe l'assenteismo, la domanda retributiva, la rigidità degli orari e la richiesta di servizi pubblici. “Ci guadagna la famiglia italiana, la donna migrante, il datore di lavoro della donna migrante e perfino lo Stato, perché così si abbassano l'assenteismo, le pressioni economiche, la domanda di servizi del sistema pubblico”⁵³. Un altro esempio è rappresentato dalle imprese private che lavorano in regime di subappalto negli ospedali e nelle altre strutture pubbliche. Queste imprese vincono gli appalti grazie ai prezzi bassi che propongono, resi possibili grazie ad un massiccio impiego di lavoro irregolare, italiano e straniero, cosicché grazie al lavoro nero dei migranti si determina un risparmio anche per la pubblica amministrazione. Un rapido sguardo al contesto bolognese mette in luce un cambiamento nell'inserimento dei lavoratori migranti che, in prevalenza maschi, si inserivano con stabilità nel settore industriale e stagionale nel settore agricolo. A questo primo inserimento se ne è affiancato un secondo, dovuto ad un'economia sempre più terzizzata, nell'area dei servizi alle imprese (facchinaggio, trasporti e pulizie) e in quella dei servizi alle persone (assistenza agli anziani, colfaggi, giardinaggio e ristorazione) con una crescente importanza del settore edilizio. “Le mansioni rimangono in ogni caso quelle più dequalificate o quelle meno caricate da un riconoscimento sociale”⁵⁴.

52 Ambrosini M., *Utili invasori, l'inserimento degli immigrati nel mercato del lavoro italiano*, Milano, Franco Angeli, 1999.

53 Ambrosini M., *L'inserimento economico degli immigrati in Italia*, in Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, cit., p. 174.

54 Cozzi S., *Migranti e clandestini. Questioni di confine*, Roma, Sapere 2000, 2007. p. 83.

Il passo successivo del nostro discorso è quello, a questo punto, di provare a quantificare il fenomeno della manodopera irregolare immigrata in Italia, servendoci dei dati contenuti nella tabella sottostante.⁵⁵

Tabella 2: Percentuale di irregolari tra lavoratori dipendenti non UE, decennio 1991-2001.
 “Fonte: La discriminazione dei lavoratori immigrati nel mercato del lavoro in Italia”. Reyneri 2004

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Senza permesso	-	-	16,8	27,6	12,9	15,7	11,2	8,8	12,2	27,3	21,9
Con permesso	-	-	31,5	29,2	24,2	15,9	22,7	22,5	26,1	14,0	17,6
Totale	33,1	33,5	48,3	56,7	37,1	31,6	33,8	31,2	38,3	41,3	39,5

Per prima cosa si può notare che al di là dei picchi di massima e di minima, da mettere in relazione ai provvedimenti di sanatoria, la quota di immigrati occupati irregolarmente non è mai inferiore al 31%, oltre il doppio di quella dei lavoratori italiani, l'altro dato che salta agli occhi è che i lavoratori migranti irregolari non sono solo quelli privi di permesso di soggiorno, ma anche quelli in possesso di questo documento vengono impiegati senza un regolare contratto di lavoro. Infatti, se per chi permane in una condizione di irregolarità amministrativa l'accettazione di un impiego non in regola è obbligata, a che cosa è dovuta la presenza di immigrati regolarizzati nell'economia sommersa? Sicuramente una variabile importante che incide sull'impiego non regolare è quella del progetto migratorio. I migranti che strutturano il loro progetto migratorio sul breve termine, sono meno interessati di altri a farsi mettere in regola, perché sono convinti che non si serviranno mai dei contributi previdenziali e assistenziali garantiti dal pagamento dei contributi e dalle imposte sul reddito. Questa spiegazione di tale comportamento ci sembra più soddisfacente e meno riduttiva di quella che vede il migrante come una sorta di *homo oeconomicus* il cui unico fine è quello di massimizzare i costi della sua migrazione, vissuta secondo i canoni del calcolo razionale e perciò sempre ben disposto ad accettare le condizioni del lavoro irregolare. Se è pur vero che esiste una propensione all'accettazione di rapporti di lavoro irregolari da parte dei migranti, questa affermazione non deve essere scissa dalla valutazione dei fattori strutturali per cui i migranti sono inseriti in tutta quella serie di attività dove è più consistente il lavoro nero, attività che, come

55 Secondo i dati del Ministero dell'Interno, infatti, i soggiornanti per lavoro sono molti di più di quelli che risultano essere i lavoratori regolari, comunque conteggiati. La divergenza è tale che non sembra essere spiegabile solo con la diversa attendibilità e precisione dei canali di implementazione delle basi dati che caratterizzano le varie fonti. Anastasia B., Bragato S., Rasera M., *Il lavoro nero degli immigrati. Una lettura delle divergenze tra regolarità amministrativa della presenza in Italia e regolarità contributiva del lavoro svolto*, in M. Centorrino, M. Limosani (a cura di), *Il mercato del lavoro nero*, cit., p. 2.

abbiamo già visto in precedenza si contraddistinguono per essere ad alta intensità di lavoro dequalificato, bassa produttività, scarsa visibilità, limitata considerazione sociale. Dobbiamo aggiungere anche che “(...) poiché tali attività sono spesso instabili e i sostegni pubblici e familiari sono molto scarsi, gli immigrati sono costretti ad accettare le prime occasioni di lavoro che trovano tra le quali prevalgono quelle irregolari”⁵⁶ Il lato della domanda di lavoro sembra avere decisamente un ruolo più preponderante nell'assorbimento di lavoratori migranti (regolari o no) in nero, rispetto al ruolo avuto dall'offerta stessa.

Come si osserva per la popolazione autoctona, anche per i migranti non esiste un'unica tipologia di lavoro nero, ma si assiste a diverse combinazioni che vanno dal pagamento fuori busta paga degli straordinari, alla commistione di lavori regolari e non (magari nel fine settimana), al lavoro in regola solo per una parte dell'orario, alla regolarizzazione di poco antecedente la scadenza del permesso.

Tra le conseguenze più gravi che l'inserimento dei lavoratori (sia migranti e non) nell'occupazione irregolare produce vi sono oltre al mancato riconoscimento dei diritti collettivi di lavoro, della previdenza e dell'assistenza, il non rispetto dei limiti e degli orari stabiliti dai contratti di lavoro, e ciò incide fortemente sulle condizioni di salute e sul rischio infortunistico⁵⁷. Questa situazione subisce un' accelerazione quando il lavoratore è un migrante irregolare imbrigliato da una parte dal rischio di espulsione dall'altra dalla difficoltà di denunciare il datore di lavoro. Questi fattori di costrizione permettono un forte grado di discrezionalità a chi mette al lavoro questa categoria di persone che si può permettere di richiedere maggiore produttività e tempi di lavoro più lunghi fino a pervenire a vere e proprie forme di ipersfruttamento. Concludiamo sostenendo che i migranti, più che essere la causa dell'economia sommersa, ne contribuiscono piuttosto alla riproduzione la quale a sua volta diventa un fattore di forte destabilizzazione per i migranti stessi. Infatti, a causa della stretta e rigida connessione tra permesso di soggiorno e contratto di lavoro, non sempre si riesce ad avere un lavoro regolare al momento del rinnovo del documento e molte presone ricadono nell'illegalità amministrativa, a sua volta fonte di alimentazione di quella lavorativa in un circolo vizioso che non sembra aver sosta, dal quale diviene difficile, se non impossibile, fuoriuscire.

56 Reyneri E., *Sociologia del mercato del lavoro*, cit., p. 411.

57 Cozzi S., *Migranti e clandestini. Questioni di confine*, cit., p. 88.

1.3 Il quadro regionale.

Dopo le considerazioni appena esposte, la nostra analisi procede ora focalizzandosi sul contesto regionale per delineare un quadro sintetico comprendente le dinamiche peculiari dei movimenti migratori che interessano l'Emilia Romagna.

Il territorio regionale è stato meta fin dagli anni '80 dello scorso secolo di migranti provenienti dal Nord Africa, quasi totalmente maschi celibi, i quali trovavano impiego nelle fonderie della provincia di Reggio Emilia (in questo periodo le presenze in Regione sono di circa 30.000 persone). Negli anni '90 cambia la combinazione dei flussi migratori composti ora anche da significative componenti balcaniche, africane, asiatiche e latino americane, finché la regione nella seconda metà degli anni '90 vede raddoppiare la popolazione straniera residente.⁵⁸

Dai dati del *Dossier Caritas* contenuti nella sezione dedicata all'Emilia Romagna, apprendiamo che

Paese di cittadinanza	2004		Paese di cittadinanza	2005		Paese di cittadinanza	2006	
	v.a.	%F		v.a.	%F		v.a.	%F
Marocco	39.946	39,9	Marocco	46.408	40,2	Marocco	50.035	41,0
Albania	28.870	41,9	Albania	35.116	41,9	Albania	39.860	43,0
Tunisia	13.800	33,8	Tunisia	16.438	33,0	Romania	18.710	53,9
Romania	10.848	53,6	Romania	15.394	52,1	Tunisia	17.811	33,6
Cina	10.134	47,1	Cina	13.148	46,5	Cina	14.936	46,3
Filippine	6.567	58,6	Ucraina	10.337	85,7	Ucraina	12.361	83,3
India	6.406	39,8	Pakistan	8.101	29,5	Pakistan	9.622	30,3
Pakistan	6.318	30,5	Filippine	7.571	57,7	India	8.659	39,5
Ucraina	6.075	87,8	India	7.532	39,2	Moldova	8.407	68,4
Ghana	5.745	44,0	Ghana	6.824	42,3	Filippine	8.226	56,6
Senegal	5.584	13,6	Moldova	6.618	72,9	Ghana	7.286	42,6
Macedonia	4.614	40,2	Senegal	6.491	13,5	Senegal	6.887	14,8
Moldova	4.352	77,4	Macedonia	5.358	39,5	Macedonia	6.057	41,1
Nigeria	3.802	60,3	Nigeria	4.830	59,9	Polonia	5.854	78,3
Polonia	3.242	79,2	Polonia	4.643	80,1	Nigeria	5.488	59,3
Serbia e Montenegro	3.143	46,1	Serbia e Montenegro	3.775	44,7	Serbia e Montenegro	4.160	45,2
Sri Lanka	2.547	42,8	Sri Lanka	3.025	41,1	Bangladesh	3.564	32,6
Bangladesh	2.298	32,9	Bangladesh	2.928	31,9	Sri Lanka	3.380	41,1
Turchia	2.210	39,1	Turchia	2.726	36,8	Turchia	3.048	39,1
Totale	210.397	47,6	Totale	257.233	47,6	Totale	289.013	48,1

Fonte: Istat, Movimento e calcolo della popolazione residente straniera, 2004
Regione Emilia-Romagna, Rilevazione degli stranieri residenti, 2005-2006

Tabella 7. Popolazione straniera residente in Emilia Romagna (1993-2006)

la quota di stranieri presenti sul territorio regionale al 31 dicembre 2006 (318.076) è sette volte più grande di quella del '93, cosicché l'incidenza sulla popolazione regionale totale ha raggiunto il 7,5%, un incremento del numero di residenti maggiore sia rispetto a quello italiano sia a quello delle altre regioni del Nord Est, divenendo la seconda regione in Italia, dopo la Lombardia, per numero di stranieri residenti.⁵⁹

58 AECA (a cura di), *Voci immigrazione, cittadinanza, lavoro. Indagine sull'immigrazione in Emilia Romagna*, Milano, Franco Angeli, 2003, p. 63

59 Caritas/Migrantes, XV Dossier Statistico *Immigrazione*, cit., p. 367.

I dati riportati nella tabella 3⁶⁰ differiscono di poco rispetto alle valutazioni statistiche del *Dossier Caritas* (si veda in merito quella riguardante il numero totale degli stranieri residenti). Tenuto conto di ciò, è possibile effettuare una serie di considerazioni in merito alle presenze straniere nel territorio emiliano-romagnolo che, con le 166 nazionalità presenti, ricalca il policentrismo del contesto nazionale. Le nazionalità più diffuse a livello regionale sono, sia per le femmine sia per i maschi, la marocchina, l'albanese e la romena (che nel 2006 ha scavalcato quella tunisina collocandosi al terzo posto), mentre in relazione alla variabile di genere l'incidenza maschile caratterizza la nazionalità tunisina e pachistana, quella femminile la nazionalità ucraina e moldava a conferma del tasso di crescita maggiore delle nazionalità dell'Europa Centro Orientale.

L'immigrazione nel contesto regionale conferma e accentua la tendenza alla stabilizzazione riscontrata a livello nazionale. A ragione di questa ipotesi stanno: l'incremento dei permessi di soggiorno rilasciati per motivi familiari, passati dal 30,5% dell'anno 2005 al 37,3% del 2006, una tendenza al riequilibrio di genere (le femmine aumentano dell'11,1%, i maschi del 9,1%) che porta la componente femminile ad essere nel 2006 il 48,1%. Le classi di età dei residenti in cui l'incidenza dei cittadini stranieri è più elevata sono quella di 25-29 anni (incidenza del 16,4%) e quella di 0-5 anni (14,7%). Quest'ultimo dato rimarca la stabilizzazione migratoria soprattutto se letto assieme a quello che mostra un aumento dei nati stranieri negli ultimi anni (passati dai 3.800 del 2003 ai 6000 del 2006), che incidono per il 16% sul totale dei nati in Regione. A conferma di questa tendenza stanno anche i dati riguardanti le presenze degli alunni stranieri nelle scuole della regione, crescita che continua a ritmi sostenuti facendo dell'Emilia Romagna la regione italiana con la più alta percentuale di alunni di cittadinanza non italiana: il 9,5%⁶¹. Una disamina più approfondita della questione ci illustra come nel 2006 la fascia di età scolare e prescolare fino a 18 anni sia aumentata ad oltre 70.000 unità (17.000 nella scuola elementare, 9.000 nelle medie inferiori) tale per cui l'utenza potenziale della scuola dell'obbligo incide per circa il 10% sulla popolazione totale con punte del 12% per la scola dell'infanzia,⁶² mentre rimane stabile per le scuole superiori, dove gli alunni stranieri si concentrano quasi esclusivamente negli istituti tecnici e professionali.

Nel riassumere le considerazioni quantitative espresse appena sopra, diciamo che la popolazione straniera residente ha caratteristiche demografiche sostanzialmente diverse dalla popolazione locale: l'irrilevante presenza delle persone anziane, una quota molto forte di giovani in età lavorativa ma anche in età scolare, a leggera prevalenza maschile, fatta eccezione per le comunità nazionali maggiormente impegnate nei lavori di cura.

60 Regione Emilia Romagna, "Quaderni di statistica: gli stranieri residenti in Emilia Romagna al 1.1.2006", p. 12, www.regioneemilia-romagna.it.

61 Caritas/Migrantes, XV Dossier Statistico *Immigrazione*, cit., p. 370.

62 Regione Emilia Romagna, "Quaderni di statistica: gli stranieri residenti in Emilia Romagna al 1.1.2006", p. 10, www.regioneemilia-romagna.it.

Veniamo ora a quelle che sono le tipologie di inserimento lavorativo proprio dei migranti residenti in Emilia Romagna. I dati contenuti nel *Dossier Caritas*, basati sugli archivi dell'Inail, ci dicono che al 31 dicembre 2006 gli occupati stranieri in regione risultano essere 223.140 (il 15,3% degli occupati); di questi l' 86,3% è di origine extracomunitaria e le donne costituiscono il 40% degli occupati stranieri.⁶³ A riguardo, rapporti e studi ufficiali rimarcano “l'importanza che i lavoratori stranieri rivestono nel tessuto produttivo regionale e nella formazione del Prodotto Interno Lordo in alcuni comparti quali il metalmeccanico, l'agricoltura, il turismo e le costruzioni soprattutto, in cui la forte presenza di persone straniere occupate in mansioni e funzioni non solo comuni, ma anche qualificate e specializzate, garantisce la soddisfazione di una domanda imprenditoriale che sarebbe altrimenti rimasta inevasa e riduce pertanto il *mismatch* qualitativo in un contesto a bassa disoccupazione”.⁶⁴ Tale importanza va di pari passo alla segregazione occupazionale, processo questo già descritto nei suoi funzionamenti nelle pagine precedenti. I migranti permangono in posizioni marginali, secondarie, poco qualificate del mercato del lavoro regionale, in impieghi a bassa qualificazione nel settore industriale, nelle costruzioni e nei servizi, ad esempio nelle realtà di Modena e Piacenza, nel settore della ristorazione e nell'agricoltura, in particolare a Ravenna, Forlì e Cesena.⁶⁵ Dal punto di vista degli inserimenti lavorativi, va detto che la situazione regionale non è omogenea presentandosi con delle differenze che intercorrono tra le provincie emiliane e quelle romagnole: nelle prime i rapporti di lavoro si basano maggiormente su forme contrattuali più stabili, mentre nelle seconde, dove i migranti lavorano stagionalmente nel settore dei servizi turistici e in agricoltura, vi è una maggiore incidenza di forme contrattuali atipiche. Per quel che concerne il settore dell'imprenditoria straniera, anch'esso tendente all'incremento (il 10% dal 2005 al 2006 superiore quindi alla media nazionale del 7,9%), ci limitiamo ad osservarne la concentrazione nelle provincie di Bologna, Reggio Emilia, Modena e Parma, dove hanno sede il 69,3% delle imprese con titolari stranieri.⁶⁶

Passiamo ora alla distribuzione sul territorio regionale e, servendoci della tabella riassuntiva riportata qui sotto, tentiamo di delinearne un quadro sintetico. Si può notare come l'incremento delle presenze straniere per le provincie che abitualmente hanno avuto il maggior numero di residenti stranieri (Modena, Reggio Emilia, Parma e Bologna) sia stato in linea con la media regionale. Per le

63 Questa percentuale subisce delle variazioni in alcune provincie. Tra le più significative: Rimini (51,6%), Ferrara (49,6%), Ravenna (45,4%), Forlì-Cesena (42,3%), Bologna (41,4%). Tale variazione è da imputarsi alla maggiore presenza femminile nei settori dei servizi, settore molto importante in queste provincie. Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., p. 369.

64 E' quanto si evince da una ricerca regionale presentata nel 2006 dal titolo “I lavoratori comunitari in Emilia Romagna”, www.regioneemilia-romagna.it.

65 AECA (a cura di), *Voci immigrazione, cittadinanza, lavoro. Indagine sull'immigrazione in Emilia Romagna*, cit., p. 42.

66 Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., p. 370.

le provincie di Rimini, Ravenna, Forlì-Cesena e Ferrara, con una presenza straniera meno consistente, registriamo un incremento percentuale della popolazione straniera residente molto consistente (basti pensare che per la provincia di Ferrara il numero di stranieri è più che raddoppiato nel 2006 rispetto a tre anni prima). In generale, quindi, stiamo assistendo ad una fase di riequilibrio territoriale.

Provincia	2006	2005	2003	Variazione 2006-05	
				Assoluta	%
Piacenza	21.588	18.736	11.007	2.852	15,2
Parma	30.798	27.724	16.822	3.074	11,1
Reggio Emilia	42.804	38.075	23.877	4.729	12,4
Modena	55.088	49.921	33.146	5.167	10,4
Bologna	61.581	55.824	38.720	5.757	10,3
Ferrara	13.444	11.294	6.163	2.150	19,0
Ravenna	23.272	20.141	12.011	3.131	15,5
Forlì-Cesena	22.912	20.067	12.046	2.845	14,2
Rimini	17.526	15.451	10.046	2.075	13,4
Totale	289.013	257.233	163.838	31.780	12,4

Fonte: Istat, Movimento e calcolo della popolazione residente straniera, 2003
 Regione Emilia-Romagna, Rilevazione degli stranieri residenti, 2005-2006

Tabella 2. La distribuzione sul territorio regionale della popolazione straniera residente in Emilia Romagna

Qualche considerazione va fatta anche in merito alla “geografia residenziale” disegnata dalla distribuzione degli stranieri sul territorio regionale. Su di essa influiscono due fattori: il primo è una distribuzione territoriale, fortemente orientata dall'azione delle catene migratorie, nelle aree a maggior sviluppo economico e occupazionale lungo la via Emilia (ci riferiamo in questo caso alla componente marocchina e albanese). Il secondo invece riguarda le dinamiche del mercato abitativo che favoriscono l'insediamento ad esempio nei comuni minori sull'Appennino, dove il mercato abitativo è più favorevole (tendenza che va comunque interpretata all'interno di quella più generale alla stabilizzazione del fenomeno migratorio).

Alcuni tratti distintivi disegnano invece la geografia residenziale del sistema metropolitano bolognese. Dalle elaborazioni curate dall'Osservatorio Provinciale delle immigrazioni e pubblicate nel *Dossier Generale 2006* emerge che i migranti marocchini hanno una maggiore propensione ad insediarsi nei comuni extra-capoluogo. Infatti, dei 12.000 marocchini residenti in provincia di Bologna oltre i $\frac{3}{4}$ si distribuiscono nei comuni limitrofi, risultando il collettivo principale in 51 comuni sui 60 totali. Filippini, cinesi e albanesi sono i gruppi più numerosi rispettivamente a

Bologna e nei comuni della Cintura quali Casalecchio di Reno, Castel Maggiore e San Lazzaro di Savena, mentre i pakistani lo sono a Monghidoro e i rumeni a Lizzano in Belvedere. Riguardo allo spazio strettamente urbano, le presenze per nazionalità sono ripartite come segue: Eritrea (86%), Bangladesh (84%), Filippine (83%), Perù (81%) e Sri Lanka (74%); tra i collettivi nazionali meno presenti in città troviamo Macedonia (6%), Marocco (23%), Tunisia (26%), Romania (33%), Albania (35%), Pakistan (36%) e Nigeria (38%).⁶⁷ Da qui deriva la particolarità del contesto urbano bolognese. “Le caratteristiche stanziali del sistema metropolitano bolognese contrastano con le altre realtà urbane di Roma, Torino, Milano, Firenze in cui invece vi è una forte concentrazione straniera nel capoluogo stesso. La crescita della espansione straniera verso l'area più esterna della provincia, si conferma anche nell'analisi della serie storica dell'ultimo decennio”⁶⁸. Più in specifico si delinea una sorta di ricollocamento interno al territorio regionale e provinciale per il quale i migranti vivono con frequenza nei grandi centri urbani (di solito nei capoluoghi) quando lavorano nei servizi o sono privi di reti parentali, tendendo a spostarsi verso la provincia nel momento in cui formano o ricompongono i nuclei familiari. Tuttavia la maggiore concentrazione dei residenti stranieri nel centro storico rispetto alla popolazione complessiva, produce nella popolazione autoctona l'opinione diffusa di “(...)una città metropolitana occupata dalla componente, così detta, extracomunitaria, quasi a costituire una sorta di città delimitata(...)” nella quale “le percezioni di paura connesse con le presenze straniere hanno caricato progressivamente di tensione il rapporto immigrati/residenti in modo da costituire oggi un problema cruciale(...)”⁶⁹. Percezioni amplificate dalla correlazione, “inevitabile” tra immigrazione e aumento dei reati legati alla microcriminalità, quotidianamente rimarcata dal sistema mass-mediatico. Tuttavia, tra le problematiche legate alla percezione del fenomeno migratorio che generano maggiori preoccupazioni nella popolazione autoctona, accanto al tema della criminalità si posiziona quello del Welfare. Da una ricerca condotta sull'opinione pubblica emiliano-romagnola emerge che “più della metà dei cittadini mostra di preoccuparsi per la tenuta dello stato sociale di fronte alla pressione delle famiglie immigrate, e oltre tre quarti del campione pensa che gli immigrati causino una crescita dei reati”⁷⁰. Questo tema, particolarmente sentito in regioni come l'Emilia Romagna, con una tradizione di livelli elevati di protezione ed intervento pubblico, sta divenendo predominante, poiché riguarda un'immigrazione che, come abbiamo ripetutamente visto in queste pagine, si sta stabilizzando e radicando nel territorio.

67 Osservatorio Provinciale delle immigrazioni di Bologna, *Dossier Generale 2006*, www.osservatorioimmigrazione.provincia.bologna.it, p. 9

68 Landuzzi C., *Migrazioni e nuovi ambienti urbani. Il caso dell'area metropolitana di Bologna*, *Rivista Theomai*, Universidad Nacional de Quilmes, Argentina, 2003, p. 11.

69 Ibid.

70 Colombo A., *Gli stranieri e noi. Immigrazione e opinione pubblica in Emilia-Romagna*, Bologna, Il Mulino, 2007, p. 95.

Un'immigrazione regolare fatta di lavoratori e famiglie che fruiscono al pari della popolazione italiana del sistema dei servizi pubblici nei settori della sanità e della scuola, e che presentano ambiti di fruizione più specifici: è il caso dei servizi sociali o del mancato utilizzo di quelli dedicati agli anziani a causa della struttura demografica della popolazione immigrata, di gran lunga più giovane di quella autoctona.

1.4 'immigrazione irregolare

Ai fini di rendere più completa l'analisi contenuta nella ricerca empirica che va a costituire la seconda parte di questo scritto, proviamo qui di seguito a delineare il fenomeno dell'immigrazione irregolare nelle sue componenti principali: le politiche di contrasto e contenimento dell'immigrazione clandestina a livello europeo e nazionale e le conseguenze che queste politiche hanno sulla vita dei migranti, arrivando così a descrivere gli aspetti propri della condizione del migrante irregolare in Italia che, come avremo modo di vedere, sono strettamente correlate con le condizioni di salute e la possibilità di accesso ai servizi sanitari.

Il controllo dei flussi migratori diretti verso le regioni europee più ricche è divenuto per i paesi di destinazione di questi flussi una questione rilevante dall'inizio degli anni '70 dello scorso secolo in poi. Tale questione si è fatta più acuta nei primi anni '90, dopo la caduta del muro di Berlino, quando i cambiamenti politici e sociali nell'Est Europa sembravano aver allentato le maglie del controllo sulla mobilità delle donne e degli uomini che da queste regioni tentavano di spostarsi verso migliori condizioni di vita.

E' proprio dagli anni '70 quindi, periodo nel quale il declino industriale europeo si accompagna ad un riassetto economico secondo i canoni neoliberalisti della globalizzazione, che comincia farsi strada nelle politiche migratorie l'idea che le migrazioni siano “un fenomeno antagonista rispetto al nuovo ordine economico, sociale e politico”⁷¹. Questo perché il modello economico che si sta imponendo nelle società europee economicamente più avanzate si è creato a partire da fenomeni di riorganizzazione produttiva che richiedono comunque quantità importanti di manodopera che in parte viene ancora impiegata nello sviluppo industriale, specie in alcuni settori produttivi,⁷² e in altra parte viene spezzettata e distribuita tra i lavori – nel settore terziario- in posizioni subordinate all'interno di quei settori lavorativi che forniscono servizi necessari a forme di produzione

71 Palidda S., “Le migrazioni come crimine”, in Basso P. Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, cit., p. 63.

72 Questo fenomeno è particolarmente sviluppato in alcune aree d'Italia, specie nei distretti industriali. E' il caso del Nord Est, dove i migranti rappresentano ormai in numerosi settori quali la manifattura l'ossatura centrale del lavoro operaio specializzato o non specializzato, qualificato o non qualificato.

immateriale o come ricambio di manodopera. L'avversione ai movimenti migratori si è tradotta nel varo e nell'applicazione, da parte degli stati europei facenti parte dell'UE di politiche migratorie sempre più rigorose nel restringere la libertà dei migranti. Esse sono senza dubbio il terreno degli interessi comuni su cui tutti gli stati europei agiscono di concerto producendo una politica sostanzialmente condivisa: da una parte una vera e propria blindatura dei confini dell'Unione Europea attraverso pesanti restrizioni nei confronti dei migranti extra U.E., dall'altra favorendo la circolazione interna dei cittadini degli stati membri per mezzo di accordi specifici, ad esempio l'accordo di Schengen. Tra gli ultimi provvedimenti in materia di controllo delle migrazioni che l'Unione Europea ha varato, ricordiamo i più importanti: il *Visa Information System* (V.I.S.) che diventerà il più grande archivio di impronte digitali nel mondo che conterrà, una volta operativo, i dati dei visti di ingresso di 70 milioni di persone nell'area Schengen; l'istituzione del *Rapid Border Intervention Team* (R.A.B.I.T.), ovvero un meccanismo di azione rapida, comprendente 300-500 guardie di frontiera, che potranno essere mobilitate su richiesta degli stati membri in caso di arrivi improvvisi e massicci di immigrati "illegali", gestito da *Frontex* l'agenzia europea che, grazie a cospicui finanziamenti comunitari, gestisce il controllo delle frontiere.⁷³ Alcuni dati, oltre a darci la misura del fenomeno di cui stiamo parlando, sono ad avviso di chi scrive un interessante spunto per riflettere sull'effettiva efficacia delle politiche europee e italiane e sulla loro intrinseca ambivalenza. Stime ufficiali quantificano il numero dei migranti in posizione irregolare all'interno dell'Unione Europea come oscillante tra un'ipotesi minima di 2 milioni e una massima di 8 milioni, calcolando invece in 300-500 mila i migranti che ogni anno giungerebbero in territorio UE senza esserne autorizzati.⁷⁴ Per quanto concerne il caso dell'Italia, stime diverse danno conto dell'immigrazione irregolare: la Fondazione Ismu stima 500.000 presenze, i sindacati confederali (CGIL, CISL, UIL) 600.000, l'Eurispes invece parla di 800.000.⁷⁵ Questo dato va confrontato con quelli che riassumono i risultati delle politiche di contrasto all'immigrazione irregolare. Nel corso del 2006 il Ministero dell'Interno calcola: 20.547 respingimenti alla frontiera, 24.902 espulsioni/rimpatrii per un totale di 45.449 persone allontanate, mentre i non ottemperanti agli ordini sono stati 78.9384.⁷⁶ Queste politiche repressive hanno inoltre dei costi economici, sostenuti dalla fiscalità generale, molto elevati: nel 2004, ad esempio, il contrasto dell'immigrazione irregolare è costato all'Italia complessivamente 115.467.000 euro (320 mila euro al giorno). Appare altresì evidente la differenza tra le risorse economiche investite per contrastare l'immigrazione irregolare e quelle destinate nel corso dello stesso anno a progetti di integrazione e assistenza agli immigrati, appena 29 milioni di

73 Caritas/Migrantes, XV Dossier Statistico *Immigrazione*, cit., p. 31.

74 Ibid., p. 30.

75 European Migration Network, *Irregular migration in Italy*, Roma, IDOS, 2005, p. 11.

76 Caritas/Migrantes, XV Dossier Statistico *Immigrazione*, cit., p. 78.

euro.⁷⁷ Un chiaro esito delle politiche migratorie di stampo restrittivo attuate dai paesi dell'UE è l'aumento del numero di persone che trova il modo di entrare illegalmente in un paese europeo (nel 2006 gli sbarchi di migranti sulle coste italiane sono stati 22.016). Riferendoci alla legislazione italiana (ma per alcuni casi gli esempi di seguito riportati sono validi anche per gli altri paesi europei) possiamo verificare come esistano diverse tipologie di migranti irregolari: il segmento dei richiedenti asilo (rilevante nell'Europa Settentrionale, marginale in paesi come l'Italia e la Spagna), migranti che hanno un titolo di soggiorno legalmente valido ma basato su presupposti non validi (matrimoni e contratti di lavoro fittizi, ecc...), oppure una larga parte di migranti che rimangono in Italia anche dopo la scadenza del visto di ingresso. Chi non riesce ad ottenere il visto di ingresso (per restrizioni dovute ai mancati accordi internazionali con i paesi di origine, o più spesso perché si è sprovvisti delle garanzie economiche necessarie al rilascio di tale documento) utilizza quelli che vengono considerati dei canali illegali di accesso. Le persone che così facendo sono disposte a sopportare tutta una serie di costi morali ed economici rappresentano in realtà una minoranza rispetto alla totalità di quelle che vivono nei loro paesi condizioni economiche e sociali disagiate. I migranti che decidono di partire sono fortemente motivati dalla necessità e dalla volontà di fuggire da guerre, violenze, sistemi dittatoriali, degrado economico e sociale aggravato nelle società di origine dai processi di globalizzazione economica.⁷⁸ Per raggiungere il loro scopo, penetrare la “Fortezza Europa” per giungere nel paese scelto come meta di migrazione, essi sono disposti a correre una serie di rischi come quello di morire durante il tragitto, di affidarsi completamente a trafficanti senza scrupoli o di scontare la dura repressione delle polizie sia nei paesi di origine che in quelli di partenza. *Fortress Europe*, organo indipendente di informazione che dal 1988 attraverso una rassegna stampa internazionale monitora le “vittime della frontiera”, stabilisce in 11.778 le morti documentate (dal 1988 al 2006), tra cui si contano 4.226 dispersi. Si tratta soprattutto di naufragi, ma oltre a questi vi è chi muore perché coinvolto in incidenti stradali, di stenti nelle traversate del deserto o di altre zone impervie, oppure chi trova la morte per esempio a causa dei campi minati in Grecia, degli spari dell'esercito turco o delle violenze della polizia in Libia.⁷⁹ I “canali illegali di accesso” di cui migranti sono costretti a servirsi vengono solitamente organizzati e gestiti da tutta una serie di organizzazioni criminali che su di essi creano delle vere e proprie filiere produttive tanto che il traffico degli esseri umani è divenuto negli ultimi anni un *business*

77 Altri dati significativi ci sembrano i seguenti: 12.765.754 euro la spesa complessiva delle espulsioni di immigrati irregolari per l'anno 2003, mentre, per quanto riguarda i costi dei Centri di Permanenza Temporanea, nei primi 9 mesi del 2004 sono stati spesi 30.440.753 euro per la loro gestione. European Migration Network, *Irregular migration in Italy*, cit., p. 44.

78 Un esempio a riguardo è quello degli effetti provocati sui paesi in via di sviluppo dalle politiche di aggiustamento strutturale imposte dal Fondo Monetario Internazionale ai paesi debitori.

79 Nel 2006 Human rights watch e Afvic hanno accusato Tripoli di arresti arbitrari e torture nei centri di detenzione per stranieri, tre dei quali sarebbero stati finanziati [dall'Italia](#).

molto redditizio, al pari del traffico di armi e droga, soprattutto se finalizzato allo sfruttamento successivo di queste persone: esemplificativo in questo senso è il caso della tratta di esseri umani a fini di sfruttamento sessuale.⁸⁰ Posto che, come abbiamo appena potuto vedere, le politiche migratorie restrittive con il loro imponente utilizzo di risorse materiali e simboliche non diminuiscono il numero di clandestini (semmai hanno avuto come priorità quella di diminuire il numero dei richiedenti asilo) mentre causano la perdita di numerose vite umane e ingenti guadagni per mafie e organizzazioni criminali, ci chiediamo quali siano effettivamente i risultati prodotti. Ci sentiamo di sostenere l'ipotesi che riconosce questo tipo di politiche come funzionali alla produzione della clandestinità e al mantenimento dei migranti in questo status. Come si cercherà di spiegare nel corso del nostro ragionamento, questa funzione è svolta sia dalle già esaminate politiche di controllo degli accessi nel territorio nazionale, che chiameremo “politiche migratorie di confine”, sia da parte di quelle che regolano la migrazione una volta divenuta componente della popolazione complessiva: le “politiche migratorie interne”. Entrambe queste tipologie delineano una politica migratoria di stampo poliziesco-militare, il cui effetto principale è quello di rappresentare il migrante come un nemico di una non meglio precisata “comunità nazionale”. Il *frame* dominante che disegna lo straniero esclusivamente come nemico opera necessariamente una semplificazione della complessità del reale, omogeneizzando e uniformando la rappresentazione sociale del migrante. Inoltre questa rappresentazione si fonda su un'elasticità della categoria di criminalità che viene sovrapposta esattamente a quella di devianza sociale, di modo che ormai è senso comune considerare un crimine il lavare i vetri al semaforo (e non, tutt'al più, un'infrazione amministrativa); elasticità che per altro non si applica genericamente a tutti i membri della società ma soltanto ai migranti confermandone l'immagine, negativa, di categoria omogenea.⁸¹ La costruzione sociale della devianza dei migranti procede quindi di pari passo alla costruzione sociale della clandestinità. Il clandestino è il capro espiatorio ideale e la clandestinità, oltre che di marginalità diventa sinonimo di pericolosità sociale. Se il migrante è una sorta di nemico, di persona ostile, necessariamente il nostro sguardo lo classifica come inferiore e per questo motivo gli si possono prospettare posizioni ad esempio lavorative e abitative, nettamente sotto gli standard dignitosi per gli autoctoni. Questo processo di inferiorizzazione che colpisce i migranti è in realtà un discorso tautologico poiché fa in modo che le uniche posizioni lavorative destinate ai migranti siano unicamente quelle più degradanti, proprio perché i migranti sono “naturalmente” disposti ad accettarle. Essi vengono utilizzati “...per il lavoro domestico salariato in primo luogo, che a sua volta irradia lavoro a bassi salari anche nella ristorazione collettiva, in secondo luogo per il lavoro

80 L'Italia rappresenta una meta importante di questa tratta con circa 50.000 vittime giunte nel nostro paese tra il 2000 e il 2004. Caritas/Migrantes, *XV Dossier Statistico Immigrazione*, cit., p. 79.

81 Dal Lago A., *Non Persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Milano, Feltrinelli, 1999, pp. 81-82.

industriale a più alta nocività, che monetizza la salute e la pone al di fuori di qualsiasi contrattazione effettiva, in terzo luogo per il lavoro di alimentazione dei grandi processi produttivi, in particolare negli interstizi più gravosi dei trasporti, nell'agricoltura, nell'edilizia. Questi sono gli inter mondi ghetizzati in cui trovano oggi lavoro i clandestini stranieri".⁸² Necessariamente i migranti clandestini trovano le uniche possibilità di impiego nella vasta porzione dell'economia sommersa che, come si è già descritto nelle pagine precedenti, non rappresenta nel sistema produttivo italiano un tratto deviante ma un elemento costitutivo, tanto che l'irregolarità migratoria assume in Italia i tratti di una condizione "endemica".⁸³ A riguardo va fatta una considerazione di più ampio respiro che se definisce il lavoro nero come strutturale nel sistema economico italiano lo considera anche come una risposta all'inasprimento della concorrenza fondata sulla riduzione dei costi e sull'aumento della flessibilità di uso della forza lavoro. Ne consegue che l'obiettivo di ridurre l'immigrazione clandestina in Italia per mezzo della diminuzione del lavoro nero non è praticabile; come suggerisce Giovanna Zincone "(...) se e fino a quando, lentamente e faticosamente, non si cambierà il nostro modello produttivo. Un modello basato su basse qualifiche, lavoro nero, poca cura della formazione e pochi investimenti infrastrutturali, in particolare al Sud."⁸⁴

Quello che, paradossalmente, risulta difficile per un immigrato clandestino in Italia è fuoriuscire dalla sua condizione di irregolarità che si protrae per lunghi periodi, anche qualora persistano i requisiti necessari alla regolarizzazione: la casa, il lavoro e la volontà del datore di lavoro di regolarizzare il rapporto lavorativo; l'irregolarità è sempre in agguato, anche quando si è in possesso del permesso di soggiorno. Sosteniamo questa argomentazione alla luce di diversi studi e ricerche che analizzano le "politiche migratorie interne". Risulta per esempio evidente, ed è stato da più parti denunciato, che le quote di ingresso previste annualmente nei flussi (vedi paragrafo 1.1) e basate sull'incontro a distanza tra domanda e offerta di lavoro, sono largamente insufficienti a coprire la domanda di lavoro e di conseguenza contribuiscono a generare irregolarità.⁸⁵ Tali meccanismi paiono più che altro una sorta di micro sanatoria reiterata annualmente, sostenuta dall'ipocrisia istituzionale e massmediatica che finge di non vedere che praticamente la totalità delle quote di ingresso è assorbita da lavoratori stranieri che sono già in Italia e che da tempo lavorano (ovviamente in nero) e producono ricchezza per il nostro sistema economico. Gli stessi criteri restrittivi per il rilascio del permesso di soggiorno e dei ricongiungimenti familiari (parametri lavorativi, reddituali e abitativi) così come stabiliti dalla legge 189/2000, uniti alla forte dose di discrezionalità che ciascuna questura possiede nel rilasciare o meno i permessi, non solo sono

82 Gambino F., *Migranti nella tempesta*, Verona, Ombre Corte, 2003, p. 22.

83 Sciortino G., "Sistemi migratori irregolari e politiche di contrasto", in Fondazione Ismu, *Dodicesimo rapporto sulle migrazioni 2006*, Milano, Franco Angeli, 2007, p. 291.

84 Zincone G., *Italia Tra Clandestini e Lavoratori in nero*, in "La Repubblica", 7 dicembre 2000.

85 A questo proposito si vedano i rapporti ISMU, Caritas/Migrantes e Medici Senza Frontiere.

produttori di clandestinità ma, paradossalmente, sono dei potenti fattori destabilizzanti per il migrante il quale, essendo il suo status di regolare legato al possesso di un contratto di lavoro, corre costantemente il rischio di ricadere nell'irregolarità amministrativa e lavorativa, nel caso di licenziamento o di mancato rinnovo del contratto entro le scadenze previste. In questo caso non ci pare del tutto corretto definire l'irregolarità come un "rito di passaggio" ossia un periodo denso di precarietà che termina acquisendo i documenti.⁸⁶ Infatti in questa definizione è implicita una impossibilità di regressione allo stadio precedente, quello di clandestinità, fatto che invece accade di sovente, per cui è meglio parlare di un continuum che unisce il polo della regolarità a quello dell'irregolarità amministrativa, lungo il quale i migranti si posizionano passando biunivocamente da uno stadio all'altro nel corso della loro esperienza migratoria. Di conseguenza la logica della meritevolezza che divide i migranti in buoni (i regolari) e cattivi (i clandestini) e che appare basarsi primariamente sul possesso di un contratto di lavoro, in realtà definisce meritevole chi accetta le condizioni di lavoro a cui è sottoposto e non si pone in concorrenza con gli italiani; non meritevole è il migrante regolare disoccupato, quello che va alla ricerca di migliori condizioni di lavoro, chi cerca un periodo di formazione, chi reclama diritti.⁸⁷ Oltre ai flussi e ai criteri per il rilascio dei permessi di soggiorno, l'altro strumento di produzione di clandestinità è l'istituzione dei Centri di Permanenza Temporanea, strutture preposte alla detenzione dei migranti irregolari. I Cpt presenti attualmente sul territorio italiano sono 15, con una capacità complessiva di 1.822 posti: questi luoghi, come si legge dal rapporto di Medici Senza Frontiere realizzato nel 2003 dopo le visite in tutte queste strutture, sono un sistema che "...è diventato un'estensione del carcere giudiziario: in media la popolazione è composta da ex detenuti". Nei Cpt, inoltre, sempre secondo MSF, vi sono "gravi violazioni del diritto d'asilo, mancanza di informazione legale, scarsa presenza dell'Alto commissariato per i rifugiati dell'Onu". Una situazione, dal punto di vista umano e dei diritti, intollerabile. Basti pensare che i migranti sono "ospitati in container freddi d'inverno e caldissimi d'estate oppure stipati in camere insufficienti all'interno di strutture fatiscenti".⁸⁸ Quest'ultima frase ci fa riflettere sulla funzione nascosta dei Cpt. Il loro obiettivo dichiarato, che è quello di contrastare l'immigrazione clandestina e di permettere le espulsioni degli irregolari, viene nei fatti disatteso: nel 2004 solo la metà degli stranieri trattenuti nei Cpt (circa 14.000) è stata effettivamente allontanata, mentre più di un terzo è stato rilasciato per la scadenza dei termini di 60 giorni.⁸⁹ La loro funzione nascosta sembra essere quella di esercitare sui migranti un disciplinamento alla condizione di

86 Barbagli M., Colombo A. e Sciortino G., *I sommersi e i sanati*, Bologna, Il Mulino, 2004.

87 Cozzi S., *Migranti e clandestini. Questioni di confine*, cit., p. 71.

88 Medici Senza Frontiere, *Rapporto Cpt*, www.msf.it.

89 Sciortino G., *Sistemi migratori irregolari e politiche di contrasto*, in Fondazione Ismu, *Dodicesimo rapporto sulle migrazioni 2006*, cit., p. 299.

clandestinità, a sua volta generatrice di precarietà esistenziale e sfruttamento lavorativo.⁹⁰ Tutti i migranti rilasciati o non allontanati, infatti, sono costretti a sopravvivere in condizione di irregolarità amministrativa e lavorativa esclusivamente nell'economia informale con il suo corollario di sfruttamento e totale assenza di garanzie che sappiamo.

Ma qual'è il profilo sociologico del migrante irregolare? Dai risultati di una ricerca realizzata nel 2003 dal Dipartimento di Economia dell'Università di Bari (*Survey on Illegal Migration to Italy-SIMI*, a cura di M.C. Chiuri, G. De Arcangelis, A. D'Uggento, G. Ferri),⁹¹ veniamo a conoscenza che tra i migranti intervistati detenuti nei CPT i "richiedenti asilo o rifugiati" sono il 58%, nel 30% dei casi si tratta di "clandestini" (stranieri privi di visto o con documenti non più validi), circa il 10% è "in attesa di un decreto di espulsione" e solo nel 2% dei casi "in attesa di respingimento con accompagnamento alla frontiera". L'età media dell'immigrato irregolare tipo è di 27 anni, con un'alta concentrazione degli intervistati nella fascia tra i 18 e i 30 anni. L'86,4% è uomo, mentre le donne, che compongono la percentuale rimanente, provengono soprattutto dall'Est Europa. I migranti, che nel paese di origine si distribuiscono equamente tra una provenienza urbana e rurale, sono stati motivati alla partenza dal loro paese di origine da conflitti di natura sociale e in misura ancora maggiore da difficoltà economiche. Buona parte di essi era disoccupato, mentre un 25% svolgeva un lavoro impiegatizio e il 15% un lavoro autonomo. Dal punto di vista dell'istruzione posseduta è alfabetizzato l'86% del campione, e quasi la metà ha frequentato la scuola per più di 9 anni, mentre il 5% è in possesso di un diploma universitario. Il 31% del campione ha una buona conoscenza dell'inglese, il 15% del francese e il 14% dell'italiano. Le aspettative di guadagno dal lavoro in Italia (per 3/4 degli intervistati la destinazione del proprio progetto migratorio) si aggirano tra i 500 e i 1000 dollari, mentre il costo medio del viaggio che li ha portati nel nostro paese è stato di 1800 dollari.

Nel passare ora a descrivere invece quelle che sono le condizioni di vita dei migranti irregolari possiamo prima di tutto dire che la loro esistenza è attraversata da una grande precarietà che mina profondamente il loro benessere psicofisico. L'impossibilità di accedere regolarmente ad una casa, per esempio, costringe l'immigrato senza permesso di soggiorno a procurarsi un alloggio disagiato o in cattive condizioni, e ciò determina inevitabili ripercussioni sulla sua salute. La loro difficoltosa condizione economica è connotata da elementi di forte instabilità, quali la mancanza di qualsiasi forma di garanzia o possibili situazioni di sfruttamento. Anche al migrante irregolare vengono riconosciuti alcuni diritti: quello alla salute, ovvero alle prestazioni sanitarie ambulatoriali

90 Rahola F., *Zone definitivamente temporanee. I luoghi dell'umanità in eccesso*, Verona, Ombre Corte, 2003

91 Nel corso della ricerca sono stati intervistati 920 immigrati presenti irregolarmente sul territorio, ospitati all'interno di 10 centri selezionati tra i Centri di Permanenza Temporanea (CPT) e i Centri di Accoglienza (CA) presenti in quattro regioni italiane. Parziali risultati della ricerca si possono leggere in European Migration Network, *Irregular migration in Italy*, cit., pp. 36-46.

ospedaliere urgenti o comunque essenziali o continuative (per i bambini fino a sei anni sono completamente gratuite anche le visite specialistiche) per malattia o infortunio;⁹² il diritto all'istruzione è assicurato ai minori stranieri irregolari. Inoltre, secondo quanto stabilito dal decreto legislativo del 9 luglio 2003, n.215, si ribadisce che anche all'immigrato irregolare vengono assicurati i diritti fondamentali che ineriscono alla persona umana in quanto tale, e le eventuali trasgressioni sono sanzionabili a livello giudiziario. Questa situazione ci sembra quanto meno paradossale. All'immigrato irregolare spettano di fatto dei “diritti ad efficacia limitata”. Infatti, ad avviso di chi scrive, questi diritti formalmente sanciti, paiono piuttosto come delle possibilità il cui utilizzo è determinato dai contesti territoriali. Si pensi ad esempio alla presenza o meno sul territorio di associazioni di privato sociale o strutture pubbliche che si occupano della salute degli irregolari, oppure alle ondate di retate poliziesche, tanto che è proprio la paura di poter essere individuati e conseguentemente allontanati dal territorio che limita fortemente la libertà dell'immigrato irregolare, il quale è costretto a rinunciare all'esercizio dei suoi diritti.

Per concludere riprendiamo ed approfondiamo un concetto espresso all'inizio di questo paragrafo: la criminalizzazione della migrazione, che, se si vuole, può considerarsi come un inasprimento della “migrazione come colpa originaria” proposta dall'analisi di Sayad⁹³, attraverso la conversione poliziesco-militare della politica migratoria è produttrice di clandestinità. La criminalizzazione non riguarda solo l'immigrazione ma anche l'emigrazione. E ciò, a fronte di ingenti investimenti in delocalizzazioni produttive in paesi a forte pressione migratoria quali ad esempio Marocco e i paesi dell'Est Europeo⁹⁴, lo interpretiamo come la necessità da parte dei processi di produzione (globali) di avere a disposizione “forza lavoro “imbrigliata”, senza possibilità di mobilità, costretta ad accettare salari e condizioni di lavoro particolarmente miserabili e soggetta perfino a cedere alla minaccia di uno spostamento della delocalizzazione in altre zone ancora più sottomesse”.⁹⁵ Inoltre, esaurire la questione dell'immigrazione clandestina come un fatto meramente illegale e gestito da organizzazioni criminali, con l'implicazione che lo sfruttamento dei migranti è limitato all'opera dei “nuovi negrieri” mentre cessa quando i migranti diventano liberi di accettare o meno gli impieghi proposti avendo come fine esclusivo quello di accumulare denaro, significa ignorare tre questioni fondamentali sottese: la domanda di lavoro da parte dei migranti, l'offerta segregata di occupazioni parte del mercato del lavoro, le condizioni di lavoro dei migranti. La clandestinità, una sorta di pelle sociale non mutabile, colloca il migrante in un rango inferiore tanto da favorire lo sfruttamento e

92 Una trattazione più esaustiva dell'argomento si trova nel cap. 2 del presente lavoro.

93 Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002

94 A riguardo si veda: Sacchetto D., *Il Nordest e il suo Oriente. Migranti, capitali e azioni umanitarie*, cit.

95 Palidda S., “Le migrazioni come crimine”, in Basso P. Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, cit., p. 66.

forme di neo-schiavizzazione.⁹⁶ Tra le tipologie di lavoro servile individuiamo: *il lavoro servile dissimulato* nel quale rientra, in una percentuale difficile da accertare, il lavoro di cura domestico⁹⁷; *il lavoro servile diffuso* soprattutto nei settori dell'agricoltura e dell'edilizia ma anche nelle pulizie, trasporti, facchinaggio;⁹⁸ *il lavoro coatto e schiavistico in senso stretto* che spesso coinvolge l'ambulantato e in misura molto maggiore tipi di lavoro deviante come la prostituzione. Esempificazioni di tali condizioni di sfruttamento si possono reperire nel *Dossier* curato da Medici senza Frontiere dal titolo *Una stagione all'inferno: rapporto sulle condizioni degli immigrati impiegati nell'agricoltura nel sud Italia*. In esso si legge che il 48% dei lavoratori intervistati percepisce 25 euro in media per giornata di lavoro (8-10 ore di lavoro), lavorando magari solo per tre giorni alla settimana; inoltre sono obbligati a pagare al caporale il trasporto fino al luogo di lavoro (in media 5 euro al giorno). Di conseguenza più della metà dei migranti non riesce ad inviare denaro al paese di origine e questo cancella la vulgata comune che vorrebbe gli immigrati inseriti nell'economia informale sempre e comunque percettori di un surplus di reddito, trasformato in rimesse, dovuto ai “vantaggi” dell'elusione contributiva da parte del datore di lavoro.

Oltre a ciò è bene precisare che i migranti sono spesso vittime di forme di sfruttamento ad opera di connazionali, ad esempio i caporali, e che a causa della precarietà economica subita essi sono spinti ad attuare un pendolarismo tra lavoro sottopagato, economia illegale e pratiche illegali.

Le valutazioni appena fatte ci suggeriscono di considerare il trasferimento dei clandestini come un processo di circolazione della forza lavoro certamente marginale ma al tempo stesso caratteristico della globalizzazione. L'esistenza dei “nuovi *coolies*”, per dirla con Alessandro Dal Lago, è il frutto di politiche migratorie che producono manodopera composta da migranti “complementari e indispensabili all'economia immateriale (...) essi sono necessari all'abbattimento dei costi nell'economia globalizzata”.⁹⁹ Questo meccanismo diventa potente ed efficace perché basato su dispositivi di fortificazione dei confini (ma non si tratta mai di una chiusura ermetica, piuttosto di un sistema poroso di sbarramenti che permette un qualche passaggio), di detenzione ed espulsione che non hanno l'obiettivo di escludere i migranti, quanto piuttosto quello di “sfruttare gli elementi di eccedenza (di autonomia) che caratterizzano i movimenti migratori” che comporta “un processo attivo di inclusione del lavoro migrante attraverso la sua clandestinizzazione”.¹⁰⁰

96 Dal Lago A., Quadrelli E., *La città e le ombre. Crimini, criminali, cittadini*, Milano, Feltrinelli, 2003, p. 174.

97 Questa tipologia lavorativa, trattata nel paragrafo successivo, è stata oggetto di numerosi studi. Sul lavoro di cura domestico delle donne migranti si vedano tra l'altro i contributi di Ehrenreich B., Hochschild A. R., *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Milano, Feltrinelli, 2004.

98 Per un puntuale approfondimento sul lavoro nero dei migranti nel settore edile nel contesto bolognese si veda la ricerca di Perrotta M., “Immigrati romeni tra lavoro regolare e irregolare. Ricerca etnografica in un cantiere edile di Bologna”, in Gambino F., Sacchetto D., *Un arcipelago produttivo. Migranti e imprenditori tra Italia e Romania*, Roma, Carocci, 2007, pp. 95-132.

99 Dal Lago A., Quadrelli E., *La città e le ombre. Crimini, criminali, cittadini*, cit., p. 204.

100 Mezzadra S., *I confini della libertà. Per un'analisi politica delle migrazioni contemporanee*, Roma, Derive Approdi,

1.5 Donne in migrazione.

Nel presente paragrafo è nostro interesse delineare un discorso sociologico attorno la figura della donna che intraprende la migrazione con meta il nostro paese, per coglierne le peculiarità rispetto all'esperienza migratoria maschile. Questa necessità nasce, oltre che da una completezza del discorso che intendiamo sviluppare in queste pagine, anche dal fatto che più del 60% degli intervistati nel corso della nostra ricerca è donna e proveniente soprattutto dall'Europa Orientale (in particolare dall'Ucraina e dalla Moldavia).¹⁰¹ Descrivere l'esperienza migratoria di queste donne, come emergerà dalla ricerca empirica contenuta nella seconda parte dell'elaborato, diviene di conseguenza un elemento di arricchimento nell'analisi delle problematiche riguardanti la salute, le strategie per il suo mantenimento e per l'accesso ai servizi sanitari, nonché della loro specificità di genere.

L'utilizzo della dimensione di genere quale chiave di lettura per l'analisi e la comprensione del fenomeno migratorio, deriva dal ruolo centrale da esso giocato nella decisione di emigrare, nella composizione dei flussi migratori e nelle strategie migratorie. Inoltre da un punto di vista quantitativo, i flussi migratori femminili compongono la metà del flusso migratorio globale.

Anche in Italia stiamo assistendo al processo di femminilizzazione dei flussi migratori e la componente femminile rappresenta la metà dei cittadini stranieri regolarmente presenti.¹⁰²

Qui di seguito ci focalizzeremo sui caratteri della migrazione femminile ucraina in Italia tralasciando quella delle donne moldave. Le motivazioni di questa scelta sono sostanzialmente due: la prima è la mancanza di spazio necessario per trattare entrambe le migrazioni con una sufficiente ed esaustiva puntualità (anche in un'ottica comparativa), la seconda è la più ricca letteratura sociologica sulle migrazioni femminili ucraine che, per altro, hanno in Italia una rilevanza statistica maggiore di quelle moldave. Infatti, quella ucraina è la quarta presenza straniera in Italia (contando anche la componente neo comunitaria romena) con il 5,3% (di cui l'83,6% è composto da donne), mentre la Moldavia conta per il 2,7% (con un'incidenza femminile del 68,8%) nella totalità degli stranieri regolarmente residenti.¹⁰³ La particolarità della migrazione ucraina in Italia è quindi quella di essere sbilanciata dal punto di vista di genere.

Nell'analisi del fenomeno migratorio in questo lavoro si è privilegiata un'ottica che tenga

2004.

101 In questo paragrafo ci concentriamo sulle migrazioni femminili provenienti dall'Est Europa, con riferimento specifico alla nazionalità ucraina. Siamo consapevoli delle differenze nei percorsi migratori di queste donne derivati dalla diversa appartenenza nazionale. Altresì notiamo la comunanza che li caratterizza soprattutto riguardo alla condizioni vissute in Italia.

102 Vianello F. A., *Migrando sole: pratiche femminili di mobilità transnazionale tra Ucraina e Italia*, Tesi di dottorato di ricerca in sociologia dei processi comunicativi nella sfera pubblica

103 Caritas/Migrantes, XV Dossier Statistico *Immigrazione*, cit., pp. 92, 123.

costantemente presenti l'essere allo stesso tempo emigrato e immigrato degli attori sociali, poiché entrambe le esperienze sono fondamentali nel comporre e sviluppare l'esperienza migratoria.¹⁰⁴ E' per questo motivo che il nostro approfondimento sulle migrazioni femminili ucraine in Italia inizia con il descrivere, almeno nelle sue linee generali il contesto di emigrazione.

Al fine di comprendere le condizioni di vita attuali delle donne ucraine, con i relativi cambiamenti che ne hanno interessato la sfera pubblica e privata, dobbiamo necessariamente dar conto delle principali prerogative delle relazioni di genere della società sovietica.

Il regime sovietico declinava l'uguaglianza di genere nei termini di una partecipazione femminile al lavoro salariato a tempo pieno in alcuni settori occupazionali quali il commercio al dettaglio, l'istruzione, la sanità, la cultura e l'amministrazione, dove predominavano i bassi salari. Per consentire l'impiego occupazionale a tempo pieno delle donne lo Stato implementava una serie di politiche mirate a conciliare i compiti professionali con quelli familiari, per cui alle donne continuava ad essere affidato il compito di cura della famiglia. Il genere era quindi simultaneamente promosso nella retorica della maternità e negato nella retorica della partecipazione egualitaria al lavoro produttivo. Queste politiche occupazionali saranno soppiantate nel corso degli anni Settanta e Ottanta da politiche che avevano come obiettivo la spinta delle lavoratrici al ritorno al "focolare" domestico. Durante la *prerestrojka*, tagliare i costi della produzione attraverso la diminuzione di mansioni superflue, si traduceva in una politica di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle donne finalizzata a rilanciare i tassi di natalità, in costante diminuzione dagli anni Settanta e ad arginare la crisi della famiglia. Questo scenario sarà destinato a cambiare radicalmente dai primi anni '90 in poi.¹⁰⁵

Durante la transizione dall'economia di piano a quella di mercato nelle società dell'ex blocco sovietico le strutture politiche ed economiche vengono rimosse senza che ve ne siano altre atte a sostituirle. L'Ucraina, con la dissoluzione dell'Unione Sovietica alla quale era legata da un sistema economico interdipendente, viene attraversata da una profonda crisi economica. L'incremento dei prezzi causato dall'inflazione e dall'importazione sempre maggiore di prodotti stranieri a cui non corrisponde un allineamento salariale, ha impoverito ulteriormente la popolazione ucraina. L'impoverimento è avvenuto gradualmente fino al biennio 1997- 1998, anni in cui si è ulteriormente aggravato. Se nei primi anni Novanta, quindi, è ancora assicurata per i lavoratori ucraini quantomeno una sopravvivenza, dal 1997 la situazione economica delle famiglie è peggiorata ulteriormente, spingendo molte persone ad emigrare.¹⁰⁶

104 Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, cit.

105 Vianello F. A., *Migrando sole: pratiche femminili di mobilità transnazionale tra Ucraina e Italia*, tesi di dottorato in Sociologia dei Processi Interculturali e Comunicativi nella Sfera Pubblica

106 Locantore F., *Transizione al mercato e crisi demografica in Ucraina*, 2003, in: www.unifi.it/dpssec/sviluppo/doc/locantore03.pdf.

La trasformazione del sistema socio-economico ucraino ha comportato forti discriminazioni e disuguaglianze di genere; infatti uomini e donne sono stati diversamente colpiti dalle ristrutturazioni economiche ed occupazionali, con le relative possibilità di guadagno. Si è avviato un processo di espulsione della componente femminile dalla sfera pubblica nei termini sia di una loro espulsione dal mercato del lavoro, sia in quelli di un aggravio dei carichi di lavoro riproduttivo.

Inoltre, dopo il 1991, sulle donne ucraine si impone un processo di simbolizzazione che vede nel corpo della donna il simbolo della patria, dell'anti-comunismo e del ritorno "all'ordine naturale" attraverso l'utilizzo del *revival* religioso e dei valori presovietici; perciò l'uomo tenta di riappropriarsi del suo ruolo familiare all'interno della famiglia patriarcale.

Le donne ucraine hanno così visto cambiare radicalmente la propria vita durante gli anni '90; spesso la perdita dell'impiego ha comportato una ricollocazione lavorativa e di rimando l'elaborazione di una nuova identità sociale nel segno di un significativo peggioramento di status.¹⁰⁷

L'emancipazione lavorativa e la flessibilità a cui le donne ucraine erano state abituate, ha spinto molte di loro a considerare la possibilità di emigrare ossia di intraprendere un percorso che avrebbe cambiato radicalmente la loro traiettoria di vita, già profondamente modificata dalla grande trasformazione che aveva privato i cittadini e le cittadine ucraine delle loro sicurezze materiali e culturali. Pensiamo che la scelta della migrazione delle donne ucraine non debba essere interpretata utilizzando solamente la categoria della strategia familiare, poiché si metterebbero in ombra quegli aspetti che invece la costituiscono come un'affermazione di autonomia da parte delle donne. Più che altro alla linearità della scelta migratoria come scelta familiare, intendiamo proporre una prospettiva che la integri, arricchendo la prima ipotesi interpretativa con l'aggiunta di elementi quali tensioni e dissensi e la costruzione di coalizioni familiari basate su rapporti di genere gerarchici che influenzano in modo massiccio il progetto migratorio. Sono diverse quindi le ragioni che stanno alla base dei progetti migratori delle donne ucraine, andiamo a descrivere qui sotto i tre principali.¹⁰⁸

- L'emigrazione è una soluzione al reperimento o all'integrazione del reddito familiare crollato per la perdita del lavoro o per il mancato pagamento del salario a seguito della crisi economica. Questo primo caso è in effetti una strategia familiare che prevede l'emigrazione di un membro della famiglia per far fronte all'impoverimento della stessa.
- L'emigrazione è motivata con il desiderio di offrire un futuro migliore a figli e nipoti e la volontà di mantenere gli standard di vita familiare (sono molte le migranti pensionate e in migliori condizioni di salute rispetto ai coetanei maschi). I figli e i nipoti in questo caso non

107 Vianello F. A., *Migrando sole: pratiche femminili di mobilità transnazionale tra Ucraina e Italia*, cit.

108 Castagnone E., Eve M., Petrillo E. R., Piperno F., *Madri Migranti. Le migrazioni di cura dalla Romania e dall'Ucraina in Italia: percorsi e impatto sui paesi di origine*, Working Paper CeSPI 34/2007, marzo, pp. 13-20, 57-60; si veda inoltre Vianello F. A., *Migrando sole: pratiche femminili di mobilità transnazionale tra Ucraina e Italia*, cit.

sono bambini che devono nutrirsi in modo adeguato e andare a scuola, ma piuttosto sono maggiorenni che potrebbero mantenersi autonomamente. E' per evitare che questi giovani debbano emigrare all'estero imbattendosi nelle difficoltà del caso (con il rischio per le donne di cadere nella prostituzione coatta) che le madri e le nonne partono. Evitare la partenza dei giovani significa anche offrire loro l'opportunità di proseguire gli studi per evitare impieghi faticosi e scarsamente remunerati. La migrazione del familiare diviene una sorta di ammortizzatore sociale che consente non solo un periodo di studio più lungo, ma anche dei periodi di disoccupazione nella ricerca di buoni impieghi lavorativi; i giovani accettano volentieri di essere mantenuti dalle rimesse e si adagiano spesso su questi introiti, spesso indispensabili; i soldi aprono porte in genere chiuse e aumentano le prospettive di vita dei membri della famiglia

●Emigrare diventa un'opportunità per fuggire da un rapporto coniugale infelice. L'emigrazione viene vista così come una strategia per operare una separazione di fatto dal proprio coniuge, evitando le complicazioni di un divorzio (in Ucraina pratica legale e comunque non particolarmente soggetta a sanzioni sociali).

In misura minore poi le donne ucraine migrano per provare una nuova esperienza, per viaggiare e vedere un posto nuovo.

Per quanto concerne i flussi migratori della popolazione ucraina, le donne costituiscono tra il 30% e il 40% dell'intero flusso migratorio, e le loro principali destinazioni sono: Federazione Russa, Germania, Grecia, Italia, Polonia, Spagna. In questi paesi esse sono impiegate principalmente nelle aree urbane, dove l'erosione del *welfare state*, l'economia dei servizi e la polarizzazione dei redditi richiedono sempre più manodopera femminile, ma anche nelle aree rurali come operaie agricole.¹⁰⁹ In Italia le lavoratrici ucraine sono impiegate nel settore domestico, dove, secondo i dati Inps, rappresentano la componente maggioritaria sul totale degli stranieri assicurati nel settore in questione con il 20,3%, seguite poi dalle rumene (14,6%), delle filippine (13,4%), ecuadoriane (6,6%), polacche (6,5%) e peruviane (6%).¹¹⁰

L'inserimento delle donne migranti nel settore domestico è un processo che, iniziato più di trent'anni fa, ha subito un'impennata negli ultimi dieci anni. Negli anni Sessanta e Settanta inizia in Italia un processo di sostituzione delle lavoratrici domestiche italiane con quelle immigrate che allora provenivano da ex colonie italiane (Eritrea, Etiopia e Somalia), da Capo Verde, dalle Filippine e da alcuni paesi dell'America Latina.¹¹¹ Poi, a seguito della caduta dei regimi socialisti dell'Europa Sud-

109Sassen S., "Città globali e circuiti di sopravvivenza", in Ehrenreich B., Hochschild A. R., *Donne globali. Tate, colf e badanti*, cit., p. 237.

110Inps, Un fenomeno complesso: il lavoro *immigrato*, Roma, Coordinamento e Supporto attività connesse al Fenomeno Migratorio, 2007, p. 25.

111Andall J., *Gender, Migration and Domestic Service. The politics of black women in Italy*, Aldershot, England,

Orientale, il lavoro domestico è diventato il principale sbocco lavorativo anche per le migranti provenienti da questi paesi. L'assistenza domiciliare agli anziani è per certi versi un'evoluzione del profilo della collaboratrice familiare fissa, già diffusa da tempo nei maggiori centri urbani della penisola. Le così chiamate "badanti" assistono gli anziani durante gli ultimi anni della loro vita facendosi carico di un impegnativo lavoro di cura ed emotivo scarsamente retribuito e riconosciuto socialmente. Una recente ricerca ha stimato tra 700 mila e un milione il numero di assistenti domiciliari in Italia, di cui circa il 40% prive di permesso di soggiorno.¹¹² Tale importante presenza si colloca all'interno di un quadro segnato dalla mancata redistribuzione del lavoro di cura tra uomini e donne e l'impostazione familistica del *welfare* italiano, che privilegia i trasferimenti monetari alle famiglie piuttosto della fornitura di servizi. Ciò spinge le famiglie a ricorrere al *welfare* privato, reso economicamente accessibile, dalla fine degli anni Novanta in poi, dall'aumento dell'offerta di manodopera straniera a basso salario; in questo modo si è andato a costruire una sorta di *Welfare* "parallelo".¹¹³ Il lavoro domestico e di cura delle immigrate ha delle caratteristiche proprie: prima di tutto si tratta di un lavoro etnicizzato, segregato in base al genere e "sbiancato", nel senso che ad essere predilette sono le lavoratrici bianche e cristiane. In secondo luogo, il lavoro di cura si distingue per essere un lavoro "oscurato", relegato nella sfera privata e familiare e spesso ignorato dalla pubblica amministrazione, che è stata alleggerita dalla consistente questione relativa all'assistenza e alla cura degli anziani. L'invisibilità fa in modo che "il lavoro domestico salariato sommerso, svolto in nero, che offre opportunità di occupazione irregolare a chi, per qualche motivo, non può o non vuole lavorare regolarmente, dalla clandestina alla pensionata, allo stesso tempo, proprio per questo, può arrivare ad essere svolto in posizione di pesante sfruttamento o addirittura di schiavitù".¹¹⁴ Spesso infatti la coabitazione tipica di questa forma lavorativa, e quindi la possibilità di avere vitto e alloggio pensata dalle lavoratrici come vantaggiosa perché permette un incremento delle rimesse, viene scambiata con la dilatazione dei tempi di lavoro e la dedizione assoluta.¹¹⁵ Inoltre, la pretesa che le domestiche e le badanti straniere siano "a disposizione" in ogni momento non sembra derivare da uno stile padronale coercitivo ma dal giudizio molto diffuso sull'inferiorità delle donne straniere. "Se si è disposti a vivere in una condizione che nessun italiano accetterebbe mai, vuol dire che si è inferiori (per educazione, cultura ecc.) e quindi come tali si deve

Ashgate, 2000.

112 Quintavalla E., Il sostegno al lavoro di *cura delle donne immigrate*, in *Animazione Sociale*, Anno 35, n. 192, 2005, pp. 31-65.

113 Zanfrini L., *Sociologia delle migrazioni*, cit., p. 191.

114 Andall J., Sarti R., *Le trasformazioni del servizio domestico in Italia: un'introduzione*, *Polis*, XVIII, n. 1, 2004, pp. 5-16.

115 Il 33% di queste donne vive con i datori di lavoro e presta in media 59 ore di lavoro settimanale contro le 39 di chi non abita con l'assistito, inoltre il 21% delle donne in coabitazione non ha un giorno libero, mentre in genere il tempo di riposo dal lavoro si riduce ad un giorno alla settimana. Ricerca Iref-Acli, *Il welfare fatto in casa*, www.acli.it.

essere trattati”¹¹⁶. Nell'utilizzare queste parole non intendiamo certamente sostenere che tutti i datori di lavoro delle lavoratrici domestiche si macchino di comportamenti tirannici.¹¹⁷ Tuttavia, anche alla luce della debolezza intrinseca del settore lavorativo domestico, quanto a protezioni e tutele, ci sentiamo di affermare che episodi di sfruttamento siano frequenti, soprattutto quando le lavoratrici sono prive di permesso di soggiorno e/o lavorano in nero.¹¹⁸

Il lavoro domestico di cura è certamente un lavoro che prevede un'alta intensità anche in termini emotivi. Il lavoro incessante e prolungato nel tempo, unito allo sradicamento provocato dalla migrazione e dalla nostalgia per i familiari rimasti in patria compongono si mischiano, generando forte stress emotivo, ansie e depressioni. E' anche per questa ragione che il lavoro di cura in coabitazione è considerato esclusivamente un impiego di passaggio tipico della prima fase del percorso migratorio (se esso è di medio o lungo termine) o una breve parentesi di vita finalizzata alla veloce accumulazione di denaro. Nel primo caso, appena raggiunta la regolarizzazione, le migranti tendono ad abbandonare l'impiego in coabitazione per un impiego a ore presso famiglie o in imprese di pulizie che permette di avere una casa propria e di riappropriarsi del tempo libero e degli spazi relazionali. Un'altra strategia motivata all'accumulo di denaro e alla diminuzione del carico di lavoro e delle altre pesanti implicazioni dell'esperienza migratoria è inoltre la pratica della migrazione circolare.¹¹⁹

Le migrazioni femminili hanno importanti ripercussioni anche sulle relazioni familiari e i ruoli di genere, poiché la migrazione rende le famiglie transnazionali, ossia famiglie i cui membri vivono in due o più stati. Tali situazioni possono prolungarsi nel tempo fino a raggiungere alti livelli di staticità; infatti i figli riconoscono il sacrificio delle proprie madri, ma non vogliono raggiungerle in Italia, perché non intendono modificare al ribasso il proprio stile di vita, mentre i mariti non vogliono stravolgere la propria esistenza intraprendendo un percorso migratorio che li porterebbe inevitabilmente a mettere in discussione i ruoli di genere in ambito familiare; diventa quindi difficoltoso per queste donne attuare il “ricongiungimento femminile”.¹²⁰ Questi rivolgimenti interni all'ambito familiare sono così profondi che spesso accade che, anche nel discorso pubblico, la donna che emigra, ritenuta responsabile della “famiglia spezzata”, sia dipinta come una madre

116 Dal Lago A., Quadrelli E., *La città e le ombre. Crimini, criminali, cittadini*, p. 177.

117 Un altro elemento da tenere in considerazione nella nostra analisi è l'aspetto strutturale del lavoro di cura costituito dalla sovrapposizione di tempo di vita e di lavoro.

118 D'altra parte ci pare necessario proporre una riflessione sul carattere strutturale del lavoro di cura il quale si caratterizza per la sovrapposizione, talvolta completa, tra il tempo di vita e il tempo di lavoro delle donne in esso impiegate. Questa sovrapposizione induce i datori di lavoro a pretendere dalle donne migranti una disponibilità a lavorare pressoché continua poiché, dal punto di vista del datore di lavoro, l'inattività della lavoratrice equivarrebbe ad uno spreco di denaro impiegato per la sua retribuzione.

119 Vianello F. A., *La migrazione femminile romana in Italia*, in Gambino F., Sacchetto D., *Un arcipelago produttivo. Migranti e imprenditori tra Italia e Romania*, p. 71.

120 M. T. Bordogna, *La famiglia che cambia*, in Vicarelli G., *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Roma, EDS, 1994.

irresponsabile.¹²¹

Solitamente i figli vengono allevati da qualche familiare – i padri nei casi più fortunati o da altri parenti stretti femminili come nonne e zie – o in alternativa da altre donne pagate per farlo, riproducendo così quella catena globale della cura descritta da Arlie Russel Hochschild.¹²² Nel corso della migrazione, queste donne elaborano una nuova definizione del ruolo materno, che viene sviluppata attorno al compito di sostentamento economico, solitamente attribuito agli uomini. L'emigrazione è prima di tutto un atto d'amore per i propri figli, un sacrificio per garantire loro un futuro migliore ed evitare loro le pene dell'emigrazione. Tuttavia, esse non trascurano i compiti tradizionalmente materni e mettono in atto strategie per adempiere, nonostante la lontananza, alle responsabilità di cura specialmente sul piano della sicurezza emotiva. In questo senso le rimesse possono essere interpretate come surrogato della loro assenza. Tuttavia il nuovo impegno economico della donna all'interno della famiglia, che ancora una volta disegna una “doppia presenza” questa volta su scala transnazionale, non è solo un modo per dimostrare il proprio valore ma è anche un modo per incidere sulle decisioni familiari comportando l'inversione dei ruoli tradizionali all'interno della famiglia, e la perdita di potere genera negli uomini una certa frustrazione. Le donne migranti appaiono quindi come soggetti attivi di cambiamento sia rispetto alla società di origine che a quella di arrivo, dove negoziano con continuità il loro spazio di azione.

121 Gli aspetti qui descritti sono comuni anche tra le altre migranti provenienti dall'Europa Orientale. Riguardo alla figura della madre irresponsabile in Moldova si veda. Keough L. J., *Globalizing post-socialism: mobile mothers and neoliberalism on the margins of Europe*, Anthropological Quarterly, vol. 79, n. 3, 2006, pp. 431-461.

122 Hochschild A. R., Amore e oro, in Ehrenreich B., Hochschild A. R., *Donne globali. Tate, colf e badanti*, cit.

CAPITOLO 2

SALUTE E MIGRAZIONE,UNA RELAZIONE COMPLESSA

*Siamo arrivati muti
guerrieri senza spada
a disegnare il cielo
sul fango della strada.
(Maurizio Zannato)¹²³*

2.1 La normativa sul diritto alla salute dei migranti.

La normativa internazionale.

A livello internazionale, il diritto alla salute è garantito da un insieme di patti , dichiarazioni e convenzioni. Il primo documento in ordine di tempo è la *Dichiarazione dei diritti dell'Uomo*¹²⁴ del 1948. In particolare all'articolo 1 vi si legge che “ Tutti gli esseri umani nascono uguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza”. L'articolo 2 afferma che “ Ad ogni uomo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione senza distinzione alcuna per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione”. Gli articoli 13 e 14 trattano specificatamente della libertà di movimento degli esseri umani tra i vari stati nazionali. Il comma 2° dell'articolo 13 afferma: “Ogni individuo ha il diritto di lasciar qualsiasi Paese, incluso il proprio, e di ritornare nel proprio paese.” L'articolo 14 enuncia che “ Ogni individuo ha il diritto di cercare e godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni.” L'articolo 25 al coma 1° e 2° esplicita quanto segue: “Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ha il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.”

*Il patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*¹²⁵ del 1966 afferma all'articolo 12 che “Ogni straniero che vive nel nostro Paese ha diritto di godere delle migliori condizioni di salute

123 Zannato M., Marmaja., “Dai tetti di Tirana”, in *Il metro dell'età*, Al Magrib records, 2002

124 Approvata a New York il 10 dicembre 1948 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite.

125 Il patto, approvato il 16 dicembre 1966, entrato in vigore il 3 gennaio 1976, a metà del 2001 era stato ratificato da 144 stati.

fisica e mentale che sia in grado di conseguire”, ribadendo così il concetto di salute come diritto inalienabile degli individui. Tra gli strumenti che gli Stati devono utilizzare per raggiungere questo fine il 3° comma prevede “la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia.”

Un altro Atto internazionale di fondamentale importanza in tema di tutela della salute è costituito dalla *Dichiarazione di Alma Alta*¹²⁶ risalente al 1978 e che prevede come obiettivo principale quello della salute per tutti nel 2000. Tale dichiarazione non crea diritti ed obblighi diretti fra gli Stati, ma contiene norme programmatiche che saranno operative solo se sancite legislativamente nei singoli ordinamenti nazionali. La dichiarazione nel sesto punto fissa per la prima volta la definizione di assistenza sanitaria di base intesa come “quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione.” Inoltre al quarto punto definisce la salute come “un fondamentale diritto umano” e che “il conseguimento di un più alto livello sanitario possibile rappresenta un importantissimo traguardo sociale sul piano mondiale, la cui realizzazione esige l'intervento di molti altri settori sociali ed economici in aggiunta a quello sanitario.”

La *convenzione di New York sul diritto del fanciullo*¹²⁷ del 1989 riguardo alla salute dei minori sancisce all'articolo 24 che gli Stati sono obbligati a “riconoscere il diritto del minore a godere del migliore stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione”. Inoltre “Gli Stati Parte si sforzano di garantire l'attuazione integrale del summenzionato diritto ed in particolare adottano delle misure appropriate per assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie.”

Tra i trattati internazionali che a livello europeo sono rilevanti in tema di diritto alla salute menzioniamo: La *Convenzione europea dei diritti dell'uomo per la salvaguardia dei diritti e delle libertà fondamentali*¹²⁸ all'articolo 8 individua nella salute uno degli elementi fondamentali che permettano l'ingerenza della pubblica autorità al fine di proteggere gli interessi e i diritti della collettività.

126Essa è il risultato della conferenza internazionale sulla cura sanitaria primaria, approvata nella trentaduesima Assemblea mondiale della sanità e dall'Assemblea dell'ONU.

127Ratificata dall'Italia il 5 novembre 1991 e resa esecutiva con la legge n° 176 del 27 maggio 1991.

128E' un trattato internazionale elaborato dai consigli d' Europa. Firmata a Roma il 4 novembre 1950 e entrata in vigore il 3 settembre 1953, ha istituito la Corte europea dei diritti dell'uomo. E' stata modificata da 14 protocolli addizionali (l'ultimo nel 2004) e al 2007 è stata ratificata dai 47 membri del Consiglio d'Europa.

La *Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina*¹²⁹ del 1997 è Il primo accordo a livello internazionale che sancisce norme giuridiche a carattere vincolante per il settore della medicina. La convenzione all'articolo 3 (Accesso equo alle cure sanitarie) afferma “ Le parti prendono, tenuto conto della salute e delle risorse disponibili, le misure appropriate in vista di assicurare, ciascuna nella propria sfera di giurisdizione, un accesso equo a cure della salute di qualità appropriata. impegna gli Stati al rispetto della salute, alla luce delle risorse disponibili e senza discriminazioni ingiustificate.” La norma quindi non accorda diritti soggettivi ma obbliga gli stati, nel quadro della propria politica sociale, ad assicurare un giusto accesso alle cure sanitarie.

La Comunità europea già all'interno del suo *Trattato istitutivo*¹³⁰ prevede “Il conseguimento di un elevato livello di protezione della salute” (articolo 3), mentre il *Trattato di Maastricht*¹³¹, inserendo la sanità pubblica tra le materie della competenza concorrente della Comunità, all'articolo n°129 recita “La Comunità contribuisce a garantire un livello elevato di protezione della salute umana, incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione.” In questo modo la protezione della salute costituisce una componente delle politiche comunitarie, la Comunità quindi agisce nel settore della sanità pubblica con lo scopo di accrescere l'efficacia delle azioni degli stati membri in materia di sanità pubblica.

La normativa nazionale.

Passiamo ora ad una disamina secondo un criterio cronologico della normativa italiana in tema di assistenza sanitaria ai cittadini stranieri.

Nell'ordinamento giuridico italiano il diritto alla salute è sancito nella carta costituzionale che all'articolo 32 afferma: “La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Esso risulta importante per due motivi: il primo è che la salute viene tutelata dalla Repubblica Italiana in quanto diritto dell'individuo e non del cittadino italiano; ne consegue quindi che la tutela della salute in quanto diritto individuale possa essere estesa anche ai non cittadini. In secondo luogo l'importanza di questo articolo sta nel riconoscimento della gratuità delle cure mediche per gli indigenti e quindi estende la copertura sanitaria anche a chi non può permettersi di contribuire ad essa. Inoltre, stabilisce il medesimo articolo “i cittadini devono collaborare al mantenimento della salute, sia osservando i comportamenti richiesti nell'interesse collettivo, sia partecipando alle spese necessarie in rapporto alle loro diverse capacità contributive”.

La legge n° 833 del 1978 ha affrontato per la prima volta sul piano legislativo, la questione

129Ratificata dall'Italia e resa esecutiva con la legge n° 145 del 28 marzo 2001.

130 Il 25 marzo 1957 viene firmato a Roma il trattato istitutivo della Comunità economica europea .

131 Il 7 febbraio 1992, in Olanda, viene firmato il trattato di Maastricht, che entra in vigore il 1 Novembre 1993, con il quale nasce l'Unione Europea (UE). Il trattato è stato ratificato dai governi dei singoli paesi, cioè approvato dagli organi nazionali competenti. L'Italia lo ha ratificato il 29 Novembre 1992.

dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri. All'articolo 6, lettera a) si legge “ Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti: l'assistenza in Italia agli stranieri ed agli apolidi, nei limiti ed alle condizioni previste da impegni internazionali, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti;”

L'anno successivo, tramite il decreto legislativo n°663/79 (convertito nella legge 33/80) vengono determinate le condizioni generali e le modalità di accesso degli stranieri al servizio sanitario nazionale. Con queste norme viene posta in essere una distinzione tra gli stranieri risiedenti e quelli semplicemente presenti: gli stranieri che risiedono in Italia hanno facoltà di iscriversi al servizio sanitario nazionale, gli stranieri presenti sul territorio italiano sono invece beneficiari esclusivamente delle cure per determinate malattie, per infortunio, maternità.

Il riconoscimento della parità di diritti tra lavoratori italiani e lavoratori stranieri in regola, trova la sua enunciazione nella legge n° 943 del 1986. L'articolo 1 della legge recita “ La Repubblica italiana (...) garantisce a tutti i lavoratori extracomunitari e alle loro famiglie parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai lavoratori italiani. La Repubblica italiana garantisce, inoltre, i diritti relativi all'uso dei servizi sociali e sanitari (...), al mantenimento dell'identità culturale, alla scuola, alla disponibilità dell'abitazione, nell'ambito delle norme che ne disciplinano l'esercizio. Quindi, l'immigrato che si trova in posizione regolare gode, almeno teoricamente, degli stessi diritti sociali e sindacali dei lavoratori italiani.

L'insufficienza della normativa esistente si manifesta negli anni successivi, anche alla luce di un maggiore presenza di stranieri nel territorio italiano. Da qui la necessità di una nuova legge, maggiormente adeguata ai tempi: la legge n° 39 del 1990 conosciuta anche come “Legge Martelli” la quale intendeva perseguire due obiettivi dichiarati: 1) Dare risoluzione ai problemi connessi all'accoglimento di persone richiedenti, dello status di rifugiati, secondo quanto stabilito dalla Convenzione di Ginevra del 1951 e dal Protocollo di New York del 1967; 2) aggiornare le norme vigenti in materia di soggiorno nel territorio dello Stato utilizzando lo strumento della sanatoria, regolarizzare gli stranieri irregolarmente presenti. All'articolo 9 della legge era stabilito che : “ I cittadini extracomunitari e gli apolidi che chiedono di regolarizzare la loro posizione e che non hanno diritto all'assistenza sanitaria ad altro titolo, sono, a domanda assicurati al Servizio sanitario nazionale ed iscritti all'U.S.L. del comune di effettiva dimora.” Inoltre potevano accedere alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente i cittadini stranieri regolarmente presenti e residenti, che svolgevano un lavoro che dava titolo all'assicurazione obbligatoria contro la malattia (lavoratori autonomi, dipendenti o liberi professionisti). Gli stranieri regolarmente presenti erano iscritti obbligatoriamente al S.S.N. ed erano soggetti, per quanto riguarda l'onere

contributivo, alle disposizioni previste per gli italiani appartenenti alle stesse categorie. Inoltre per gli stranieri disoccupati l'articolo 4 stabiliva che: “ai disoccupati regolarmente residenti in Italia e iscritti nelle liste di collocamento, è valida l'equiparazione ai cittadini italiani non occupati, iscritti nelle liste di collocamento, per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata dal Servizio sanitario nazionale e al relativo onere contributivo”. Anche gli stranieri non assicurati a titolo obbligatorio potevano iscriversi al Servizio sanitario nazionale dietro un pagamento all'Inps di un contributo in base al reddito prodotto in Italia e all'estero e l'assicurazione sanitaria del capofamiglia era estesa ai familiari a carico. Anche gli stranieri non iscritti erano tutelati in caso di infortunio e maternità dietro pagamento di una retta di degenza. Per gli indigenti era possibile un intervento del Ministero dell'Interno.

Come abbiamo visto l'accesso alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale era consentito solo agli stranieri regolarmente presenti; a questa discriminazione si aggiungeva tuttavia l'obbligo per l'operatore sanitario di segnalare alle autorità di pubblica sicurezza, le persone amministrativamente non in regola con il permesso di soggiorno. In base alle disposizioni della legge 39/90 quindi, i rapporti che gli stranieri avevano con le strutture sanitarie e i diritti in materia di salute ad essi spettanti erano modulati in base: alla condizione giuridica, alla residenza, al paese di provenienza, alla condizione di rifugiato politico, alla condizione lavorativa. In generale, comunque questa normativa non realizzava una piena uguaglianza tra cittadini italiani e stranieri, né dal punto di vista assistenziale né da quello contributivo. Sul piano assistenziale ai cittadini stranieri erano negate le cure presso centri di altissima specializzazione nei paesi della comunità europea, previste unicamente per i cittadini comunitari (agli stranieri solo se apolidi o rifugiati in uno dei paesi firmatari). Sul piano contributivo invece, l'ineguaglianza di trattamento tra cittadini stranieri e italiani, si concretizzava nella definizione dell'aliquota contributiva: per i primi stabilita nel valore del 7,5%, per i secondi del 5%.¹³²

Il Decreto Legge n°489 del 18 novembre 1995 segna una svolta importante nell'assistenza sanitaria, soprattutto per gli stranieri che si trovano in posizione irregolare.¹³³ In esso infatti il diritto alla tutela della salute viene riconosciuto anche per gli stranieri e non solo per i cittadini italiani, secondo quanto affermato dall'articolo 32 della Costituzione che stabilisce che la tutela della salute in quanto diritto spettante agli individui possa essere estesa anche ai non cittadini. Per questo

132Non viene infatti modificato il contributo per malattia per gli stranieri stabilito nel 1986 con il DM 8/10/86 quando, con la legge 11/3/88, esso viene ridotto per tutti i cittadini italiani.

133“*Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione, ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea*”. Tale provvedimento verrà reiterato 5 volte dal novembre 1995 fino all'ultima versione datata 12/9/1996: Le ultime due versioni, modificate durante il governo Prodi, hanno subito sostanziali modifiche rispetto ai testi precedenti.

motivo l'articolo 13 del D.L. affermava che “ Agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva. E' altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza (...). L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni col cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza,¹³⁴ nonché le altre prestazioni individuate con decreto del Ministero della Sanità (...) nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando dove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali.” Il D.L. 489/95 stabilisce quindi: il diritto alla salute per tutti gli immigrati, sia regolari che irregolari; la possibilità per loro di accedere alle cure straordinarie e urgenti, ma anche a quelle essenziali, ordinarie e continuative; il diritto alla salute come un diritto individuale e non solo collettivo; il divieto per gli operatori sanitari di segnalare alle autorità di Pubblica Sicurezza chi non in regola con il permesso di soggiorno. In realtà i criteri di accesso, soprattutto per gli stranieri irregolari, sono ancora restrittivi. Infatti, il provvedimento tutela il diritto all'assistenza per alcune categorie di immigrati: donne in stato di gravidanza, minori, ammalati di malattie infettive o a rischio per i quali sono assicurati interventi ambulatoriali e ospedalieri in forma gratuita (o, come per i cittadini italiani, con pagamento del ticket dove previsto). Per quanto riguarda gli irregolari, essi, se da un lato hanno il diritto all'assistenza sanitaria ambulatoriale e continuativa, dall'altro devono pagare le tariffe (stabilite a livello regionale) per accedere alle strutture sanitarie. Inoltre i costi dei ricoveri ospedalieri degli stranieri irregolari (attuati tramite il codice di accesso alle strutture sanitarie S.T.P.: straniero temporaneamente presente) vengono addebitati agli utenti, mentre sono a carico delle Prefetture se i pazienti versano in una condizione di indigenza.¹³⁵ Se quindi questo provvedimento legislativo stabilisce dei criteri riguardo all'assistenza sanitari per gli immigrati in posizione amministrativa irregolare, rimane irrisolta la questione della loro accessibilità e dell'effettiva fruibilità del Servizio sanitario nazionale.

Questo tema verrà trattato specificatamente nella legge n°40 del 1998, poi integrata nel Decreto legislativo n° 286 del 15/7/1998 “ Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”. Una delle principali innovazioni

134 La tutela sociale della maternità e della gravidanza deve prevedere la tutela del minore, l'assistenza preventiva, finalizzata al controllo delle malattie infettive e diffuse, la diagnosi e la cura a livello ambulatoriale ed ospedaliero.

135 Anche se l'articolo 13 scompare dalla normativa italiana poiché il DL 489/95, non più reiterato, decade, i diritti acquisiti vengono salvati in un'ordinanza successiva datata 15/11/96 “*Prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti in Italia*” prorogata fino all'entrata in vigore della legge sull'immigrazione 40/98

apportate è stata la rimozione della residenza come requisito indispensabile ai fini dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale. Infatti in mancanza di residenza, il cittadino straniero è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistiti della A.S.L. dove ha effettiva dimora (indicata nel permesso di soggiorno). Inoltre, l'iscrizione al S.S.N. perde il carattere di annualità e rimane valida anche nel corso del rinnovo del permesso di soggiorno evitando così che i soggetti in attesa di rinnovo, pur lavorando e contribuendo al S.S.N., si vedano non riconosciuta la possibilità di essere assistiti se non dietro il pagamento per intero delle prestazioni ricevute. In specifico analizziamo gli articoli 34, 35 e 36 del Testo Unico sull'immigrazione contenuti nel titolo V “Disposizioni in materia sanitaria, nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e integrazione sociale”.

●**Articolo 34.** Questo articolo stabilisce l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale pressoché a tutti gli stranieri legalmente e stabilmente presenti in Italia, estendendo la possibilità di iscrizione anche a quei lavoratori disoccupati e ai familiari a carico (regolarmente soggiornanti in Italia) che precedentemente potevano iscriversi solo su base volontaria, dietro il pagamento di una tariffa annuale. I commi 1 e 2 definiscono le categorie dei destinatari dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale. Esse sono: “Gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro autonomo o subordinato o siano iscritti nelle liste di collocamento”(comma 1); “Gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano richiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa di adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.” (comma 2).

L'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale comporta, sempre secondo quanto stabilisce l'articolo 34, una “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.” L'iscrizione all' A.S.L. è valida per tutta la durata del soggiorno, e cessa solo per motivi di mancato rinnovo, revoca o annullamento dello stesso o per espulsione.

Inoltre coloro i quali non rientrano nelle categorie previste dai commi 1 e 2 dell'articolo 34, e hanno un permesso di soggiorno maggiore di 3 mesi sono tenuti ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità, stipulando un'apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o estero, valido sul territorio nazionale. Oppure possono iscriversi volontariamente al S.S.N. versando un contributo annuo, pari a quello previsto per

il cittadino italiano, tutelando in questo caso anche i familiari a carico.¹³⁶

●**Articolo 35.** Questo articolo stabilisce che per gli stranieri non in regola presenti nel territorio italiano sia posta una salvaguardia di carattere generale, ovvero vengano garantite le cure ospedaliere ed ambulatoriali urgenti o essenziali, anche se continuative, per malattia ed infortuni. Sono in particolare garantite: le tutele sociali della gravidanza, maternità, della salute del minore, le vaccinazioni, la profilassi internazionale e la cura delle malattie infettive (è quanto prevede il comma 3). Tali disposizioni, si collocano all'interno delle “norme che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia in base a trattati ed accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.”(comma 2). Il regolamento attuativo del T.U. (il D.P.R. 31 Agosto 1999, n° 394) prevede all'articolo 43 comma 3 che “ La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengano effettuate, nei limiti indicati dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, utilizzando un codice regionale a sigla STP (straniero temporaneamente presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3 del testo unico.”

Il comma 5 dell'articolo 35, stabilisce inoltre il divieto di segnalazione; si legge infatti: “L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.” Questa norma, ribadendo il divieto in vigore dal 1995, fa sì che si eviti una condizione di “clandestinità sanitaria” dannosa sia per il paziente straniero, sia per la tutela della salute della collettività.¹³⁷

L'aspetto del costo delle prestazioni sanitarie trova esplicitazione nel comma 4 che recita: “Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.” In questo caso è il Ministero dell'interno a rimborsare la ASL

¹³⁶L'ammontare di tale contributo è determinato con decreto dal Ministero della sanità in concerto con il Ministero del tesoro e non può essere inferiore al contributo minimo previsto dalle norme vigenti. Il contributo da corrispondere viene previsto per ognuno in base al reddito guadagnato nell'anno precedente in Italia o all'estero.

¹³⁷ Coluccia A. Mangia M.L. “Immigrazione e problematiche sanitarie con particolare riferimento alla relazione medico-paziente” in *Difesa sociale* anno LXXVIII n° 5 settembre/ottobre 1999. p.87

delle prestazioni erogate.¹³⁸

Cerchiamo ora di chiarire maggiormente l'utilizzo e la funzione del tesserino STP. Come più sopra abbiamo visto, l'articolo 35 stabilisce che la prescrizione e la registrazione delle prestazioni sanitarie nei confronti di stranieri extracomunitari presenti sul territorio italiano e non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno venga effettuata utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale, che identifica l'assistito. Il codice ha validità semestrale, è rinnovabile e viene assegnato solitamente dall'Azienda pubblica che per prima eroga le prestazioni.¹³⁹ Allo straniero in possesso del tesserino STP, che ha dichiarato lo stato di indigenza, le prestazioni vengono erogate gratuitamente; lo straniero non indigente paga invece interamente le prestazioni, secondo le tariffe stabilite dalla Regione. Le prestazioni sanitarie erogate riguardano: 1) le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio. Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza che ciò comporti pericolo per la vita o arrechi danno alla salute della persona. Per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie (di tipo diagnostico e terapeutico) concernenti patologie che non sono considerate pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero danneggiare la salute o mettere a rischio la vita del paziente. Per prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali si intendono le prestazioni urgenti di pronto soccorso e le prestazioni essenziali, ancorché continuative, erogate quando avviene il ricovero del paziente (compreso il ricovero diurno - day hospital), o quando la cura è effettuata a livello ambulatoriale. Viene inoltre riconosciuto il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, ossia viene assicurato all'assistito il ciclo terapeutico e riabilitativo completo.

- 2) Gli interventi di medicina preventiva e le prestazioni di cura collegate, per salvaguardare la salute individuale e collettiva. In particolare sono salvaguardati: la tutela della gravidanza e della maternità a parità di trattamento con le cittadine italiane, la tutela della salute del minore¹⁴⁰, le vaccinazioni (secondo la normativa vigente), gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei focolai. Sono salvaguardate in

138 Il comma 5 dell'articolo 43 del D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394 recita "La comunicazione al ministero dell'interno per le finalità di cui al comma 4, è effettuata in forma anonima, mediante il codice regionale STP di cui al comma 3, con l'indicazione della diagnosi, del tipo di prestazioni erogate e della somma di cui si chiede il rimborso."

139 Nella città di Bologna è prassi consolidata che il tesserino STP venga rilasciato dagli uffici dall'anagrafe sanitaria dietro richiesta delle strutture che in città sono abilitate a redigerla, tra cui anche l'associazione Sokos.

140 In esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989

modo particolare due categorie di pazienti: le donne in stato di gravidanza e i minori. La donna straniera irregolare in stato di gravidanza fruisce a parità dei cittadini iscritti al S.S.N., delle visite e delle prestazioni specialistiche. Lo stesso vale per i casi di interruzione volontaria di gravidanza. Inoltre, la donna straniera in stato di gravidanza o di puerperio può ottenere, dopo il parto, un permesso di soggiorno della validità di sei mesi e non può incorrere in espulsione.¹⁴¹ Per quanto concerne i minori invece è stabilito che i minori, in posizione irregolare di età compresa tra gli 0 e i 6 anni, hanno diritto alle cure mediche di base e specialistiche presso le strutture ospedaliere e territoriali; quelli con età superiore ai 6 anni, fino al compimento del diciottesimo anno di età, hanno diritto a tutte le prestazioni di primo livello mentre le prestazioni specialistiche possono essere fruite pagando il ticket, a parità dei cittadini italiani. Inoltre per gli stranieri in possesso del codice STP che si trovano in uno stato di tossicodipendenza o alcol dipendenza, possono essere previsti interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Con il codice STP lo straniero ha diritto ai farmaci e può recarsi in qualunque farmacia ad acquistarli come un qualsiasi altro cittadino italiano (e quindi con le stesse condizioni di partecipazione alla spesa). Le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie da parte dello straniero in possesso del tesserino STP sono conformi a quelle generali. L'accesso diretto, senza prescrizione medica, vale per tutte le prestazioni di medicina preventiva e per quelle di pronto soccorso; per le altre prestazioni è necessaria la prescrizione medica su ricettario regionale. L'ambulatorio o servizio al quale si rivolge per una prestazione sanitaria uno straniero non in regola e non ancora in possesso del tesserino STP, deve indirizzarlo ad una delle strutture in grado di rilasciare il tesserino.¹⁴²

A questo punto del nostro discorso diviene necessaria una precisazione riguardo al caso dei cittadini neocomunitari (bulgari e romeni). Infatti il primo gennaio 2007 Bulgaria e Romania sono entrate nell'Unione Europea. Questo evento ha comportato per i migranti rumeni e bulgari già irregolarmente presenti in Italia, la perdita del diritto di essere assistiti come STP, senza poter acquisire un titolo alternativo per il diritto all'assistenza. Di fatto molti cittadini romeni o bulgari che si trovano in una situazione di fragilità sociale (ad esempio disoccupati o lavoratori in nero) e per questo sprovvisti della tessera europea di assistenza malattia (Team), si sono visti

141 Secondo quanto stabilisce l'articolo 19, comma 2 lettera d del Decreto legislativo 286/98

142 Tuttavia anche nel corso della nostra ricerca sono stati riscontrati casi, fortunatamente non molto frequenti, in cui lo straniero che si era presentato al pronto soccorso sprovvisto del codice STP era sollecitato, se non versava in gravi condizioni, a farsi rilasciare il codice dalle strutture preposte.

negare l'assistenza sanitaria anche in situazioni delicate come la gravidanza. Solo nel febbraio 2007 una circolare del Ministero dell'Interno, ripresa dal Ministero della Salute, ha prorogato la possibilità di rinnovo per tutto il 2007 del tesserino STP a favore di coloro che ne erano già in possesso nel 2006 e limitatamente a soggetti senza altro titolo all'assistenza sanitaria.¹⁴³ Un'ulteriore circolare del Ministero della Sanità (agosto 2007) finalizzata a precisare i percorsi di e le procedure di copertura sanitaria dei comunitari, non ha tuttavia chiarito definitivamente la situazione dei cittadini stranieri neocomunitari in condizione di fragilità sociale (disoccupati, donne in gravidanza, rom, minori non accompagnati), rendendo la loro posizione altamente dipendente dalla discrezionalità amministrativa nell'applicazione delle politiche a livello locale.¹⁴⁴

- **Articolo 36.** Il presente articolo rappresenta la novità più saliente perché prevede l'ingresso e il soggiorno al solo fine di cure mediche, anche se in realtà i criteri previsti sono molto restrittivi e quindi i vantaggi derivanti dalla sua applicazione sono estensibili ad un ristretto numero di persone. L'articolo 36 stabilisce il rilascio di un permesso di soggiorno, rinnovabile, che ha durata pari a quella presunta del trattamento terapeutico. L'articolo stabilisce infatti: “Lo straniero che intende ricevere cure mediche in Italia e l'eventuale accompagnatore possono ottenere uno specifico visto di ingresso ed il relativo permesso di soggiorno.”(comma 1) e “ Il permesso di soggiorno per cure mediche ha una durata pari alla durata presunta del trattamento terapeutico ed è rinnovabile finché durano le necessità terapeutiche documentate” (comma 4). Perché si verifichi questa condizione lo straniero che intende ottenere l'ingresso e il soggiorno per cure mediche deve adempiere ad una serie di obblighi che rendono molto difficoltoso l'ottenimento di questo documento e di conseguenza ne rendono la fruizione altamente selettiva, ad esempio perché occorre depositare una somma di denaro a titolo cauzionale, dimostrando così la capacità contributiva di spesa per le prestazioni sanitarie richieste, e documentare la disponibilità in Italia di vitto e alloggio sia per l'accompagnatore che per il paziente durante il periodo previsto per la sua convalescenza. Il comma 1 prevede infatti che “A tal fine gli interessati devono presentare una dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data

143 Geraci S., “Gli immigrati nel sistema salute Italiano”, in Caritas/Migrantes, *VXI Dossier Statistico Immigrazione*, Roma, IDOS, 2006, p.106

144 Anche l'Associazione Sokos, considerata l'ambiguità e la scarsità di disposizioni provenienti dall'USL di Bologna in merito al trattamento dei cittadini neocomunitari precedentemente irregolari, si è trovata impreparata a trattare questo tipo di casi. Data la situazione, quindi, i medici di Sokos hanno potuto solo visitare questi pazienti e prescrivere loro esclusivamente i farmaci disponibili nella farmacia dell'ambulatorio, senza poter rilasciare ai migranti la richiesta per l'attivazione del tesserino STP.

di inizio della stessa e la durata presunta del trattamento terapeutico, devono attestare l'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale, tenendo conto del costo presumibile delle prestazioni sanitarie richieste, secondo le modalità stabilite dal regolamento di attuazione, nonché documentare la disponibilità in Italia di vitto e alloggio per l'accompagnatore e per il periodo di convalescenza dell'interessato.”

Terminiamo la trattazione della normativa nazionale esponendo brevemente alcuni commenti critici su di essa.¹⁴⁵ Nel riprendere quanto detto a proposito dell'articolo 32 della Costituzione italiana, ossia che la salute viene tutelata dalla Repubblica Italiana in quanto diritto dell'individuo e non del cittadino italiano e quindi esteso anche ai non cittadini anche in base al principio gratuità delle cure mediche per gli indigenti, viene messo in luce da alcuni autori che la salute del migrante viene presa in considerazione soltanto indirettamente. Ciò significa che non sarebbe la salute del migrante in quanto tale a rappresentare l'oggetto delle azioni di politica sanitaria, poiché essa sarebbe presa in considerazione solo indirettamente in quanto mero riflesso dell'identificazione del cittadino italiano che vedrebbe in essa una potenziale fonte di pericolo per la salute della popolazione autoctona. Inoltre, su quanto previsto in tema di forniture di cure per i migranti regolari ed irregolari (articoli 34 e 35 del Testo Unico sull'immigrazione), si assiste al verificarsi spesso di comportamenti difformi da parte dei gestori dei servizi sanitari che causano una non uniformità nelle modalità di accesso e fruizione dei servizi da parte dei migranti. In particolare sembra essere elevato il grado di discrezionalità nell'interpretazione e conseguentemente nell'applicazione della normativa vigente da parte degli uffici periferici.¹⁴⁶ L'interpretazione di questo fenomeno viene fatta risalire alla pesante influenza esercitata dalla rappresentazione sociale del migrante che, soprattutto se irregolare, è dipinto come qualcuno che si appropria indebitamente delle “scarse” risorse del *welfare*. Ad essa si aggiunge l'ignoranza della normativa, spesso riscontrata nelle pratiche attuate dagli operatori sanitari, specialmente a livello amministrativo e che influisce ugualmente sulle modalità concrete di relazione tra utente migrante e operatore dei servizi.¹⁴⁷

L'osservatorio epidemiologico delle diseguaglianze delle Marche (ARS Marche) individua ulteriori criticità che, a fronte di una legislazione di tutela della salute contenente elementi di equità e il riconoscimento del diritto universale alla salute, rischiano di invalidare la normativa specie per quei gruppi di migranti più marginali, quelli privi di permesso di soggiorno. Alcuni ostacoli alla piena

145 Alcuni dei nodi problematici qui individuati, saranno oggetto di riflessioni più approfondite nel corso della seconda parte di questo lavoro.

146 Tale discrezionalità può essere anche letta, a ragione, come l'inevitabile corollario della frammentazione delle politiche di welfare.

147 Cardamone G., Bracci F., *Presenze, migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2005. pp. 21-22

realizzazione della tutela della salute dei migranti sono: atteggiamenti di xenofobia e di razzismo e diffusione di sentimenti di paura e pregiudizio verso gli stranieri, che coinvolgono anche gli operatori sanitari; la rigidità burocratica e organizzativa e la complessità del funzionamento dei servizi; la mancanza di conoscenza, da parte degli immigrati, dei loro diritti. Il processo di aziendalizzazione (leggi di riforma sanitaria 502/92 e 517/93) che, con il fine dichiarato di ottimizzare l'impiego delle risorse sanitarie, in un'ottica di contenimento dei costi ha di fatto ridotto l'accessibilità ai servizi sanitari, l'attenzione alla prevenzione, la capacità dei servizi di prendere in carico la persona malata e ha peggiorato l'aspetto della relazione con il paziente. Per questo motivo alcune pratiche mediche quali l'educazione alla salute, la medicina preventiva, l'assistenza sanitaria e la riduzione dei fattori di rischio per chi vive in condizioni marginali e di povertà, non vengono considerate come un investimento per il benessere di tutta la collettività, ma soltanto un ulteriore aumento della spesa sanitaria e quindi vengono ridotte drasticamente.¹⁴⁸

La legislazione regionale.

La Regione Emilia-Romagna, nell'esercizio delle proprie competenze secondo quanto stabilito dall'articolo 117 della Costituzione italiana, ha legiferato in materia di immigrazione promulgando la legge regionale n° 5 del 24 marzo 2004 dal titolo “ Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati” alla quale si aggiunge il Programma triennale di integrazione sociale.¹⁴⁹

La legge regionale sull'immigrazione si caratterizza sostanzialmente per essere un testo di attuazione di quanto disposto all'articolo 3 comma 5 del Testo Unico sull'immigrazione che recita: “Nell'ambito delle rispettive attribuzioni e dotazioni di bilancio, le regioni, le province, i comuni e gli altri enti locali adottano i provvedimenti concorrenti al perseguimento dell'obiettivo di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono il pieno riconoscimento dei diritti e degli interessi riconosciuti agli stranieri nel territorio dello Stato, con particolare riguardo a quelli inerenti all'alloggio, alla lingua, all'integrazione sociale, nel rispetto dei diritti fondamentali della persona umana”. In particolare con la legge regionale trova attuazione quanto contenuto nel titolo V del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 intitolato *Disposizioni in materia sanitaria, nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e sociale*.

Qui di seguito prenderemo in esame quelle parti della normativa regionale che trattano

148 Ars Marche, *Osservatorio epidemiologico delle diseguaglianze*, www.ars.marche.it

149Dall'anno 2004 la programmazione regionale in materia di immigrazione è confluita nei piani sociali di zona previsti dalla legge nazionale 328/2000. Inoltre, la legge 5/2004 prevede all'articolo 3.4 la costituzione dell'*Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio*.

dell'integrazione socio-sanitaria degli stranieri presenti sul territorio regionale.

Evidenziamo innanzitutto che l'obiettivo esplicitamente dichiarato dalla legge regionale è quello della “ (...) costruzione di una società multiculturale”, così come riportato nell'articolo 1 comma 2 nei principi e finalità della legge. Nell'enunciare i suoi principi generali inoltre, la legge 5/2004 stabilisce che la Regione Emilia-Romagna “ (...) concorre alla tutela dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea e degli apolidi, presenti nel proprio territorio, riconoscendo loro i diritti fondamentali della persona umana previsti dalle norme di diritto interno, dalle convenzioni internazionali in vigore e dai principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti.” All'interno dell'articolo 1 possiamo riscontrare una visione allargata dei destinatari del provvedimento, che nell'articolo successivo viene tuttavia immediatamente ristretta ai soli destinatari stranieri regolarmente soggiornanti. L'articolo 2 recita infatti: “Destinatari degli interventi previsti dalla presente legge sono i cittadini di stati non appartenenti all'Unione europea, i rifugiati, nonché gli apolidi, *regolarmente soggiornanti* ai sensi della vigente normativa, residenti o domiciliati nel territorio della Regione Emilia-Romagna, salvo quanto previsto dagli articoli successivi. Detti destinatari sono di seguito indicati come cittadini stranieri immigrati. La legge si applica anche ai richiedenti asilo, fatte salve le competenze dello Stato.”

In tema di assistenza sanitaria la legge 5/2004 si conforma a quanto stabilito dagli articoli 34 e 35 del Testo Unico e alle specificazioni contenute nella circolare n.5/2000 del Ministero della Sanità. Infatti il comma 1 dell'articolo 13 prevede che “ Ai cittadini stranieri immigrati, che siano nelle condizioni previste agli articoli 34 e 35, comma 1, del Testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, sono garantiti gli interventi riguardanti le attività sanitarie previste dai livelli essenziali di assistenza, nei termini e nelle modalità disciplinati dalle suddette norme nazionali.” Particolare attenzione è riservata alla tutela delle donne in stato di gravidanza e dei minori secondo quanto previsto dalle norme nazionali ed internazionali. “Alle donne immigrate è garantita la parità di trattamento con le cittadine italiane e la tutela sociale ai sensi della legislazione sui consultori familiari, promuovendo e sostenendo servizi socio-sanitari attenti alle differenze culturali. È altresì garantita la tutela del minore, di età inferiore a diciotto anni, in conformità ai principi stabiliti dalla Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989 e ratificata con la legge 27 maggio 1991 n 176.” (articolo 13 comma 2). Il comma 3 del già citato articolo 13 tratta dell'assistenza sanitaria destinata ai migranti non in regola con il permesso di soggiorno, la quale anche a livello regionale si conforma a quanto stabilito dalla normativa nazionale infatti “La Regione assicura nei confronti dei cittadini stranieri immigrati, non in regola con il permesso di soggiorno, in particolare, le prestazioni sanitarie di cura ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, e gli interventi di medicina

preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate a salvaguardia della salute individuale e collettiva, e promuove interventi di prevenzione e riduzione del danno rispetto ai comportamenti a rischio.” Quest'ultima proposizione denota uno scostamento in senso positivo dalla legislazione nazionale perché prevede degli interventi specifici di contrasto a situazioni di abuso di alcool o consumo di sostanze stupefacenti.

La legge regionale prevede inoltre una particolare attenzione al tema dell'accesso ai servizi sanitari che tende a favorire ricorrendo, attraverso le Aziende sanitarie, a pratiche di informazione destinate ai cittadini stranieri sostenute da interventi di mediazione culturale. Infatti, all'articolo 13 comma 3 si legge “La Regione promuove, anche attraverso le Aziende sanitarie, lo sviluppo di interventi informativi destinati ai cittadini stranieri immigrati ed attività di mediazione interculturale in campo socio-sanitario, finalizzati ad assicurare gli elementi conoscitivi idonei per facilitare l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari.” L'idea sottesa a tale provvedimento quindi è quella che una migliore conoscenza da parte dei cittadini stranieri dei servizi sanitari dislocati nel territorio, quanto alle loro funzioni e alle modalità di utilizzo più appropriate, possa agevolarne l'accesso.

Questi temi trovano ulteriore specificazione all'interno del “ Programma triennale 2006-2008 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri” approvato secondo quanto stabilisce il comma 2 della L.R. 5/2004.¹⁵⁰

Il Programma triennale nel paragrafo 19 intitolato “Sanità” evidenzia come i cambiamenti nella stratificazione della popolazione straniera¹⁵¹ comportino la necessità di un riorientamento in un'ottica interculturale dei servizi sanitari offerti ai pazienti stranieri in termini di accesso, fruizione, rapporto con gli operatori, tenendo conto delle esperienze già in atto nelle Aziende Sanitarie regionali. Gli ambiti distrettuali sono i luoghi in cui sono garantite le prestazioni sanitarie secondo quanto prevedono le norme nazionali e regionali. All'interno degli ambiti distrettuali le azioni di sostegno sociale rivolte ai migranti devono coinvolgere il maggior numero di soggetti pubblici e privati, particolarmente le associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali e organizzazioni non governative, nell'ottica quindi di una sussidiarietà di tipo orizzontale¹⁵² atta a pervenire a una migliore integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali.

Il Programma triennale individua una questione problematica nell'accesso e nella fruibilità dei

150 “Il Consiglio regionale approva: su proposta della Giunta, il programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati, comprensivo delle iniziative di attuazione della presente legge. Tale programma, formulato sentite la Conferenza Regione-Autonomie locali e la Consulta regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati, di cui all'articolo 6, e tenendo conto dell'attività di osservazione del fenomeno migratorio di cui al successivo comma 4, nonché delle indicazioni contenute nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali previsto all'articolo 27 della legge regionale 2 del 2003 definisce le linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi per l'immigrazione di cui ai capi III e IV della presente legge.”

151 Tali cambiamenti sono stati oggetto di analisi all'interno di questo scritto ai paragrafi 1.1 e 1.4.

152 Per sussidiarietà orizzontale si intende una relazione di tipo collaborativo tra la società civile e le istituzioni. A riguardo si veda Colozzi I., *Le nuove politiche sociali*, Roma, Carocci, 2003 pp. 57-68.

servizi e sanitari dei cittadini stranieri, particolarmente riguardo al Pronto Soccorso. Infatti, “ (...) Emerge, ad esempio, da rilevazioni effettuate in alcune realtà del territorio nazionale, che la percentuale di cittadini stranieri iscritti al S.S.N., pur avendone la possibilità giuridica, risulta non particolarmente elevata.”¹⁵³ Perciò vi è la necessità di mettere in campo azioni che mirino a orientare ed informare i cittadini stranieri. In particolare viene evidenziato come la nascita, la cura e il percorso di crescita dei figli siano occasioni di incontro con i servizi e siano perciò ambiti privilegiati di interventi preventivi e di integrazione reciproca. Da qui la particolare attenzione dedicata agli “ (...) interventi di assistenza per la gravidanza, assistenza pediatrica e di base, vaccinazioni, che costituiscono uno dei motivi più frequenti di utilizzo dei sistemi sanitari.”¹⁵⁴ In relazione all'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle donne migranti, il Programma sottolinea come vi sia un notevole ricorso all'interruzione della gravidanza e una elevata frequenza di aborti ripetuti. Questo fenomeno dimostra l'esigenza di agire in un'ottica transculturale per produrre strumenti informativi idonei a rendere consapevole la gestante dei propri diritti in tema di: tutela sociale della maternità, tutela del lavoro e sulle azioni promosse da enti locali e del privato sociale;¹⁵⁵ inoltre si provvede a produrre un'informazione che abbia come oggetto un'efficace pratica contraccettiva e si applicano politiche di gratuità attraverso la presa in carico della donna.

Secondo quanto previsto dal Programma triennale, la salute dei cittadini stranieri va tutelata principalmente mettendo in campo delle azioni che¹⁵⁶:

1. Garantiscano la protezione dalle malattie infettive attraverso: l'offerta attiva delle vaccinazioni previste, la sorveglianza delle infezioni endemiche nei paesi di origine al momento dell'immigrazione o per particolari condizioni di vita e gli interventi di profilassi e controllo conseguenti, la prevenzione (attraverso vaccinazione, chemiopprofilassi e informazione/educazione) delle infezioni endemiche o epidemiche nei paesi d'origine in caso di ritorno transitorio o definitivo. Queste prassi mediche considerano il migrante come una persona particolarmente esposta, per provenienza geografica o per particolari condizioni di vita, a specifiche patologie e per questo da tenere sotto controllo anche alla luce di una possibile mobilità pendolare del migrante tra il paese di emigrazione e quello di immigrazione.
2. Promuovano e facilitino l'accesso ai servizi dedicati all'utenza rappresentata dai cittadini stranieri. L'esempio riportato è quello de “Gli spazi per donne immigrate ed i loro bambini”.
3. Facilitino, come visto in precedenza, l'accesso ai servizi distrettuali (specialmente i

153 *Programma triennale 2006-2008 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri*. p. 42 [www.regione](#)

154 *Ibidem*.

155 Così come prevede la legge 194/1978

156 *Programma triennale 2006-2008 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri*. p. 43 [www.regione](#)

Consultori Familiari e i percorsi di pediatria distrettuale).

4. Formino gli operatori all'accoglienza e all'assistenza alla multiculturalità, soprattutto in quei servizi dove è maggiore l'affluenza e l'accesso dei pazienti stranieri, con il fine di migliorare l'interazione con questi pazienti e di capirne più adeguatamente le richieste di cura.
5. Valorizzino, come già dichiarato negli intenti del Programma, le competenze e le esperienze delle organizzazioni del terzo settore in tema di cure destinate ai cittadini stranieri.
6. Assicurino l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri iscritti al S.S.N. Per gli immigrati che non risultino in regola con il permesso di soggiorno, si provvede invece al rilascio del tesserino sanitario per stranieri temporaneamente presenti (STP) che assicura loro prestazioni sanitarie di tipo preventivo a carattere urgente. Accanto al rilascio del codice STP sono previste inoltre azioni informative multilingue per consentire ai cittadini stranieri una migliore conoscenza, e quindi capacità di utilizzo, dei servizi sanitari.
7. Prestino attenzione al tema degli infortuni sul lavoro soprattutto attraverso: la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali supportando le attività dei medici competenti e dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione presenti all'interno delle aziende; il favorire l'aumento dei controlli, di attività di monitoraggio nei cantieri edili e negli altri luoghi lavorativi dove risulta considerevole la presenza di lavoratori stranieri.

2.2 La salute dei migranti.

Muoviamo le nostre considerazioni riguardo alle condizioni di salute dei migranti in Italia dall'analisi dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri, consapevoli che il ricovero ospedaliero costituisce, per il suo essere grave e non rinviabile, un evento particolare rispetto alla molteplici necessità di cura degli individui. Le informazioni ricavate dai dati sui ricoveri mostrano quindi solamente un isolato episodio assistenziale rispetto all'intero percorso di assistenza potenzialmente fruibile, tuttavia rappresentano una base molto ampia di dati da cui iniziare un ragionamento intorno allo stato di salute dei migranti.

Secondo lo studio recentemente pubblicato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) intitolato *I ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia*¹⁵⁷ veniamo a conoscenza che i ricoveri dei cittadini stranieri nell'anno 2004 sono stati circa 415.000 (306.650 in ricovero ordinario e 108.572

¹⁵⁷Questo studio, che riporta diverse elaborazioni tratte dal flusso dei dati delle schede di Dimissione ospedaliera (sdo) relative all'anno 2004, analizza gli episodi di ricovero, sia esso in regime ordinario e di day hospital, disaggregandoli per ordine di degenza. Questa metodologia non priva i dati di errori derivanti dalle attribuzioni dei ricoveri effettuati. La sintesi dei risultati di quest'indagine è pubblicata e commentata in Marceca M., *La Salute in Fondazione Ismu, Dodicesimo rapporto sulle migrazioni 2006*, Milano, Franco Angeli, 2007. p. 149

in *Day Hospital*). Di questi ricoveri, il 39,6% ha riguardato cittadini provenienti da paesi europei non appartenenti all'UE di cui il 26,8% sono i migranti africani, gli asiatici ricoverati sono stati il 13,3%, mentre gli immigrati provenienti dal continente americano (America centro-meridionale), sono stati il 12,8%. Il 2,3% dei ricoveri ha riguardato invece i cittadini apolidi, mentre lo 0,1% sono stati i ricoverati provenienti dall'Oceania, mentre i ricoveri che hanno interessato i cittadini stranieri comunitari sono stati il 5% del totale. Rispetto alla distribuzione geografica dei ricoveri invece, lo studio dell'ASSR mostra che la prevalenza dei ricoveri ospedalieri spetta al Nord Ovest (36%); nel Centro Nord sono il 22%, il 18% nel Centro Sud, il 15,5% nel Nord Est e solamente l'8% nel Sud e nelle Isole.¹⁵⁸

Da un punto di vista economico i ricoveri dei cittadini stranieri incidono per il 2,79% sulla spesa nazionale complessiva per i ricoveri (la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale è del 2,51%) mentre i costi riguardanti i ricoveri degli stranieri non regolari, e quindi dotati di codice STP, incidono per lo 0,34% della spesa complessiva, e per lo 0,19% della spesa a carico del sistema sanitario nazionale. E' utile precisare infine che la spesa ospedaliera incide complessivamente per il 34,05% sulla spesa sanitaria nazionale corrente annua.¹⁵⁹ Quanto invece al rapporto tra risorse economiche di finanziamento immesse dai migranti nel sistema sanitario e risorse attinte, studi specifici rivelano che gli stranieri danno più di quanto consumino in termini di risorse monetarie contribuendo così al finanziamento del S.S.N..¹⁶⁰

Considerazioni ulteriori vanno fatte in merito all'indicatore epidemiologico rappresentato dal tasso di ospedalizzazione (numero di ricoveri ogni 1000 persone presenti).¹⁶¹ Ciò che questo indicatore epidemiologico mette in evidenza è che il tasso di ospedalizzazione dei cittadini stranieri, riferito ai cittadini stranieri maggiorenni dei Pfp (paesi a forte pressione migratoria) è più basso di quello dei cittadini italiani. Questa differenza è particolarmente evidente per gli uomini stranieri il cui tasso di ricovero in regime ordinario è di 123,5 per mille mentre per i residenti italiani è del 160,1 per mille (rispettivamente il 43,4 per mille contro il 67 per mille in caso di *Day Hospital*). Per le donne osserviamo invece divari più contenuti: il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario per le donne straniere è di 160,1 per mille contro il 161,3 per mille, per le residenti (in regime di *Day*

158Ibidem. pp. 150-151

159 Geraci S., "Gli immigrati nel sistema salute Italiano", in *Caritas/Migrantes, V XI Dossier Statistico Immigrazione*, Roma, IDOS, 2006 p. 108

160I maggiori contributi al finanziamento del S.S.N. arrivano da due imposte pagate da pressoché tutti i soggetti presenti in Italia: l'IRAP e la compartecipazione dell'IVA (quest'ultima pagata da tutti, irregolari compresi). De Gaetano A., Geraci S., "Costi e benefici dell'assistenza sanitaria agli immigrati: prime ipotesi e considerazioni", in *VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati p. 498

161 Come sottolinea L'ASSR, nel confronto con il dato nazionale bisogna tenere presente la diversità della struttura demografica italiana nella quale la componente anziana ha un peso molto maggiore, mentre tra i cittadini stranieri l'età media è inferiore ai 35 anni. Infatti il 67% dei ricoveri si riferisce ai cittadini tra i 15 e i 44 anni. (Ismu p. 153)

Hospital questa valore è rispettivamente il 70 per mille, contro il 74 per mille). E' bene specificare a riguardo dei ricoveri femminili che, togliendo dal conteggio quelli riguardanti la salute riproduttiva (parti naturali, complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio), il divario tra le due categorie si accentua passando al 108,3 per mille per le donne straniere e al 128,6 per mille per quelle italiane. Inoltre, sempre a riguardo della componente femminile, i dati indicano una forte differenza di genere sia nei ricoveri ordinari che in quelli in day Hospital (rispettivamente il 62% e il 71% del totale delle dimissioni di cittadini stranieri).¹⁶²

Ulteriori riflessioni sulle condizioni di salute dei migranti in Italia muovono a partire dai dati sulle cause dei ricoveri in ospedale. Le cause più frequenti di ricovero per i maschi sono i traumatismi (25,9%), le malattie dell'apparato digerente (13,8%), le malattie a carico del sistema circolatorio (9,4%) e quelle dell'apparato respiratorio (8,2%). Queste percentuali risultano generalmente per gli stranieri più basse rispetto a quelle che riguardano gli italiani. Le eccezioni riguardano i traumatismi (16,6 per mille persone per gli stranieri, contro 14,8 per gli italiani) e le malattie infettive e parassitarie. Per le donne il 56,6% delle dimissioni riguarda i parti naturali e le complicazioni delle gravidanze, del parto e del puerperio. Se si esclude questa motivazione di ricovero, le cause più frequenti concernono le malattie del sistema genito-urinario (16,8%), quelle dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%). Come per gli uomini, anche per le donne straniere, le cause di ricovero presentano percentuali più basse rispetto a quelle delle donne italiane ad esclusione delle malattie infettive e parassitarie che invece colpiscono in misura maggiore le donne immigrate. Inoltre, rispetto al 2003, nel 2004 si registra un leggero incremento dei tumori per maschi e femmine e delle malattie del sistema cardio-circolatorio per i maschi, confermano una tendenza presente già da qualche anno che indica un viraggio epidemiologico verso malattie più comuni della nostra società da imputare sia all'invecchiamento progressivo della popolazione straniera, sia all'acquisizione di stili e abitudini di vita che portano con sé specifici fattori di rischio. Concludiamo evidenziando che l'elevata frequenza dei ricoveri per traumatismi, imputabili all'elevato numero di incidenti lavorativi in particolare se si tratta di lavoro nero, e quella delle malattie infettive (che sono quasi il doppio nei migranti rispetto ai residenti) denotano delle aree di criticità sanitarie specifiche dei cittadini stranieri. Nel caso dei traumatismi, è stato dimostrato che il differenziale di rischi di infortuni è per gli stranieri è più del doppio rispetto a quello che riguarda i lavoratori italiani: infatti tra i lavoratori italiani si riscontra un infortunio ogni 25 persone, mentre tra gli stranieri extracomunitari si verifica un infortunio ogni 10 persone al lavoro. L'incidenza degli infortuni, rapportati alla popolazione straniera occupata, oscilla da un minimo di 6,6 infortuni ogni

162 Geraci S., "Gli immigrati nel sistema salute Italiano", in Caritas/Migrantes, *VXI Dossier Statistico Immigrazione*, cit. p. 110

100 lavoratori ad un massimo di 9,6. Per gli italiani questo valore viene calcolato in 4,2%.¹⁶³

I dati sui ricoveri dei pazienti stranieri portano alla luce un quadro della salute dei migranti che vede intrecciarsi profondamente patologie sofferte e fragilità sociale. Traumatismi e malattie infettive, ad esempio, esprimono una fragilità sociale declinata in termini di promiscuità abitativa, difficoltà di accesso ai servizi, scarsa igiene nei luoghi dove si vive o lavora, scarsa attenzione alla prevenzione. I migranti sono spinti verso un'area di vulnerabilità della salute psicofisica la quale a ben vedere costituisce una parte della più grande vulnerabilità e marginalità sociale, descritta nel capitolo precedente, soprattutto nella prima fase della loro migrazione sia essa vissuta in posizione regolare o più sovente irregolare. E' per questo motivo che dal punto di vista sanitario i migranti vengono definiti come “una popolazione a rischio”.¹⁶⁴ A riguardo riportiamo quelle che sono le raccomandazioni fornite dalla Società Italiana di Medicina delle migrazioni “ E' necessario ed urgente avviare un percorso di promozione della salute che, come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, non si esaurisca nella cura delle malattie ma promuova un benessere fisico, psicologico e sociale a tutela individuale e dell'intera collettività. Politiche di accoglienza, politiche sociali e sanitarie devono integrarsi ed interagire perché la fragilità sociale è il fattore di rischio maggiore per la popolazione immigrata e il progressivo inserimento ed inclusione nel tessuto sociale, economico e culturale è la migliore forma di prevenzione e benessere per l'intera popolazione”¹⁶⁵

Diverse indagini condotte a livello nazionale e locale concordano nell'individuare un effetto di dissipamento dell’“intervallo di benessere” del migrante. Tale è definito l'intervallo di tempo che trascorre tra l'arrivo del migrante in Italia e l'insorgenza di qualche patologia significativa, o meglio il momento in cui il migrante si rivolge per la prima volta ad una struttura sanitaria per ricevere cure mediche di vario genere. L'effetto “migrante sano” che nei primi anni Novanta era di 12 mesi è andato riducendosi nel corso degli anni.¹⁶⁶ Parliamo di migrante “sano” riferendoci a quelle che tuttora permangono le caratteristiche psicofisiche di chi intraprende una migrazione: una persona generalmente forte, giovane, con più spirito di iniziativa, più stabilità psicologica. Infatti particolarmente per quei progetti migratori frutto di una strategia familiare, una buona salute rappresenta l'unica certezza su cui investire il proprio futuro e quello della famiglia che nel paese di origine attende i risultati “dell'investimento” sul componente che emigra. Su di esso vengono

163 Spagnolo A., *Lavoratori immigrati e rischio infortunistico*, in VIII *Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati p. 82

164 Si vedano a riguardo: Geraci S., “Gli immigrati nel sistema salute Italiano”, in Caritas/Migrantes, *VXI Dossier Statistico Immigrazione*, cit. e Cardamone G., Bracci F., *Presenze, migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, cit.

165 Geraci S., Martinelli B., Olivani P., “Immigrazione e salute: politiche locali e diritto sovranazionale”, in VIII *Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati p. 475.

166 Geraci S. (a cura di), *Argomenti di medicina delle migrazioni*, Roma, Associazione Peri Tecnes, 1995

riposte speranze, fiducia e denaro che producono forti aspettative che vanno dall'aumento delle possibilità di sopravvivenza del nucleo familiare, al miglioramento del suo status socio-economico, alla migrazione degli altri componenti della famiglia. Questo effetto di auto selezione si assottiglia per una serie di motivi: 1) Un processo di selezione meno severo perché legato anche a decisioni individuali divergenti in tutto o in parte da strategie familiari. Infatti aumenta il numero di chi migra per scelta individuale, anche per provare l'esperienza migratoria, e magari non si trova in condizioni di salute ottimali, oppure le perde a causa del viaggio verso il paese di destinazione. 2) Aumenta il numero di coloro i quali, costretti da contesti di guerra, carestia, fame, si ritrovano ad avere una salute fisica e/o psicologica già compromessa; sono in questa situazione molti dei richiedenti asilo. 3) Aumenta tutta una serie di fattori di rischio, gran parte dei quali è di tipo sociale più che sanitario, che come elenca A. Morrone sono principalmente: “il malessere psicologico legato alla condizione d'immigrato, la mancanza di lavoro e reddito, la sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse, che spesso si aggiungono a una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari.”¹⁶⁷

Un punto di osservazione privilegiato sulle patologie dei migranti è l'ospedale San Gallicano di Roma il quale ha maturato un'esperienza pluriennale nel campo della medicina delle migrazioni.¹⁶⁸

In questa struttura tra il 1985 e il 1998 sono stati sottoposti a prima visita medica 28.770 pazienti immigrati irregolari, 11.012 donne e 17.758 uomini. I bambini costituiscono il 10%: percentuali in crescita poi negli anni successivi. Tra i migranti visitati il 36% proviene dall'Africa, il 18% dall'America Centro-meridionale, il 22% dall'Asia, il 24% giunge dall'Europa dell'est. Per quanto concerne l'età dei pazienti visitati, i dati mostrano che il 79% presenta meno di 40 anni (il 10,0 % appartiene alla fascia d'età 0-12 anni, mentre il 69,0% rientra nella fascia d'età 13-40 anni).

Le patologie riscontrate nei migranti visitati negli ambulatori della struttura medica romana non differiscono significativamente da quelle che colpiscono la popolazione italiana: malattie dermatologiche 52%, malattie respiratorie 10.7%, malattie dell'apparato digerente 9.2%, malattie ortopediche e traumatologiche 8.6%, malattie infettive 11% (in aumento di 4 punti percentuali rispetto a due anni prima), disturbi neuro psichiatrici 5%. Riguardo alla patologia infettiva, è stato osservato un aumento dell'epatite virale A, B, C, prima piuttosto rare. Sostanzialmente l'immigrato non presenta patologie particolarmente gravi, di natura tropicale o molto diverse rispetto alla popolazione residente. Ciò che contribuisce all'insorgere di patologie nel migrante è “la frequente

¹⁶⁷Morrone A., “Problematiche sanitarie in una società multiculturale”, in De Micco V. (a cura di), *Le Culture della Salute*, Liguori Editore, Napoli, 2002

¹⁶⁸Anche se i dati in nostro possesso non sono tra i più recenti, riteniamo utile esporli poiché, oltre a comprendere un arco temporale molto esteso, riguardano la popolazione immigrata irregolare la quale rappresenta la tipologia di l'utenza studiata anche nella nostra ricerca.

mancanza di tutela sanitaria di base e quindi della possibilità di diagnosi e terapie in tempi brevi ed efficaci che consentano un decorso migliore, un progressivo miglioramento e la guarigione completa.”¹⁶⁹ I migranti sono quella fascia di popolazione particolarmente esposta a fattori di rischio quali diversità climatiche, condizioni di lavoro usuranti, stancanti e faticose, condizioni abitative insalubri e promiscue. A questi fattori se ne aggiungono degli altri che concorrono all'abbassamento delle difese psichiche ed immunitarie:¹⁷⁰ alimentazione insufficiente, isolamento e solitudine, difficoltà ad inserirsi e a stabilire un tessuto di relazioni nella nuova società di insediamento, discriminazione nell'accesso alle strutture sanitarie. Le patologie sofferte dai migranti non sono di tipo esotico, come una lettura semplicistica potrebbe indurre a pensare, ma piuttosto derivano da condizioni di emarginazione, rientrando così in quelle che più generalmente sono definite “malattie da depauperamento”. Esse vengono classificate in due gruppi: il primo comprende le malattie cosiddette da disagio o degrado (patologie da raffreddamento e da cattiva alimentazione), il secondo comprende invece le malattie traumatiche (disturbi acuti delle vie aeree, dell'apparato digerente, del sistema osteo-articolare, di interesse genito-urinario, odontomastologico, dermatologico).¹⁷¹

Una classificazione dei problemi di salute degli immigrati è quella proposta da Lavati il quale, collegando le patologie dei migranti alle fasi della migrazione, le raggruppa come di seguito:¹⁷²

- *Patologie di importazione*: sono quegli stati patologici che il migrante porta con sé dal paese di origine. Sono legati a cause ereditarie o a fattori di rischio connessi a stili di vita e pratiche consuetudinarie.
- *Patologie di adattamento*: discendono dalle difficoltà di inserimento del migrante nel nuovo contesto socioculturale e comportano spesso lo svilupparsi di disturbi psicosomatici dovuti all'inquietudine e all'instabilità per la nuova forma di vita.
- *Patologie di acquisizione*: determinate da fattori che mettono a rischio lo stato di salute del migrante, come precarie condizioni abitative ed igieniche nelle quali il migrante ricade per la mancanza di tutela e sicurezza lavorativa e abitativa e a causa di un difficoltoso accesso ai servizi sanitari.

169Morrone A., “Problematiche sanitarie in una società multiculturale”, in De Micco V. (a cura di), *Le Culture della Salute*, cit.

170Coluccia A. Mangia M.L. “Immigrazione e problematiche sanitarie con particolare riferimento alla relazione medico-paziente” in *Difesa sociale*, anno LXXVIII n° 5 settembre/ottobre 1999. p. 92

171Pasini W. , *Il medico e il paziente immigrato, manuale per il medico*, Bologna , Alfa Wasserman news e views, 1996, p. 239.

172Lavati A. , *Quando la salute non c'è*, in *Orientamenti, rivista monografica di formazione sociale e politica* n° 5/6 1999, p 75

Rispetto a questa classificazione proposta, ci sentiamo di precisare che queste tre aree problematiche non possono essere considerate mutualmente escludenti in ottica di un percorso migratorio che segue necessariamente un'evoluzione lineare verso stati di miglioramento degli standard di vita, anche a livello sanitario. Infatti la nuova biografia costruita durante la migrazione segue un percorso frequentemente costellato di eventi critici, la perdita del lavoro, quella del permesso di soggiorno, le difficoltà di rimediare un'abitazione dignitosa, i quali causano non solo la permanenza del migrante per più tempo di quanto previsto in una situazione di marginalità sociale, ma anche lo ricacciano in questa condizione dopo che era riuscito temporaneamente a migliorarla. Ciò ha evidenti ricadute sulla sua salute. Banalmente, se si perde il lavoro con il conseguente rischio di non vedersi più rinnovare il permesso di soggiorno, si è costretti a optare per soluzioni abitative più economiche caratterizzate da sovraffollamento, in alloggi dove magari manca il riscaldamento o l'acqua corrente con i relativi problemi igienici che comportano inevitabilmente un peggioramento delle condizioni di salute. In questo senso ci pare appropriata la definizione di “problema di salute” contenuta nell'opera di Costa e Beneduce *La salute straniera: epidemiologie, culture, diritti*, per la quale il problema di salute non comprende infatti solo le condizioni indesiderate di malattia e di malessere fisico, ma anche qualsiasi caratteristica della persona o qualsiasi evento che possa modificare la sua “storia naturale”.¹⁷³

¹⁷³Beneduce R., Costa G., Favretto A.R., Frigessi D., *La salute straniera. Epidemiologia, culture e diritti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1994 p.21

Aree critiche per la salute del migrante

- **Condizioni patologiche.**

Malattie infettive, traumi ed infortuni (con particolare attenzione all'infortunistica sul lavoro), disagio/malattie psichiatriche (malattie cronico-degenerative)

- **Condizioni fisiologiche.**

Maternità, infanzia, adolescenza, vecchiaia.

- **Condizioni sociali.**

Prostituzione e tratta, abuso, detenzione.

- **Aggravanti.**

Disagio sociale, immigrazione “forzata o non selezionata”, irregolarità giuridica, mancanza/difficoltà di accesso ordinario alle strutture sanitarie.

Fonte: Geraci S, "Salute e immigrazione". Documento finale del gruppo CNEL, novembre 2000, p.7

Prendiamo spunto da quanto sintetizzato dalla tabella() per focalizzare la nostra attenzione su alcune particolari aree critiche per la salute dei migranti: le malattie infettive (soprattutto le MTS), la maternità e il parto, le interruzioni volontarie di gravidanza, le condizioni psichiche, la tubercolosi.

Riguardo alla diffusione delle malattie sessualmente trasmesse (MST) in Europa, le indagini degli ultimi anni segnalano una crescita delle MST “di seconda generazione” inversamente proporzionale a quella delle MST “classiche”. Le prime sono patologie di origine batterica, virale, micotica, protozoaria e metazoaria, che non sono trasmesse esclusivamente per via sessuale, Le seconde malattie di origine batterica trasmesse quasi esclusivamente per via sessuale. Questa nuova tendenza ha comportato un maggior impegno economico-sanitario.¹⁷⁴ Nel continente europeo, la popolazione più a rischio di MST è proprio quella degli immigrati che, a differenza di quella europea, presenta delle peculiarità nella diffusione di queste patologie. Per gli immigrati infatti si registra non solo un incremento delle MST di “seconda generazione”, ma anche di quelle “classiche” che sono ormai quasi scomparse nella popolazione europea. Inoltre, anche se diventa difficile stabilire con precisione quale sia la reale incidenza di MST fra gli immigrati poiché manca una stima realistica sull'effettivo numero dei soggetti presenti in Europa e perché molti malati non ricevono cure mediche, pare che l'incidenza tra gli immigrati delle MTS sia 3-4 volte superiore che

¹⁷⁴Per una dettagliata descrizione epidemiologia si rimanda a Guarnieri R, “Cultura, salute, immigrazione: le malattie sessualmente trasmesse in Europa” in *VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati p. 154

tra gli europei. In uno studio italiano si è evidenziato come gran parte dei soggetti siano giovani maschi (71%) provenienti dall'Africa (52%) e dall'Europa dell'Est (26%);¹⁷⁵ questo studio ci dice anche che l'80% dei malati ha acquisito l'infezione in Italia a conferma di quanto più volte sostenuto nel corso di questo capitolo, cioè che gli immigrati si ammalano nel paese di emigrazione. Attorno al tema del contagio, studi sulle modalità di diffusione delle MST tra i migranti sembrano aver confermato l'importanza svolta delle culture di origine nel determinare i comportamenti a rischio, in particolare modo quelli sessuali e i condizionamenti dettati in questo ambito dall'appartenenza religiosa. Ad esempio la mancanza di riscontro di MST tra i migranti provenienti dal Pakistan è stata interpretata come effetto di una scrupolosa osservazione dei precetti religiosi che risulterebbero perciò avere una “funzione protettiva”. Nei migranti nordafricani invece, oltre ad esserci una maggiore frequenza di comportamenti trasgressivi, questi sono vissuti con un forte senso di colpa attestando in questo caso la non protezione del fattore religioso.¹⁷⁶ Ad avviso di chi scrive tuttavia, la conformità o meno alle norme di comportamento religiose in ambito sessuale rappresenta certamente un elemento che influenza la diffusione di MST, ma non il principale determinante. Altri elementi che incidono sui comportamenti a rischio sono le modalità e le circostanze di socializzazione dei migranti tra loro e con la popolazione residente all'interno di un contesto di rielaborazione della propria appartenenza culturale. In particolare più che l'osservanza in sé dei precetti religiosi, ci sembra avere un peso determinante la capacità di controllo esercitata dalle comunità di migranti che si costituiscono nel paese di emigrazione. Ipotizziamo che laddove le maglie del controllo comunitario siano più strette, come nel caso delle comunità pakistane, si instauri tra i membri della comunità una forma di adesione più rigorosa alle disposizioni di comportamento tradizionali, religiose o meno.

L'altra area critica per la salute dei migranti è quella della maternità e del parto. Le ricerche effettuate in questo campo denotano chiaramente una diversa modalità di vivere la maternità e il parto da parte delle donne migranti in Italia rispetto a quanto avviene nel paese d'origine. Soprattutto per le donne africane infatti, la maternità e il parto coinvolgono tutta la famiglia allargata e le donne della comunità. Nel paese di emigrazione questi eventi, invece, vengono vissuti in solitudine, diventando una malattia.¹⁷⁷ Il “vissuto malato” della maternità e del parto ospedalizzato incidono sulla salute della donna e del bambino; ne sono indice le nascite premature con bambini di basso peso (i nati prematuri nelle donne immigrate sono il doppio, circa il 10,76% contro il 4,63% delle italiane) e l'alto numero di parti cesarei. Le migranti vivono durante la

¹⁷⁵Ibidem p. 152

¹⁷⁶Geraci S., Marceca M., Mazzetti M., “Migrazioni e salute in Italia” in Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, *Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*, Roma, luglio 2000 p. 20

¹⁷⁷Ibidem p. 24-25

gestazione ed il parto un profondo senso di inadeguatezza provocato dalla condizione dell'essere straniera, dalla mancanza della famiglia allargata e dalle difficoltà di comprensione linguistiche e culturali con gli operatori dei reparti ostetrici. Questi fattori comportano ad esempio l'interruzione molto precoce o il non stabilirsi dell'allattamento al seno. Una interpretazione di questi fenomeni più attenta alla dimensione culturale denota come ad esempio per le donne arabe la medicalizzazione del parto sia una fonte di sofferenza in più, poiché abituate a viverlo come fatto privato; inoltre un diverso modo di manifestare il dolore provoca talvolta fraintendimenti con il personale medico sull'inizio del parto. Per queste donne particolari difficoltà sono riservate anche della mancanza della rete parentale e di supporto, che indebolisce la donna nel suo complesso e la rende maggiormente dipendente dal marito.¹⁷⁸ Altre circostanze stanno alla base dei problemi di salute in fasi della vita delle donne migrati sono le dure condizioni di lavoro e di vita sopportate nel paese di emigrazione, e l'accesso e fruibilità dei servizi socio-sanitari. Come denota un'indagine comparativa effettuata su donne immigrate e donne italiane in gravidanza, basata su indicatori di utilizzo dei servizi nel periodo di gestazione, il 42% delle donne immigrate iniziano le visite dopo il terzo mese di gravidanza, il 66% non ha ricevuto informazioni sufficienti sulle possibilità di effettuare una diagnosi prenatale e il 32% di donne straniere non ha eseguito più di un'ecografia in gravidanza contro il 2% delle donne italiane.¹⁷⁹

L'interruzione volontaria di gravidanza rappresenta un altro ambito critico per la salute delle donne migranti. Lo studio più recente su questo fenomeno è quello condotto nel 2006 per l'Istituto Superiore di Sanità dal gruppo di lavoro di Michele Grandolfo (Angela Spinelli, Emanuela Forcella e Samantha Di Rollo): un'indagine che alterna dati a interviste a 680 donne straniere che hanno abortito in sei centri pubblici tra Torino, Milano, Roma e Reggio Emilia. I risultati di quest'indagine parlano di una diminuzione delle donne italiane che ricorrono all'IVG, al contrario le donne straniere che abortiscono aumentano: sono una su tre (il 30% del totale), una percentuale enorme, sei volte più alta dell'incidenza di straniere sulla popolazione. Su cento aborti più di trenta sono richiesti da giovani romene, ucraine, marocchine, cinesi, sudamericane; sono molto spesso clandestine e nelle strutture sanitarie a cui si rivolgono hanno bisogno dell'interprete perché parlano male la lingua italiana. Ciò che accomuna queste donne è una specie di "analfabetismo contraccettivo", una scarsa capacità di prendersi cura di sé, il considerare la sfera della riproduzione come questione esclusivamente femminile e di viverla spesso come una colpa portando da sole il peso di un evento traumatico come un'interruzione di gravidanza.

178Castiglioni. M. (a cura di), *Percorsi di cura delle donne immigrate. Esperienze e modelli di intervento*, Milano, Franco Angeli, 2001

179Guarnieri R, "Cultura, salute, immigrazione: le malattie sessualmente trasmesse in Europa" in *VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati p. 177

Inoltre sono abbastanza isolate quanto a relazioni con la società esterna poiché di frequente la loro vita si risolve in ambito familiare o in quello della comunità di origine e anche per questo motivo è molto difficile raggiungerle con azioni comunicative di prevenzione e di offerta di assistenza.¹⁸⁰ Esistono inoltre delle forti differenze per zona di provenienza che tendono a determinare le scelte sul piano procreativo; certamente donne che provengono da Paesi in cui l'IVG è usata molto frequentemente (ad esempio in Romania dove il tasso di abortività è circa 50 IVG l'anno ogni 1000 donne), continuano ad avere un'elevata frequenza di IVG anche in Italia. Ma non bisogna sottovalutare il peso rilevante che le condizioni di vita in Italia esercitano sul ricorso a questo tipo di intervento medico: la precarietà in cui queste donne vivono, la mancanza di permessi di soggiorno, lavori non in regola, il disagio abitativo, le ristrettezze economiche, la solitudine e l'assenza di una rete parentale di sostegno. A ragione di ciò, la ricerca arriva a raccomandare che “accanto alle politiche sanitarie di prevenzione dell'interruzione della gravidanza, occorre riflettere sulla necessità di adozione di specifiche politiche di supporto socio-economico, prime tra tutte l'offerta di lavori rispettabili e di abitazioni decenti, per una migliore integrazione delle donne immigrate nel nostro Paese.”¹⁸¹

Le condizioni psichiche sono un altro aspetto problematico della salute dei migranti. Da più parti il principale fattore di rischio psicopatologico è stato individuato nel fallimento o nella minaccia di fallimento del progetto migratorio. L'esperienza del migrare, specie se ci riferiamo alla prima generazione, ha in sé un grande potenziale di ridefinizione dei ruoli sociali: ad esempio all'interno della famiglia essa porta alla dequalificazione del ruolo maschile paterno innescando dinamiche complesse e potenzialmente rischiose per la salute psichica.¹⁸² L'adattamento che coinvolge il migrante nel paese di emigrazione comporta l'acquisizione di abitudini e riferimenti culturali estranei in tutto o in parte ai propri, e allo stesso tempo la perdita del territorio geografico accompagnata da una ridefinizione dell'identità personale e sociale. La componente psicologica della salute del migrante risente profondamente di questi rivolgimenti accentuati dall'esperienza di vita quotidiana che impone un rapido inserimento in un ambiente sconosciuto con la conseguente comprensione e condivisione di abitudini diverse dalle proprie, divenendo perciò un elemento facilitante per il possibile rischio psicopatologico. I fattori di rischio vengono distinti in “specifici e aspecifici”. I primi si riferiscono a quello che viene definito “stress da transculturazione” in cui gioca un ruolo determinante la riuscita o il fallimento del progetto migratorio, l'elevata discrepanza tra aspirazioni individuali e la condizione di marginalità sociale vissuta, l'esperienza del distacco e

180 Istituto Superiore di Sanità, *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia* A cura di A. Spinelli, E. Forcella, S. Di Rollo, M. E. Grandolfo rapporto Istisan 06/17 p. 100

181 Ibidem. p. 64

182 Geraci S., Marceca M., Mazzetti M., “*Migrazioni e salute in Italia*”, cit. p.12

della nostalgia. I secondi sono più strettamente legati alle condizioni di difficoltà socio-economiche già analizzate nel corso del capitolo 1: basso livello di reddito, occupazione in professioni lavorative rischiose, stancanti e logoranti, degrado abitativo, differente alimentazione, differenze linguistiche, atteggiamenti di xenofobia messi in atto da parte degli autoctoni.¹⁸³ Le risposte a questi fattori di rischio sono distinte in “1) reazioni immediate (con ansia, depressione, stupore, tentati suicidi), 2) reazioni tardive (psicosomatosi, isteria, depressioni psicotiche, reazioni schizofreniche del tipo confusionale o deliranti), 3) sindromi negative da disadattamento (nostalgia del paese d'origine, assenza di amici e cose familiari, sentimenti di vuoto attorno a sé), 4) sociopatie (alcolismo, uso di droga, dissocialità minorile e criminalità).”¹⁸⁴

In particolare, una patologia molto frequente tra i migranti è stata individuata nel Disturbo dell'Adattamento (DA) il quale compare in seguito ad uno o più situazioni di stress psico-sociali oggettivamente identificabili ed è nella maggior parte dei casi transitorio. Nel DA l'interazione tra evento stressante e reazione del soggetto è molto stretta per cui a medesimi eventi stressanti i soggetti possono rispondere con varie forme di DA. Nella sua forma più grave il DA si presenta come sofferenza soggettiva con compromissione delle capacità lavorative e di interazione psico-sociale.¹⁸⁵

L'ultima aera critica per la salute dei migranti che intendiamo trattare in questa sede è quella della malattia tubercolare (TBC) che rientra in quelle che precedentemente abbiamo descritto come “malattie da disagio” o “malattie da degrado”, non specifiche dell'immigrato: la scabbia, la pediculosi, alcune infezioni virali, micotiche e veneree, caratteristiche della popolazione senza dimora.¹⁸⁶ La tubercolosi, in quanto patologia della povertà e dell'emarginazione sociale viene definita come “la malattia che meglio misura l'incapacità di un paese di accogliere degnamente gli stranieri”¹⁸⁷ I dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità riferiti all'arco temporale 1994-1997 indicano un aumento percentuale dei casi riferitesi a stranieri: passati dal 10,7%, al 13,9%. Inoltre, dalla casistica raccolta dall'ambulatorio Caritas di Roma, veniamo a conoscenza che il tempo intercorso tra l'arrivo in Italia e l'esordio della malattia, è di oltre 6 mesi in quasi il 76% dei casi e di almeno un anno in più del 56%. Questo dato è stato interpretato evidenziando la concorrenza, nel favorire lo sviluppo della patologia, di fattori ambientali locali ed in particolare del disagio socio-abitativo vissuta da molti migranti. I gruppi di popolazione a rischio manifestano inoltre la tendenza

183 Guarnieri R.; “ Migrazioni e malattie: attualità emergenti” in *VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, cit. p. 176

184 Ibid p. 177

185 V. Manna, M.T Daniele, M. Pinto “ Immigrazione, stress e psicopatologia. Considerazioni cliniche e dati epidemiologici sui disturbi psichiatrici degli immigrati” in *Difesa sociale* vol. LXXXV n° 3-4 (2006), p.22

186 Morrone A., “Problematiche sanitarie in una società multiculturale”, in De Micco V. (a cura di), *Le Culture della Salute*, cit.

187 Geraci S., Marceca M., Mazzetti M., *Migrazioni e salute in Italia*, cit. p.13

a diffondere l'infezione all'interno del proprio gruppo con il pericolo di innescare un circolo vizioso che amplifichi il già presente stato di emarginazione. I fattori che aumentano in modo esponenziale per i migranti il rischi di contrarre la TBC sono la precarietà dell'inserimento sociale, la situazione di irregolarità amministrativa, un'accentuata mobilità territoriale, la scarsità di risorse economiche che rendono difficoltosa l'individuazione della malattia e la sua cura resi ancora più ardui dagli ostacoli all'accesso ai servizi sanitari e ai farmaci. Questi sono anche i nodi problematici su cui agire piuttosto che la messa in atto di controlli obbligatori per gli immigrati che potrebbero ulteriormente colpevolizzarli agli occhi della pubblica opinione tanto da favorire un aggravamento della loro "clandestinità sanitaria".¹⁸⁸

A conclusione di quanto presentato fin ora, osserviamo come per i migranti, più che per altri gruppi sociali incida la "multifattorialità dei determinati di salute".¹⁸⁹ Inoltre la malattia è un'esperienza che non può mai essere disgiunta dall'esperienza migratoria sulla quale per altro incide pesantemente e nella quale spesso matura. Lo stesso vissuto della malattia porta ad esiti diversificati se avviene nel paese d'origine o in quello di emigrazione. Come abbiamo potuto rilevare, anche leggere alterazioni di stati psico-fisici che normalmente possono essere ricondotte alla normalità, grazie magari al semplice supporto di una rete di cura non strettamente medica costituita dalle relazioni parentali e/o di vicinato, diventano momenti di elevata criticità per il migrante soprattutto se questi manca di contatti e saperi necessari ad intraprendere efficaci percorsi di cura. Abbiamo constatato inoltre che la mancanza di salute vissuta in emigrazione si situa all'interno di una cornice composta dalla presenza di forti disequaglianze e diseguità di salute: le prime si riferiscono alla differenza della frequenza con la quale le malattie, o determinate malattie, colpiscono una fascia di popolazione; le seconde invece si riferiscono alle disequaglianze di gruppi sociali nell'accesso a cure o interventi sanitari.¹⁹⁰

188 Ibidem pp. 15-17

189 Cardamone G., Bracci F., *Presenze, migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, cit. p.24

190 Ibidem p. 25

2.3 Il territorio locale

All'interno del nostro discorso torna utile un focus sulla situazione della salute dei migranti a livello locale. Si è scelto di privilegiare l'ambito cittadino nella descrizione del fenomeno in esame poiché questo livello di analisi meglio si adatta al caso studiato nella ricerca empirica contenuta nella seconda parte di questo lavoro. Dalle ricerche già utilizzate per delineare il quadro della salute dei migranti a livello nazionale ricaviamo i dati fondamentali riguardanti la Regione Emilia Romagna. Nel 2004 i ricoveri ospedalieri di cittadini stranieri è stata così suddivisa: 34.975 ricoveri ordinari (il 10,9% sul totale), 10.044 ricoveri in Day Hospital (il 8,9% del totale) per un totale di 45.019 ricoveri (il 10,4% del totale dei ricoveri).¹⁹¹

Per quanto concerne l'ambito della provincia e della città di Bologna, un quadro piuttosto accurato sulla salute dei migranti è fornito dai *Dossier Sanitari* redatti dall'Osservatorio delle immigrazioni della Provincia di Bologna.¹⁹²

I ricoveri che hanno riguardato cittadini stranieri per l'anno 2004 sono stati 4390 dei quali 3.352 in regime ordinario e 1038 in Regime di *Day Hospital*); i ricoveri in regime ordinario sono quindi i $\frac{3}{4}$ del totale. Inoltre, dall'analisi del tipo di struttura ospedaliera coinvolta, constatiamo che il 92% dei ricoveri avviene in strutture sanitarie pubbliche (i ricoveri presso case di cura convenzionate sono un totale di 380) a dimostrazione del fatto che per i migranti il canale principale, se non esclusivo, di utilizzo dei servizi di cura è quello pubblico.

Per quanto riguarda la distribuzione per età degli stranieri provenienti dai PVS¹⁹³ dimessi dai Presidi pubblici e privati, notiamo come questa rifletta sostanzialmente la struttura della popolazione immigrata residente nella provincia di Bologna la cui età media è di 30, 8 anni, contro i 46,3 anni degli italiani.¹⁹⁴ L'età media dei dimessi dai Presidi della ULS di Bologna è infatti di 30,5 anni (le donne hanno in media 31,3 anni e gli uomini 28,9 anni). C'è invece una discrepanza nella distribuzione per genere di dimessi e la presenza percentuale nella popolazione immigrata residente; le donne che sono state ricoverate, principalmente per episodi legati al parto e in generale alla loro salute riproduttiva, sono il 67% sul totale. Sono perciò sovra-rappresentate se si calcola che a livello provinciale la componente femminile della popolazione immigrata residente è del 49,4%. I dimessi provenienti dai PVS per cittadinanze più rappresentate sono sostanzialmente coincidenti coi i

191Maurizio Marceca "La salute" in ISMU Ismu dodicesimo rapporto sulle migrazioni. p. 149

192Si vedano a tale proposito: Osservatorio Delle immigrazioni della Provincia di Bologna, *Immigrati, salute e sanità* anno 2002 n°2 e n° 3. e *La salute e i servizi per la popolazione immigrata nella provincia di Bologna* anno 2006 n°2 a cui facciamo riferimento nell'esposizione dei dati in questo paragrafo.

193Questa è la categoria usata nei Dossier sanitari

194I dati si riferiscono al 31-12-2003.

collettivi nazionali di stranieri più numerosi residenti in provincia di Bologna.¹⁹⁵ Essi sono, al 31-12-2004, in ordine decrescente: Marocco, Albania, Romania, Filippine, Tunisia, Cina, Pakistan, Bangladesh, Ucraina e Moldavia.

Per quanto concerne invece l'assistenza sanitaria prestata ai migranti irregolari, nel 2004 i tesserini STP sono stati 3.681 (3.346 sono stati rilasciati dal Distretto di Bologna di questi 2.705 sono nuovi iscritti, mentre 641 sono i rinnovi) Nel 2005, su un totale di 63.385 iscritti stranieri all'anagrafe sanitaria, i codici STP rilasciati con valenza fino al 31-12-2005 sono stati 2.494. Le prestazioni di medicina di base per gli stranieri non regolarmente presenti vengono fornite, in convenzione con l'USL bolognese, da tre associazioni di volontariato. Le prestazioni di medicina di base, così come avviene per chi è normalmente iscritto al Servizio sanitario nazionale, possono essere tutte completate da prescrizioni farmacologiche, indagini di laboratorio o strumentali e prestazioni specialistiche.

Rispetto al contesto urbano bolognese, i dati sui ricoveri presso il Presidio Maggiore-Bellaria sono una fonte attendibile per avere il polso della situazione sanitaria dei migranti in città. Infatti, i dimessi dal presidio Maggiore-Bellaria, rappresentano il 68,7% del totale dei dimessi provenienti dai PVS. Nei tre anni considerati nell'analisi dei dati fornita dall'Osservatorio provinciale (2002, 2003, 2004) è aumentato il numero assoluto di ricoveri, che il *Dossier* spiega in parte con l'accresciuta presenza di stranieri a Bologna e provincia.¹⁹⁶ In regime ordinario l'incremento è stato quasi costante dal 2002 al 2003 e dal 2003 al 2004 (+15,3% e +15,8%, rispettivamente), mentre per il day-hospital si è registrato un incremento (+18,9%) nel periodo 2002-2003, e una lieve diminuzione, pari a -3,4%, nel 2003-2004. I dati mostrano anche una marcata presenza femminile che nel 2004 è del 65,9% del totale dei dimessi. Questo fenomeno è imputabile sostanzialmente a due tendenze: la prima è da individuare nella presenza prevalente di donne immigrate in età fertile, la seconda deriva dall'elevato tasso di fertilità della popolazione immigrata. Da un calcolo sulla distribuzione per età dei ricoveri, si evince che l'età media è di 29,8 anni per le donne e 26,2 per gli uomini. Per entrambi i sessi, vi è una concentrazione nella classe 15-44 (73,7% dei ricoveri): per le donne questo fenomeno è più marcato (82,3%) a causa di episodi di cura legati a problematiche ostetrico-ginecologiche. I dati sui ricoveri in base alla nazionalità mostrano una parziale divergenza rispetto a quelli riferiti all'intera USL bolognese. Infatti i ricoverati per nazionalità nel Presidio Maggiore -Bellaria sono in ordine: Marocco (16,5%), Romania (14%), Albania (8,6%), Cina (5,1%), Filippine (4,8%), Serbia-Montenegro (4,5%), Tunisia (4,3%), Moldavia (4,3%), Bangladesh

¹⁹⁵Dati precisi sulla distribuzione delle presenze nazionali a livello provinciale si trovano al cap. 1 Par 1. del presente lavoro.

¹⁹⁶Osservatorio provinciale delle Immigrazioni. *La salute e i servizi per la popolazione immigrata nella provincia di Bologna*, n° 2 anno 2006 p. 4 www.osservatorioimmigrazione.provincia.bologna.it

(3,9%), Ucraina (3,3%).

Andando ad analizzare quelle che sono le cause di ricovero dei cittadini stranieri, emerge un ordine di importanza delle patologie assolutamente diverso da quello dei cittadini italiani. Ciò che evidenziano i dati è la comparsa, per il cittadino immigrato, delle malattie da “disagio”: “patologie da raffreddamento con frequenti recidive, patologie osteomuscolari, dell’area genitourinaria, ostetrico-ginecologiche, dermatologiche, malattie e disturbi mentali, mentre sono quasi del tutto assenti le malattie cardiocircolatorie, geriatriche e le neoplasie (patologie ai primi posti di ricovero per la popolazione italiana, strettamente legate alla sua struttura per età, caratterizzata da un forte invecchiamento).”¹⁹⁷

MDC	2002	2003	2004	%
14-GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	904	1.020	1.134	37,6
06- APP.DIGERENTE	184	196	207	6,9
03- ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	118	159	197	6,5
04-APP. RESPIRATORIO	136	175	192	6,4
08-APP.MUSCOLOSCELETR., TESS. CONNETTIVO	117	143	172	5,7
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	104	123	150	5
01-SISTEMA NERVOSO	153	180	145	4,8
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	93	124	106	3,5
02-OCCHIO	47	60	89	2,9
15-PERODO NEONATALE	22	27	88	2,9
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	63	85	77	2,6
11-RENE E VIE URINARIE	68	65	65	2,2
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	43	61	64	2,1
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	42	45	56	1,9
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI	48	36	48	1,6
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	28	34	46	1,5
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	32	37	42	1,4
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	26	26	32	1,1
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	36	44	27	0,9
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	18	19	21	0,7
24-TRAUMATISMI MULTIPLI	22	25	20	0,7
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	7	12	19	0,6
20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI	11	20	12	0,4
25-INFEZIONI DA HIV	9	6	9	0,3
22-USTIONI	2	-	-	0
TOTALE	2.333	2.722	3.018	100

Tabella 6: Cause di ricovero per gli stranieri, dimessi dal Presidio Maggiore-Bellaria: anni 2002, 2003, 2004. Fonte: Osservatorio delle immigrazioni "La salute e i servizi per la popolazione straniera in provincia di Bologna" anno 2004 n°7

Il Commento che, attraverso una lettura propriamente medica delle cause di ricovero, l'Osservatorio sulle immigrazioni produce, parla di una prevalenza, tralasciando gli episodi legati al parto, di malattie correlate ad una serie di fattori di rischio legati alle condizioni generali di vita, come ad esempio: mancanza di lavoro e di reddito, sottoccupazione in mansioni lavorative non tutelate, degrado abitativo e scadenti condizioni igieniche, diversità climatiche e alimentari, malessere

¹⁹⁷Ibidem, p. 6.

psicologico, assenza del supporto familiare ed affettivo, incompleta conoscenza dei servizi sanitari. Nel proseguire il nostro discorso sulla dimensione locale, trova necessariamente spazio una breve descrizione delle attività territoriali che dedicano particolare attenzione alla salute della popolazione straniera.¹⁹⁸ Andiamo quindi ad elencarle qui di seguito.

- **Il Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini.**

Il Centro nasce a Bologna nel 1991 per rispondere ai nuovi bisogni nella popolazione di riferimento e favorire l'accesso degli utenti immigrati ai Servizi Sanitari esistenti, reso problematico non tanto dalla carenza di servizi quanto dalla difficoltà di raggiungerli (difficoltà linguistiche, impossibilità di iscriversi al S.S.N., diversa interpretazione della normativa vigente da parte delle diverse istituzioni ecc). Da ciò la necessità di individuare uno spazio specifico destinato a donne e bambini immigrati all'interno della rete territoriale di Consultori Familiari e Pediatrici i cui obiettivi prioritari fossero quelli di facilitare l'accesso ai servizi sanitari di donne e bambini immigrati, approfondire la conoscenza dei bisogni sanitari di questa specifica utenza. Il Centro ha utilizzato una modalità di lavoro operativo che si caratterizza non tanto per l'attivazione di interventi alternativi a quelli tipici della medicina occidentale, ma per una attenzione maggiore rivolta alla persona piuttosto che al sintomo e alla malattia. Dai dati sull'utenza del Centro veniamo a conoscenza che la popolazione femminile che accede al Centro con maggiore frequenza proviene dai Paesi dell'Europa dell'Est. Si tratta di donne sole, con i figli lasciati nel paese di origine che svolgono lavori di cura con anziani e/o in famiglie e che vivono, impotenti, l'assenza del partner e dei figli in modo molto doloroso. Inoltre non tutte le persone accolte fruiscono delle prestazioni pediatriche, ostetrico-ginecologiche, psicologiche o di medicina di base fornite dal Centro poiché sono inviate anche verso altre strutture specializzate. Tra le prestazioni svolte dal centro, sembrano particolarmente rilevanti quelle concernenti la gravidanza tanto che appare rilevante la percentuale delle gravidanze seguite dal Centro, rispetto a quelle seguite dai consultori cittadini. Non è invece considerevole il numero di bambini seguiti dal Centro poiché da tempo, anche negli altri consultori della città si sono strutturate modalità di accoglienza per i minori sostenute dall'impiego delle mediatrici culturali. Un lavoro molto importante svolto dal Centro è quello che interessa il sostegno psicologico. Nell'anno 2004 le prestazioni erogate nell'area specialistica psicologica sono state 986 (su un totale di 169 utenti e 838 accessi): si tratta di donne che, in numero sempre maggiore, si trovano ad affrontare lo shock della migrazione rispondendo differentemente a

¹⁹⁸La descrizione delle attività territoriali è contenuta nel dossier *La salute e i servizi per la popolazione immigrata nella provincia di Bologna*, n° 2 anno 2006.

questo evento

- **Attività di mediazione culturale.**

Tra le attività di mediazione culturale afferenti ai servizi dell'Azienda Sanitaria vi sono un Numero Verde, uno Sportello informativo e un servizio di mediazione a chiamata, tutti strutturati con lo scopo di fornire un'opportunità di interpretariato e di mediazione per tutti i cittadini stranieri che si rivolgono a questi servizi.

-Lo sportello informativo (in cui vengono parlate 6 lingue: italiano, inglese, filippino, arabo, francese ed albanese) che si avvale del lavoro delle mediatrici culturali, ha come obiettivo quello di portare a conoscenza l'utenza immigrata dei propri diritti sanitari, delle prestazioni e dei percorsi specifici per la salute.

-Il Numero Verde (800663366) nel 2004 ha effettuato 1644 interventi concernenti: informazioni a carattere generale (14,4%), informazioni riguardanti l'iscrizione al S.S.N. (9,1%), Paptest/mammografia (7,6%), pediatria (7,6%) e medico di base (6,9%).

-Servizio di Mediazione a chiamata. Le lingue maggiormente utilizzate in questo servizio sono state nell'anno 2004 : Arabo (25%), cinese (22%), rumeno (13%), spagnolo (11%), bangla (8%), filippino (6%), russo (5%), somalo (4%), ed albanese (3%).

- **Il Centro George Devereux.**

Il Centro George Devereux è un Centro universitario collocato presso il C.S.M di via Nanni a Bologna che, nell'ottica della gestione integrata del disagio psichico nel rispetto delle diversità culturali, svolge attività di cura psicologica per i migranti. Questa struttura è accessibile quotidianamente dalle 8 alle 20 ai migranti regolari e non. Nel periodo 2000/2004 il Centro ha visto crescere la sua utenza di più di 5 volte, la maggior parte della quale è di origine africana anche se dal 2004 al 2006 anche la presenza di migranti dell'Est Europa ha iniziato a diventare significativa. La diagnosi psichiatrica che viene riscontrata più frequentemente è quella del disturbo dell'adattamento, mentre l'intervento di cura principalmente messo in pratica, attraverso una modalità di attività clinica svolta prevalentemente in gruppo, si articola tra il counseling sulle problematiche relative all'adattamento e la psicoterapia maggiormente strutturata (nei casi di necessità all'intervento psicoterapeutico si affianca quello farmacologico e/o psico-sociale). Inoltre il Centro Devereux svolge attività di ricerca e organizza momenti formativi pubblici (seminari e giornate di studio).

- **Consultori di San Giovanni in Persiceto e Crevalcore.**

In entrambe le strutture sono attivi una serie di servizi ed attività ad esempio il Servizio "Tutela della Salute Femminile" (3 ore di attività ambulatoriale dedicate alle donne

straniere, a scadenza settimanale a San Giovanni in Persiceto e a scadenza mensile a Crevalcore) il quale nel 2004 ha effettuato 1084 prestazioni, così suddivise: 481 prestazioni ginecologiche e 603 prestazioni ostetriche: 130 interventi di mediazione culturale.

- **Spazio per la mediazione culturale per i bambini stranieri- Pediatria di comunità-Tiarini-.**

Questo servizio, attivo nella città di Bologna, fornisce attività quali : visite domiciliari, colloqui con presa in carico del minore per un'assistenza multidisciplinare, incontri per la promozione dell'allattamento al seno, accudimento e cura del bambino, informazioni sulle vaccinazioni e sull'accesso ai servizi sanitari. Il servizio di avvale della collaborazione delle mediatrici culturali. Nel 2004 gli utenti stranieri sono stati 87 per un totale di 437 accessi.

Oltre ai servizi già presi in esame nel territorio bolognese esistono 3 associazioni di volontariato che svolgono, in convenzione con l'Azienda USL di Bologna, servizio ambulatoriale di medicina di base per gli stranieri non in possesso di permesso di soggiorno. Essi sono: l'Ambulatorio “Biavati”, l'Ambulatorio Immigrati dell'Associazione “Salute senza margini” e l'Associazione “Sokos”. In questo paragrafo prenderemo in considerazione solamente le prime due organizzazioni mediche, poiché l'attività dell'associazione “Sokos” sarà oggetto di un'approfondita analisi nella seconda parte di questo lavoro.

- **Ambulatorio “I. Biavati” della Confraternita della Misericordia.**

L'ambulatorio Biavati è una struttura medica molto importante nella città di Bologna, poiché fornisce assistenza medica di base ai migranti irregolari e ai cittadini italiani che si trovano in stato di indigenza.

Questo ambulatorio ha visitato, nell'anno 2004, 5.598 migranti senza permesso di soggiorno, con un incremento rispetto al 2003 del 10%. Le visite specialistiche sono state invece 800; inoltre molti pazienti sono stati inviati a consulenze specialistiche esterne. I pazienti dell'ambulatorio rientrano in maggioranza nella fascia d'età 21-40 anni e in questa fascia d'età la maggioranza è di sesso maschile. Tra gli ultra quarantenni invece, la maggioranza è di sesso femminile. Dal punto di vista della provenienza nazionale dei pazienti che nell'anno 2004 sono entrati in contatto con l'ambulatorio, è maggioritaria la presenza dei migranti provenienti dall'Est Europa (specie da: Ucraina, Moldavia, Romania, Russia) a cui segue quella dal Nord Africa e dal Pakistan.

- **Ambulatorio Immigrati dell'associazione “Salute senza margini”.**

Questo ambulatorio attivo a Casalecchio di Reno dal marzo 2002, grazie all'esclusiva opera volontaria dei suoi operatori, ha effettuato nel 2004 oltre 400 visite mediche, prendendo in

carico 145 nuovi pazienti, il 50% in più rispetto all'anno precedente. I pazienti di questo ambulatorio sono nella maggioranza dei casi femmine (il 72,9%) provenienti dall'Est Europa, mentre la componente maschile è del 27,1%. I motivi principali di utilizzo delle prestazioni mediche da parte dei pazienti sono principalmente legati alla gravidanza o a patologie connesse alla ginecologia.

CAPITOLO 3

PREMESSA METODOLOGICA

Ogni studioso di scienze sociali deve, nel suo lavoro, essere il proprio metodologo e il proprio teorico, il che vuol dire semplicemente che deve essere un "maestro intellettuale".
(Charles. Wright. Mills)¹⁹⁹

3.1 Il disegno della ricerca.

Nel corso di questo capitolo, intendo esporre le direttrici metodologiche e teoriche sulle quali è stata costruita la ricerca empirica.²⁰⁰ Nella prima parte illustrerò la metodologia impiegata anche attraverso un'accurata descrizione delle tecniche di ricerca messe in campo e di pari passo motiverò in termini teorici le scelte effettuate.

Il mio interesse per il tema del complesso del rapporto tra salute e migrazione, un aspetto che all'interno della letteratura italiana sulle migrazioni ricopre uno spazio se non marginale certamente meno esteso dal punto di vista degli studi prodotti rispetto ad altri ambiti del fenomeno migratorio, ha tratto grande ispirazione dalla lettura di un saggio scritto da Abdelmalek Sayad intitolato “ La malattia, la sofferenza e il corpo.”²⁰¹ In esso il sociologo algerino compie un'approfondita disamina dei mutamenti nell'esperienza della malattia, della sofferenza e del corpo che avvengono nell'emigrazione con tutte le loro ricadute sulla condizione dell'immigrato anche quando questi decide, volontariamente o meno, di tornare nel paese di origine. Sayad propone una visione della malattia come incorporazione stessa dell'esperienza migratoria. La malattia in migrazione diviene la traduzione del malessere indefinibile provocato dall'abbandono della vecchia *routine*. Egli sostiene inoltre che il corpo dell'immigrato, principale mezzo di espressione della malattia, diventa il luogo di uno scontro irrisolvibile tra l'istituzione medica – simbolo dell'intera società- e l'immigrato, rendendo manifesto lo squilibrio di potere nella relazione che li lega.

Tengo subito a precisare che la ricerca da me effettuata non vuole proporsi come una convalida delle tesi esposte in questo saggio; d'altra parte questa operazione risulterebbe quanto meno azzardata da un punto di vista metodologico. Sayad infatti sviluppa le sue riflessioni a partire dallo

199 Mills C. W., *L'immaginazione sociologica*, Milano, Il Saggiatore, 1995, p.131

200 In questo capitolo si è preferito utilizzare nelle narrazioni la prima persona singolare piuttosto che espressioni impersonali. Ciò con il fine di rendere maggiormente chiari ed espliciti al lettore la presenza del ricercatore e il ruolo da esso giocato nelle diverse fasi della ricerca.

201 Questo scritto appartiene alla raccolta di saggi intitolata “La doppia assenza. Dalle illusioni dell'immigrato alle sofferenze dell'immigrato”. Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.

studio dell'immigrazione algerina in Francia negli anni '70, un'immigrazione di lungo corso costituita prevalentemente da giovani uomini e che si dispiega lungo l'asse di un robusto rapporto di dominio coloniale che aveva legato le due nazioni. Nel nostro caso, come avremo modo di vedere più in specifico nelle pagine seguenti, i migranti che accedono alle cure mediche dell'Associazione Sokos in questo momento storico sono in prevalenza donne provenienti dai paesi dell'Est Europa privi di un passato coloniale che li lega all'Italia. Nonostante queste differenze, chi scrive ha costantemente tratto ispirazione nel corso di tutta la ricerca dalle riflessioni del sociologo algerino rendendole sovente il punto di partenza per sviluppare le proprie.

A questo punto approntiamo una prima definizione dell'oggetto della ricerca, definizione che si andrà via via approfondendo e ampliando nel corso di questa trattazione. All'interno della più generale questione del rapporto salute-migrazione, la mia attenzione si è diretta allo studio di un caso specifico: l'ambulatorio dell'Associazione Sokos che fornisce assistenza medica ai migranti irregolari. In altre parole, nello studiare le interazioni sociali tra i migranti e questa organizzazione medica, il mio proposito è quello di descrivere come si concretizza il rapporto tra il migrante, la presenza o l'assenza di salute o di malattia e l'istituzione medica, specie nella fase di accesso al servizio sanitario. Indagare questo rapporto significa primariamente ricostruire il set di significati che ogni attore sociale elabora interagendo con gli altri attori sociali e di rimando individuare le affinità e le divergenze tra i diversi modi di pensare il mondo, nonché gli squilibri di potere che forniscono a una delle parti la capacità di imporre la sua definizione della situazione (quest'ultimo aspetto, almeno in questa fase della ricerca, non può che essere un'ipotesi). Da qui sorge la necessità di immergersi pienamente nel mondo sociale. Questa opzione mi ha indirizzato verso la scelta del metodo etnografico, ad avviso di chi scrive il più adeguato a cogliere e a comprendere da una prospettiva micro-sociologica il dispiegarsi delle relazioni e delle interazioni tra gli attori sociali. Questo modo di operare è contiguo a quanto teorizzato dalla scuola sociologica di Chicago e riassunto nel famoso precetto che esorta a “scendere per le strade e guardarsi intorno”²⁰², da considerarsi come un invito ad usare i sensi come uno strumento indispensabile per studiare la quotidianità, invito che chi scrive ha inteso fare proprio.

Lo sguardo che dovrebbe contraddistinguere una ricerca etnografica è uno sguardo stupito su qualsiasi accadimento che un ricercatore si trovi di fronte. Tuttavia esso non deve diventare fanciullesco ed ingenuo ma si deve comporre di solidi presupposti teorici e, per quanto possibile, di esperienza costituita da ricerche pregresse.²⁰³

202 Madge J., *Lo sviluppo dei metodi di ricerca empirica in sociologia*, Bologna, il mulino, 1966, p. 124

203 Dal Lago A. De Biasi R., *Un certo sguardo*, Roma-Bari, Laterza, 2002

Inoltre, prerogativa fondamentale del metodo di indagine etnografico è di utilizzare una “cassetta degli attrezzi” che contenga tecniche diverse a seconda dell'occasione e dell'opportunità.²⁰⁴

Ad esempio in questa ricerca, che poggia su elaborazioni teoriche proprie sia della sociologia delle migrazioni ma anche della sociologia dell'organizzazione, ho utilizzato diversi tipi di dati per ricostruire un quadro generale. Mi sono servito di documentazione interna all'organizzazione studiata come ad esempio dati statistici, regolamenti e comunicazioni interne, relazioni sulle attività svolte e statuto. Ho però utilizzato principalmente due tecniche di ricerca: l'osservazione partecipante e l'intervista discorsiva. Unite assieme queste tecniche hanno il pregio di consentire un'analisi basata sul confronto diretto dei dati operativi con quelli dichiarati.

Quanto detto fin ora tuttavia non spiega completamente quale siano state le motivazioni per le quali il campo di studio si sia concentrato sull'Associazione Sokos. I motivi che mi hanno portato a restringere il campo di studio sono stati di varia natura. Prima di tutto in una ricerca che utilizzi delle tecniche qualitative di ricerca e ancora di più un metodo etnografico un campo di indagine limitato assicura un maggior grado di validità e attendibilità dei risultati ai quali si perviene. Non taccio che anche alcune contingenze meramente pratiche hanno influito sulla scelta di esaminare unicamente il servizio di medicina di base dell'Associazione Sokos. Tra queste la vicinanza spaziale tra la sede di Sokos e quella del mio Corso di studi universitari, entrambe situate nel centro storico della città di Bologna, ha agito indubbiamente da incentivo vista la possibilità di studiare una realtà sociale significativa nel contesto urbano bolognese senza che ciò comportasse per me grandi dispendi di tempo negli spostamenti. A questo si è unito il vantaggio di collocare lo studio dell'oggetto di indagine in un contesto cittadino che almeno in parte conoscevo. Ciò è stato molto utile poiché attraverso una conoscenza minima della geografia cittadina e dei comuni limitrofi, ad esempio nella disposizione dei quartieri e dei servizi sanitari, ho potuto interpretare meglio i riferimenti durante le interviste o i colloqui informali sia con i migranti che con gli operatori sanitari. Un altro motivo importante, che tratterò più approfonditamente tra poco, è rappresentato dalla relativa facilità con cui ho avuto accesso al campo.

Da ultimo, dopo una prima fase “esplorativa” in cui ho allacciato i rapporti con i membri del servizio che intendevo studiare mi è parsa più chiara l'utilità di osservare un servizio medico strutturato come quello di Sokos. La specificità di questo servizio mi ha facilitato nel condurre un'osservazione su più piani in relazione agli attori sociali coinvolti. L'ambulatorio Sokos contiene infatti due parti divise fisicamente e operativamente: la prima è quella medica, la seconda quella di segreteria (o burocratica). Ho così potuto osservare le interazioni tra i migranti e il personale medico e anche con quello di segreteria; soprattutto in quest'ultimo caso l'osservazione ha

204 Clifford J., Marcus G., (a cura di), *Scrivere le culture. Poetiche e politiche in etnografia*, Roma, Meltemi, 1997

comportato la raccolta di informazioni, sotto forma di aneddoti, storie e brevi racconti riguardanti quelle parti dei percorsi di salute degli utenti²⁰⁵ che si svolgono al di fuori dell'ambulatorio Sokos. Inoltre nell'unire le due parti ho ottenuto, pur con tutte le specificità del caso dovute alla natura volontaria dell'Associazione Sokos, una visione di insieme più completa del rapporto tra migranti e istituzioni mediche.

Un altro elemento che ha orientato chi scrive a circoscrivere ed allo stesso tempo ad approfondire il campo di ricerca è stata la caratteristica principale che contraddistingue l'ambulatorio Sokos: quella di essere un servizio mirato, ossia rivolto ad una specifica utenza. Il vantaggio rispetto all'osservazione in un altro servizio sanitario non mirato risiede nella presenza di un'utenza omogenea, nello specifico migranti sprovvisti di permesso di soggiorno; di conseguenza le rilevanze empiriche saranno da mettere in relazione a questa fascia di popolazione migrante.

L'ultima motivazione che mi ha spinto a studiare l'ambulatorio Sokos di Bologna è stato il suo carattere di ambulatorio di medicina di base.²⁰⁶ Nel sistema sanitario italiano il medico di base è il punto di accesso più radicato nel territorio, è una parte fondamentale dell'Istituzione sanitaria, quella più vicina ai cittadini e svolge una fondamentale opera di tutela della salute pubblica attraverso attività di cura e al contempo di monitoraggio della salute collettiva. Poiché è al medico di medicina generale a cui con più frequenza e continuità si rivolgono gli autoctoni e i migranti regolari (e irregolari laddove esista un servizio loro dedicato)²⁰⁷ per risolvere i propri problemi di salute, prendere in esame l'attività dell'ambulatorio Sokos significa capire maggiormente come si articola l'accesso al SSN da parte di una particolare utenza come quella dei migranti irregolari.

Da ultimo ho avuto immediatamente l'impressione, poi confermata durante la mia osservazione, che fosse rilevante studiare Sokos poiché pur essendo un'organizzazione quasi "intangibile" dal punto di vista della sua visibilità sociale (che è scarsa, per lo meno per chi non si occupa direttamente di temi sanitari), raggiunge tuttavia risultati sociali tangibili non solo su a livello individuale ma anche a quello della società locale.

Il racconto dettagliato delle tecniche di ricerca usate, un racconto che potrebbe annoiare il lettore,

205 Il termine "utente", nel caso dei migranti senza permesso di soggiorno, risulta a mio avviso particolarmente inadeguato perché in esso le differenze e soprattutto le disuguaglianze sociali tendono a sfumare. Tuttavia lo utilizziamo perché ci pare quello di più immediata comprensione per il lettore evitandoci in tal modo di appesantire il testo.

206 L'ambulatorio Sokos fornisce inoltre anche prestazioni mediche gratuite di tipo specialistico. Esse tuttavia, pur essendo state costantemente tenute in considerazione durante l'analisi prodotta, non hanno costituito oggetto specifico di indagine.

207 Un'indagine condotta sull'accesso ai servizi sanitari mostra anche come anche il pronto soccorso sia grandemente utilizzato, spesso in maniera inappropriata, sia dagli autoctoni che soprattutto dai migranti. Un discorso a parte però va fatto per gli irregolari per i quali il presidio medico del pronto soccorso diventa l'unico disponibile dove manchino dei servizi appositi di medicina di base. A riguardo si veda Bruni A., Fasol R., Gherardi S., *L'accesso ai servizi sanitari (traiettorie, differenze, disuguaglianze)*, Roma, Carocci, 2007

mi pare sia fondamentale per descrivere i propositi che muovono questo lavoro. A mio avviso esso ha il vantaggio di ricordare a chi legge che nelle interazioni e relazioni sociali osservate, nelle narrazioni ascoltate e riportate c'è sempre “di mezzo” il ricercatore. Compiendo l'operazione di situare l'osservatore nel mondo sociale che studia, mi discosto in parte dalla tradizione etnografica più strettamente “realista”²⁰⁸, alla quale si può rimproverare di nascondere il ricercatore che diventa una sorta di voce fuori campo che narra gli avvenimenti. Inoltre, informare il lettore sulle tecniche di indagine utilizzate si prefigge lo scopo di rendere quanto più possibile ripercorribile cognitivamente l'intero studio,²⁰⁹ che significa in ultima istanza dare la possibilità a chi legge di venire a conoscenza non solo delle conclusioni a cui si è pervenuti, ma anche del percorso e dei modi che hanno portato a formularle affinché possa eventualmente constatarne la correttezza.

Nelle fasi iniziali di questo studio, l'assenza di ipotesi forti verso cui indirizzare la ricerca mi ha sicuramente indirizzato verso un approccio vicino alla cosiddetta *Grounded Theory*.²¹⁰ Tuttavia a differenza di quanto prevede questa impostazione metodologica, per la quale la formulazione di ipotesi a monte della ricerca sul campo sarebbe solamente una sorta di lente deformante, ho tentato di innescare un percorso circolare che partisse dalla formulazione di ipotesi parziali a partire dall'osservazione sul campo di ricerca. Tali ipotesi sarebbero poi dovute essere verificate con riscontri successivi ed eventualmente riformulate, in tutto o in parte. Ho quindi privilegiato un approccio induttivo nel quale, durante la presenza sul campo, l'osservatore comincia a descrivere gli schemi interpretativi attorno ai quali si articolerà il testo finale. D'altra parte questa sembra essere la soluzione migliore per uno stile di ricerca come quello etnografico contraddistinto da un'elevata imprevedibilità. L'imprevedibilità dell'osservazione partecipante “è il suo carattere di incontro unico ed irripetibile tra un ricercatore, un contesto sociale particolare in un tempo storico specifico”²¹¹

L'accesso al campo di indagine non ha comportato grosse difficoltà, potrei sostenere addirittura che è stato un accesso facile. Il processo di negoziazione della mia presenza in qualità di osservatore all'interno degli spazi dell'Associazione, con la sola eccezione degli ambulatori medici (anche se come racconterò, una serie di coincidenze mi ha permesso di effettuare un'osservazione anche in questo luogo) è stata piuttosto breve. Il primo incontro con la direttrice sanitaria è avvenuto, a seguito di una mia richiesta per via telefonica, presso la sede dell'associazione durante la prima settimana dell'ottobre 2007. In quest'occasione ho avuto modo di rendere espliciti le finalità di studio della mia ricerca, i suoi contenuti- per quanto approssimativi- e l'oggetto della ricerca. Questa esplicitazione diveniva necessaria per due ordini di ragioni: la prima di ordine etico voleva

208 Tra i tanti lavori etnografici che usano uno stile naturalistico ci riferiamo in questo caso, anche per affinità teoriche e metodologiche, alla famosa ricerca di Erving Goffman “Asylums”.

209 Cardano M., *Tecniche di ricerca qualitativa*, Roma, Carocci, 2003

210 Cipolla C. (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Milano, Franco Angeli, 1998 p. 253

211 Marzano M., *Etnografia e ricerca sociale*, Bari, Laterza, 2006 p.36

che una questione delicata come quella della salute delle persone, tanto più se migranti irregolari, fosse trattata con quanto più rispetto, dolcezza e riservatezza possibili. Quindi, ritenendo particolarmente delicato il rapporto medico-paziente, e le storie di salute e malattia che mi sarebbero state narrate, volevo che chi mi concedeva di indagare quest'ambito fosse a conoscenza del mio impegno in tal senso. La seconda ragione, concernente più strettamente la tecnica usata, era in parte legata alla prima e riguardava la non necessità da parte mia di utilizzare strategie osservative come il de-focus.²¹² Ritengo inoltre che la facilità con la quale mi è stato concesso di accedere al campo di ricerca derivi in parte anche dalla necessità di Sokos di ottenere un certo grado di visibilità, diventando oggetto di una ricerca per una tesi di laurea universitaria. Inoltre il mio dichiararmi da subito membro di “Harambe”, un'associazione studentesca di volontariato molto attiva nel territorio cittadino nel lavoro con i migranti e con la quale Sokos ha collaborato in un paio di occasioni, mi ha sicuramente dipinto come persona più vicina e fidata. Agli occhi della direttrice sanitaria potevo sembrare quindi più un collega, una persona che conosce in qualche modo le questioni migratorie, che un ricercatore sotto la cui lente sarebbe passato anche il suo operato e quello dell'organizzazione che coordina. La direttrice sanitaria ha assunto quello che in molte ricerche etnografiche²¹³ è il ruolo del garante: un membro del gruppo o della cultura da studiare, dotato solitamente di più potere sociale, che conosce molto bene anche la “provenienza culturale” del ricercatore e che per questo fa da ponte tra il due “mondi sociali”. Alcune azioni messe in atto successivamente dalla direttrice hanno confermato questo suo ruolo. Infatti si subito è impegnata ad illustrare il mio progetto di ricerca al consiglio direttivo dell'associazione per richiedere un'autorizzazione ufficiale, oltre a quella che già mi aveva concesso lei stessa a titolo personale, dopo la quale avrei potuto iniziare la ricerca, cosa che di fatto si è verificata appena un settimana più tardi. La direttrice si era inoltre incaricata di informare tutti i soci di “Sokos” circa il motivo della mia presenza in ambulatorio, utilizzando lo strumento della posta elettronica. Anche in questo caso la comunicazione è stata molto rapida ed efficace e mi ha procurato non pochi vantaggi poiché mi ha permesso di evitare di presentarmi ogni volta che facevo la conoscenza di volontari prima sconosciuti. In Sokos infatti, soprattutto in alcuni periodi, si verifica tra i volontari (medici o personale della segreteria) un *turnover* che coinvolge diverse persone. La direttrice ha interpretato il ruolo di garante anche nel facilitarmi le comunicazioni con i membri dell'associazione; ho potuto dare le mie comunicazioni in merito alla ricerca a tutti i volontari tramite le mail che inviavo alla direttrice sanitaria la quale prontamente le inoltrava a tutti i soci Sokos. Un altro membro

212Il *de focus* è una strategia usata nell'osservazione partecipante attraverso con la quale il ricercatore dichiara di essere interessato a studiare un determinato fenomeno organizzativo ma nella realtà la sua attenzione è diretta ad osservarne un altro senza che ne siano informati i membri dell'organizzazione. A riguardo si veda Bruni A., *Lo studio Etnografico delle organizzazioni*, Roma, Carocci, 2003

213Mi riferisco qui all'opera di T. F. Whyte “Street Corner Society” trad it “Little Italy” Bari, Laterza, 1968

dell'organizzazione, una donna che lavora con gli aspetti amministrativi con mansioni di tesoreira, è stata la mia referente per quanto riguarda la raccolta dei dati quantitativi, prestandosi peraltro a ciò con grande disponibilità e gentilezza. E a lei che mi dovevo rivolgere per avere i dati socioanagrafici degli utenti e altro materiale informativo sull'associazione, statuto, report sulle attività svolte ecc. Essa ha interpretato quindi quello che in ambito organizzativo viene definito come la figura del *gatekeeper* ossia il membro del gruppo o dell'organizzazione che non solo ha il compito di "controllare l'accesso" degli estranei, ma anche per così dire di difendere l'organizzazione fornendone la rappresentazione ufficiale, ossia la "teoria dichiarata".²¹⁴ Nel corso di questo primo colloquio ho definito anche la mia collocazione fisica all'interno degli spazi dove opera Sokos. Mi sarebbe stata concessa per tutta la durata della mia permanenza sul campo una stanzina che nei progetti dell'associazione sarebbe dovuta diventare una piccola biblioteca (per questo già arredata con un tavolo, scaffali e qualche pubblicazione) nella quale avrei potuto stabilirmi e lavorare in tranquillità e solitudine, a distanza da segreteria e ambulatori. Ultimo elemento che si è rivelato importante nella negoziazione del mio accesso al campo è stata la mia promessa non solo di lasciare una copia della mia ricerca ma anche di discuterne i contenuti con i soci Sokos in occasione di un incontro collettivo.

La mia presenza sul campo è durata all'incirca due mesi (da metà ottobre a metà dicembre 2007), seguita da un periodo di due settimane di presenza sporadica, nei quali ho frequentato l'ambulatorio di medicina di base durante i suoi orari di apertura in 3 giorni alla settimana: il lunedì dalle 17 alle 19.30, il mercoledì dalle 16 alle 19.30 e il sabato dalle 9 alle 11.30. Tuttavia la mia presenza in ambulatorio è andata al di là degli orari di apertura al pubblico dato che in diverse occasioni è cominciata più di un'ora prima dell'inizio delle visite e qualche volta si è conclusa quando anche l'ultimo paziente era stato visitato, ben oltre l'orario di chiusura. Ciò mi ha dato la possibilità di osservare due momenti di particolare importanza nella strutturazione del lavoro a livello organizzativo e nel rapporto con gli utenti. La fase di pre ambulatorio è quella dove si delinea forse con più chiarezza la divisione tra "ribalta e retroscena"²¹⁵ che coinvolge sia il personale Sokos ma anche i migranti in attesa di essere visitati. Durante il momento post ambulatorio ho potuto ascoltare una sorta di bilancio della giornata nei discorsi informali tra i membri dell'organizzazione, discorsi ricchi di aneddoti, valutazioni e giudizi su quanto avvenuto nelle ore di ambulatorio. Insomma ho colto la costruzione di una narrazione informale, "ripulita" dai ruoli organizzativi e dal rigido controllo della deontologia medica. Nel corso del mio primo incontro ho negoziato inoltre la mia posizione di osservatore che sarebbe stata scoperta per il personale di Sokos e coperta per i

214Weik K., *Senso e significato nell'organizzazione*, Milano, Raffaello Cortina, 1997

215Di questi come di altri importanti concetti questo lavoro è debitore alla sociologia goffmaniana

migranti che usufruivano delle prestazioni mediche. In questo caso mi sono in parte discostato dalla classificazione per la quale “(...)l’osservatore partecipante prende parte regolarmente alle attività che osserva e il suo duplice ruolo di solito non è noto agli altri partecipanti”²¹⁶ Impostare l’osservazione in tal modo, coperta per una parte e scoperta per un’altra ha avuto, come è naturale, vantaggi e svantaggi che ho soppesato attentamente e che mi hanno condotto alla scelta sopra descritta. Avrei certamente potuto condurre un’osservazione coperta anche nei riguardi dell’organizzazione, tuttavia ragioni etiche e di efficacia dell’osservazione hanno prevalso nella definizione del mio ruolo di osservatore. Prima di tutto l’oggetto di studio della mia ricerca non si sovrapponeva esattamente con lo studio unico e definito dell’organizzazione Sokos. In tal caso l’osservazione coperta sarebbe stata forse la scelta migliore poiché mi avrebbe permesso di essere trattato in toto come attore organizzativo, per di più neofita e quindi destinatario per forza di un processo di socializzazione organizzativa, mettendomi in condizione di individuare in modo più puntuale quindi il divario tra teoria dichiarata e teoria in uso.²¹⁷ Se avessi trascorso due mesi nell’ambulatorio spacciandomi per un nuovo volontario, non destando alcun tipo di sospetto, avrei certamente avuto a disposizione un numero molto superiore di informazioni sulle pratiche organizzative rispetto a quelle che ho potuto cogliere attraverso l’osservazione dei comportamenti degli attori organizzativi e la raccolta delle loro dichiarazioni sotto forma di interviste. Il principale svantaggio di un’osservazione coperta però è quello di essere costretti a coprire un’unica posizione di ruolo ed è quindi difficile cambiare punto di vista rispetto a quello del ruolo che si sta studiando. Inoltre, non vi è stata alcuna ragione che riguardasse la mia sicurezza personale né tanto meno una qualche propensione da inchiesta giornalistica a smascherare il funzionamento di un’organizzazione, che giustificassero il mantenere nascosta la mia identità di ricercatore. Da un punto di vista etico infine, il mostrarmi come qualcuno che stava compiendo una ricerca sociale è sorto dalla necessità di far chiarezza fin da subito in un ambito molto delicato e che tocca la dimensione intima delle persone come quella della salute psicofisica evitando così di venire in possesso di informazioni strettamente mediche e personali che comunque non mi sarebbero servite per gli obiettivi dell’indagine. Invece, i benefici che ho ottenuto dall’agire “scoperto” nei confronti del personale organizzativo sono stati molteplici. Ho potuto aggirarmi liberamente in tutti gli spazi dove si svolgevano le diverse attività: segreteria, sala di attesa e, con diverse restrizioni dettate dal mantenimento della privacy, negli ambulatori. Inoltre ho potuto portare sempre con me un taccuino dove appuntare “*just in time*” le mie osservazioni sugli accadimenti. Non appena notavo un evento rilevante avevo la possibilità di cessare l’attività che stavo svolgendo, appartarmi nella stanza a mia

216 Bailey K. D., *Metodi della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino, 1994 p. 287

217 Weik K., *Senso e significato nell’organizzazione*, cit.

disposizione qualora ve ne fosse stata l'esigenza, e stendere immediatamente delle note etnografiche quanto più possibile puntuali e precise perché vicine temporalmente all'evento considerato evitando “la ricostruzione ex post di un'interazione, di per sé un'operazione in cui si rischia di perdere le sfumature.”²¹⁸

L'osservazione scoperta porta con sé l'aspetto vantaggioso di una diminuzione del rischio di “diventare nativi”, visto che non si è costretti a fornire in continuazione agli altri membri dell'organizzazione o del gruppo studiato un'interpretazione convincente del proprio ruolo, evitando così di appiattare il proprio sguardo etnografico sulla prospettiva determinata da questo ruolo.

Ho cercato comunque di impostare la mia osservazione scoperta in maniera quanto più possibile collaborativa e partecipativa. Durante la mia presenza in ambulatorio ero solito dare una mano svolgendo semplici compiti, soprattutto quando l'elevata affluenza di pubblico metteva in difficoltà l'operare del personale della segreteria. E' capitato di frequente che fossi io a fotocopiare gli esami dei pazienti da inserire nella cartella clinica, a dare delle informazioni telefoniche, a portare le cartelle cliniche negli ambulatori in cui si stavano svolgendo le visite, e a ritirare quelle dei pazienti già visitati, a fornire delle informazioni di carattere generale ai migranti in attesa di visita o del proprio turno in segreteria, a prenotare gli appuntamenti per le visite specialistiche interne, a ricercare in archivio la cartella clinica di un paziente. Qualche volta inoltre mi sono prestato a tradurre, in inglese e in spagnolo, i dialoghi tra gli operatori di segreteria e i migranti specie se alla loro prima visita. Il rischio sempre presente nei casi come questi nei quali si svolgono attivamente delle mansioni è quello di trasformarsi, come direbbe Whyte, in un un “partecipante che non osserva”²¹⁹. Nel mio caso questa situazione non si è verificata data la stessa natura dell'osservazione scoperta per il personale Sokos che mi permetteva di distaccarmi in qualunque momento da ciò che stavo facendo per concentrarmi maggiormente sulla mia ricerca. La partecipazione alle attività di routine organizzativa mi è stata tuttavia di grande aiuto. Infatti mi ha permesso un certo grado di libertà di movimento negli spazi dove avvenivano le interazioni sociali più significative, di collocarmi quindi di volta in volta in un punto di osservazione diverso monitorando così le diverse fasi delle del percorso dell'utente all'interno del servizio; inoltre sono riuscito a rendere meno evidente ed ingombrante il mio ruolo di ricercatore, mischiandolo e bilanciandolo con quello di collaboratore, amico e collega dato che il fatto che io contribuissi alle attività quotidiane mi ha sicuramente reso meno “corpo estraneo” agli occhi degli attori organizzativi. Questi hanno percepito meno pesantemente la mia presenza e non si sono sentiti costantemente esaminati da una specie di valutatore esterno, mantenendo in tal modo un comportamento più fedele alla normalità

218 Longo V., *Dando l'anima alla città galleggiante. Il lavoro emotivo nelle navi da crociera*, Tesi di dottorato di ricerca in sociologia dei processi comunicativi nella sfera pubblica, p. 96

219 Whyte T. F., *Litte Italy*, Bari, Laterza, 1968 p. 405

organizzativa. Tuttavia il mio dare una mano non è stato solamente una sorta di sdebitamento per ricambiare “l’ospitalità” concessami né solo un modo per attenuare gli svantaggi dell’osservazione scoperta, ma è stato fondamentale nella costruzione della parte di osservazione non palese.

Perché ho deciso di non mostrarmi apertamente come ricercatore, per lo meno fino al momento dell’intervista, ai migranti che utilizzavano il servizio? E quali sono state le tecniche messe in atto per celare il vero motivo della mia presenza in quel luogo?

Rispondo alla prima questione mettendo in evidenza la particolarità del contesto sociale studiato nel quale un migrante privo di permesso di soggiorno si rivolge, magari per la prima volta, ad un servizio medico per risolvere i suoi problemi di salute (parliamo perciò di un ambito molto intimo della vita privata di un individuo). In una scena sociale del genere, mostrarsi come qualcuno che si aggira per l’ambulatorio con un taccuino in mano a fare domande ed ad osservare sistematicamente tutti i presenti avrebbe significato farsi etichettare come ficcanaso alla meglio, alla peggio come giornalista o poliziotto. L’effetto di distorsione che avrei prodotto sarebbe stato così potente da inficiare irreparabilmente la raccolta dei dati non solo per la parte dell’osservazione partecipante ma anche per quella dell’intervista discorsiva. Agire in tal modo avrebbe comportato altresì una produzione di un clima di tensione di insicurezza e diffidenza nei confronti di Sokos stesso, con il conseguente deterioramento della relazione di fiducia che lega i migranti al personale dell’ambulatorio.²²⁰ Ho mantenuto il mio ruolo di operatore Sokos nel modo più semplice e diretto possibile, ossia facendomi vedere coinvolto nelle questioni organizzative. Ad esempio, passavo attraverso la sala di aspetto piena di persone in attesa per portare o prelevare delle cartelle cliniche negli ambulatori dove si stavano svolgendo le visite mediche, dimostrando così di essere un individuo accreditato ad entrare in degli spazi solitamente inaccessibili per l’utenza. Altre azioni che mi legittimavano come membro dell’organizzazione erano: prenotare le visite specialistiche ai pazienti che lo richiedevano, dare informazioni e parlare in pubblico con il personale medico e di segreteria. Preciso che non ho costantemente tenuto sotto controllo tutte queste azioni con il fine di mostrarmi un competente operatore di Sokos, ma che esse maturavano spontaneamente durante la mia presenza in ambulatorio. Sono stato ben lieto di aiutare il personale di Sokos nello svolgere i compiti che mi venivano richiesti -peraltro nessuno ha mai “sfruttato” la mia presenza in ambulatorio per sgravarsi di parte del proprio lavoro- soprattutto quando ho capito che il farlo sarebbe stato molto utile anche alla mia ricerca.

Il riscontro che il mio ruolo, dal punto di vista dell’utenza, fosse quello di operatore di Soks e non

²²⁰ A mio avviso, infatti, un ricercatore sociale da un lato deve costantemente tenere sotto controllo l’andamento della sua ricerca, dall’altro deve mettere in campo tutta una serie di accorgimenti per tutelare il campo di ricerca che riducano al minimo la sua invasività ed eventuali cambiamenti e distorsioni prodotte nel contesto sociale studiato. Eccezioni parziali o totali a questo proposito sono da considerarsi pratiche di ricerca quali la ricerca azione e la conricerca le quali muovono da finalità di cambiamento del contesto sociale oggetto di studio.

di ricercatore, me l'hanno dato le frequenti richieste di informazioni che mi venivano rivolte dai pazienti. In più occasioni inoltre, sono stato scambiato per un medico. Traggo ispirazione da questo fatto per introdurre la questione dell'etica seguita nell'osservazione coperta. Soprattutto quando qualche migrante mi fermava, scambiandomi per un medico, succedeva che chi mi stava parlando iniziasse fin dalle prime battute a raccontarmi che problema di salute lo stava interessando, ad elencarmi i sintomi oppure a narrarmi la sua storia clinica. A questo punto, non appena capivo di che si stava trattando, fermavo il mio interlocutore dicendogli che non ero un medico e che appena possibile lo avrebbero visitato o in alternativa mi impegnavo io stesso a sottoporre alla prima occasione il caso alla segreteria o ai medici. Se fossi rimasto ad ascoltare i racconti che mi venivano fatti, avrei sicuramente guadagnato in quantità e qualità di informazioni ottenute. Il prezzo sarebbe stato però quello di ingannare delle persone che si trovavano in un condizione di bisogno.

Quando mi è stato possibile, ho fornito informazioni a chi me lo chiedeva. Le informazioni concernevano principalmente indicazioni di carattere pratico su come ottenere o rinnovare il tesserino Stp o come raggiungere altri servizi medici in città. Quando non ero certo delle indicazioni che stavo comunicando, mi informavo io stesso da qualcuno di competente oppure facevo da portavoce o da interprete delle richieste altrui. La mia disponibilità in tal senso l'ho sempre pensata come una qualche forma di "risarcimento" nei riguardi di chi mi stava raccontando parti anche importanti della sua esperienza, o semplicemente si stava facendo osservare mentre parlava con altri, o mi salutava o scambiava due chiacchiere con me credendomi in un ruolo che in realtà non era il mio.

Nella pratica dell'osservazione partecipante ho attuato quindi una sorta di "pendolarismo di ruolo" tra quello di membro dell'organizzazione, se visto dalla prospettiva dei pazienti stranieri, e quello di ricercatore interessato a studiare una specifica situazione sociale, dal punto di vista del personale di Sokos. Ho giocato quindi sulla mia appartenenza e non appartenenza, mettendo a frutto in tal modo la caratteristica fondamentale dello sguardo etnografico: la sua obliquità. Questo spostarsi su due ruoli differenti e contrastanti ha comportato per me un grande impegno e una grande fatica in termini di controllo della rappresentazione dell'identità personale, poiché nello spostarmi nei diversi spazi, nel parlare con le persone e nei momenti di intervista ho dovuto costantemente individuare il *frame* all'interno del quale agire ed interagire con gli individui. Ciò mi ha tuttavia reso più consapevole dell'importanza degli "attributi discriminanti di ruolo" l'età, la nazionalità e il genere, nonché del loro essere culturalmente definiti.²²¹ Il terreno su cui ho applicato questa consapevolezza è stato quello dell'intervista, anche se in generale essa ha interessato tutte le interazioni *face to face*. Ad esempio l'attributo dell'età anagrafica ha evidenziato la presenza o l'assenza di un certo grado

221 Longo V., *Dando l'anima alla città galleggiante. Il lavoro emotivo nelle navi da crociera*, cit. p.75

di squilibrio nella relazione di intervista a seconda che questa avvenisse con il personale medico e amministrativo dei Sokos oppure con i migranti. La differenza di età tra me e il personale dei Sokos che era abbastanza elevata (all'incirca di 25 anni) tendeva a generare una situazione nella quale l'intervistato dava delle informazioni all'intervistatore "dall'alto della sua esperienza" con il rischio concreto che l'intervista, piuttosto che tutte le altre interazioni sociali, si trasformassero in un'esposizione pedagogica. Ho limitato il prodursi di queste situazione sia facendo delle domande puntuali e precise, sia cercando di mostrarmi sufficientemente competente da non dover essere per forza istruito su quanto di volta in volta mi veniva riferito. Con i migranti intervistati la metà dei quali erano miei coetanei o con una differenza di età di poco conto, vi è stato durante l'intervista un rapporto più paritario, poiché le distanze prodotte dalla differenza di età erano molto attenuate. In parte tuttavia, le distanze sociali tra me e i migranti intervistati sono emerse sull'asse della differenza di genere, specie con le donne migranti provenienti dal continente africano. Mi sono reso conto della difficoltà a volte presente da parte delle donne immigrate di parlare a me, uomo e occidentale, dei loro problemi di salute. Ho cercato di limitare questa distanza creando, nel luogo dell'intervista, un clima di complicità mostrandomi quanto più possibile propenso all'ascolto e dilatando, quando se ne presentava l'occasione, il tempo dell'intervista per permettere l'instaurarsi di una più solida relazione di fiducia tra intervistatore ed intervistato.

Spostarmi da un *self* all'altro mi ha infine consentito di situare la mia osservazione anche da punti marginali rispetto alla scena sociale osservata e ciò ha avuto il pregio di permettermi di focalizzare elementi di particolare interesse che altrimenti, a causa dell'immersione completa nell'interazione sociale modellata dall'interpretazione esclusiva di un ruolo, non sarebbero stati notati. Inoltre i punti marginali, spesso punti di confine tra definizioni della situazione diverse, mi hanno messo in condizione osservare quasi simultaneamente accadimenti sociali differenti.

Ho deciso di strutturare l'osservazione secondo tre direttrici principali, che il parte si possono ritrovare anche nelle interviste eseguite al personale e all'utenza di Sokos.

La produzione e il mantenimento dell'insieme delle pratiche organizzative che determinano l'operare dell'organizzazione e il loro situarsi ad esempio nella struttura fisica e sociale dell'organizzazione, nelle interazioni tra gli attori organizzativi e nel linguaggio da essi utilizzato.

Il comportamento mantenuto dai pazienti, specie quando non sono in diretto contatto con il personale di Sokos.

Il rapporto tra organizzazione ed utenza come viene strutturato nella loro interazione sociale.

Queste tre linee di osservazione difettano forse di circospezione, tuttavia proprio per la loro natura volutamente a "maglie larghe" sono stato in grado di notare elementi interessanti che magari mi sarebbero sfuggiti se se avessi dato troppo peso al definire il grado di congruenza di un dato

osservato con un elemento della griglia osservativa.

Come già detto precedentemente, durante il tempo della mia presenza in ambulatorio non mi sono mancate le occasioni per annotare ciò che mi accadeva intorno o le situazioni che mi coinvolgevano direttamente. Gli appunti che scrivevo in velocità non appena riuscivo a sottrarmi alle attenzioni degli osservati, venivano rielaborati a distanza di poco tempo (al massimo di una giornata) sotto forma di “diario di campo”. Questo modo di scrivere i protocolli etnografici mi ha messo in condizione da un lato di “non perdere in osservazione” se mi fossi dedicato subito alla stesura di note lunghe, dall’altro di rendere meno evidente ed ingombrante il mio ruolo di ricercatore sul campo. Nello scrivere il diario mi sono dedicato a ripercorrere fedelmente gli avvenimenti osservati secondo le suggestioni contenute negli appunti. Ho avuto così il tempo per riflettere e commentare quanto visto e sentito, di collegarlo con le interviste che nel frattempo stavo svolgendo e di costruire passo dopo passo il percorso della ricerca. Durante la scrittura del diario non ho distinto le note, come consigliano i manuali di etnografia, nelle quattro classiche tipologie: osservative, metodologiche, teoriche ed emotive²²². Ho attuato questa operazione *ex post*, accorgendomi tra l’altro di aver privilegiato note di tipo osservativo e teorico piuttosto che quelle metodologiche ed emotive, queste ultime quasi del tutto assenti. D’altra parte nei manuali metodologici raramente sono contenuti consigli e suggerimenti pratici su come superare gli ostacoli che spesso il campo di ricerca ci pone davanti, né gli stessi manuali indirizzano a scelte precise poiché ogni etnografia fa storia a sé.

Il diario etnografico è stato oggetto di una attenta e approfondita rilettura con il fine di utilizzare quanti più spunti possibile per ampliare l’elaborazione successiva.

Il materiale proveniente dalle note contenute nel diario è stato utilizzato, come si avrà modo di leggere successivamente, in maniera indiretta. Rare volte, infatti, ho riportato passi estrapolati dal diario. Questi di solito riguardano frasi pronunciate da qualche attore che mi sono sembrate paradigmatiche e particolarmente efficaci nell’esplicare, talvolta enfatizzandoli, alcuni concetti. Gran parte delle riflessioni e delle descrizioni contenute nel diario si mescolano, dove non espressamente indicato, con altre di natura generale e divengono parte integrante del ragionamento complessivo. Ritengo infatti le note etnografiche siano già frutto di una qualche forma di elaborazione poiché sono filtrate dalla percezione fisica ed intellettuale del ricercatore, a differenza per esempio delle parole di un’intervista dove l’intervento del ricercatore è sicuramente minore.²²³ Perciò nella costruzione del testo ho preferito riportare direttamente alcuni brani di intervista, rappresentanti dati in qualche modo più “oggettivi”, mentre ho deciso di esporre implicitamente i

222 Gobo G., *Descrivere il mondo*, Roma, Carocci, 2001

223 Tratterò tra breve le questioni concernenti il ruolo dell’intervistatore nella relazione di intervista.

restanti dati di campo.

Passo ora ad illustrare l'utilizzo che ho fatto in questa ricerca della tecnica dell'intervista che è stata uno strumento di importanza fondamentale al pari dell'osservazione partecipante. Nel periodo della mia permanenza sul campo ho svolto un totale di 20 interviste. Ho scelto di intervistare i tre attori principali che influenzano e a loro volta sono influenzati dall'azione di Sokos: migranti, personale della segreteria e personale medico. Ciascuno ha ovviamente un ruolo diverso nel rapporto con l'organizzazione medica e ha di essa una visione differente da quella degli altri attori sociali. Il mio intento è stato quello di comparare queste differenti rappresentazioni della propria esperienza non con il fine di verificarne reciprocamente l'autenticità ma di carpirne i punti di contatto e le differenze per pervenire ad una descrizione complessiva e ad una riflessione su questa descrizione. La maggioranza degli intervistati sono migranti e ciò, come avrò modo di articolare maggiormente a conclusione di questo paragrafo, è frutto di una scelta precisa. Chi scrive infatti ha voluto lasciare spazio alle rappresentazioni, ai significati, e ai vissuti di chi solitamente non trova possibilità per esprimerli. In altre parole l'autoctono, nell'analisi di un'organizzazione ideata e gestita da altri come lui, ha voluto porsi dalla parte di chi autoctono non è e che fa esperienza di questa organizzazione con "sguardo straniero". I migranti intervistati, che con modalità diverse usufruiscono o hanno usufruito del servizio Sokos, sono stati 15: rispettivamente 11 femmine e 4 maschi;²²⁴ le interviste al personale della segreteria sono state 2 (un maschio e una femmina), mentre 3 (due femmine e un maschio) sono stati i medici intervistati. La durata delle interviste differisce a seconda dei gruppi di intervistati: per i migranti essa è stata in media di 45 minuti, mentre per il personale di Sokos è stata di 60. Questa differenza si spiega in parte con le diverse abilità linguistiche che hanno ovviamente facilitato gli autoctoni rendendo le loro interviste più articolate e complesse e quindi più lunghe, dall'altra con la differente quantità di tempo che ciascun intervistato poteva dedicarmi. Per il personale di Sokos infatti le interviste sono avvenute solitamente al di fuori dell'orario di servizio (il più delle volte nel periodo precedente all'apertura dell'ambulatorio), mentre quando non è stato così ho concordato con gli intervistati un appuntamento che permettesse di svolgere l'intervista in un tempo non strettamente contingentato. Le interviste ai migranti invece si sono svolte nell'intervallo di tempo tra il passaggio in segreteria per la richiesta di visita medica e la visita stessa; i tempi dell'intervista in questo caso non sono stati decisi dai partecipanti ma erano vincolati. Tutte le interviste sono state registrate su un supporto digitale, previo consenso dell'intervistato al quale (tranne che per il personale Sokos) è stato assicurato l'anonimato.

224 Nello specifico la componente delle intervistate è così suddivisa per nazionalità: una Etiopese, un'albanese, una russa, una rumena, due marocchine, due ucraine e tre moldave. La componente maschile è invece così suddivisa per nazionalità: un marocchino, un albanese, un moldavo e un migrante proveniente dal Togo.

Per prima cosa ritengo opportuno illustrare il modo nel quale sono riuscito ad intervistare quindici migranti irregolari all'interno dell'ambulatorio Sokos. Durante le prime fasi di osservazione, avevo intuito che sarebbe stato alquanto difficoltoso presentarsi ad un utente, magari in segreteria o in sala di aspetto e quindi sotto gli occhi di tutti gli altri presenti, per chiedergli di farsi intervistare da me. Così facendo, avrei suscitato nei pazienti (migranti irregolari) non poca diffidenza e conseguentemente mi sarei precluso molti possibili contatti e avrei danneggiato il clima di tranquillità e di fiducia tra l'associazione medica e i suoi pazienti. Per questo motivo ho ideato, in collaborazione con il personale della segreteria, una sorta di "percorso di intervista". Questa strategia, della quale tutto il personale dei Sokos era stato informato con una mail, affissa anche nella bacheca degli annunci, constava in una serie di fasi. La prima fase era rappresentata dal contatto con il futuro intervistato. Poiché infatti, tutti i pazienti che vogliono usufruire di qualsiasi prestazione dell'Associazione Sokos devono per forza parlare con il personale della segreteria, ho pensato che questo punto fosse il luogo migliore dove selezionare e contattare i migranti da intervistare. Era lo stesso personale di segreteria a fungere da ponte per mettermi in contatto con i potenziali intervistati, secondo quanto io stesso avevo comunicato riguardo ai criteri di selezione e ai modi per proporre l'intervista. Il colloquio di intervista sarebbe stato proposto ai pazienti già conosciuti perché erano già stati altre volte in ambulatorio, a chi veniva giudicato propenso a parlare e a chi comunque dimostrava una padronanza almeno minima della lingua italiana. Ecco perché nel gruppo di intervistati vi sono persone alla loro prima visita in ambulatorio, affiancati dai "veterani" o da migranti che si sono serviti sporadicamente di questo servizio ma che si sono dimostrati particolarmente espansivi o propensi al racconto di sé. Riguardo alla composizione per genere e nazionalità del gruppo degli intervistati, essa non è stata decisa a priori ma si è definita come conseguenza dei criteri di selezione appena menzionati, pur ricalcando per gran parte la composizione complessiva dell'utenza.²²⁵

Oltre ad aver definito le indicazioni su chi contattare, nel documento distribuito al personale Sokos ho precisato anche quali dovessero essere le modalità di contatto che elenco qui sotto.

- Evitare di nominare, se possibile, la parola "intervista" ma usare espressioni del tipo "fare due chiacchiere", "parlare un po'" o simili. Ciò non aveva lo scopo di ingannare nessuno ma di vincere giuste resistenze, dubbi e sospetti da parte di chi è irregolare. Io stesso avrei chiarito meglio la questione al momento dell'intervista.
- Evidenziare che io ero un ricercatore dell'università "amico" o "collaboratore" dei Sokos.
- Dire chiaramente che il colloquio avrebbe avuto come oggetto il racconto della propria

²²⁵ Come avremo modo di vedere più approfonditamente nel paragrafo successivo, l'utenza dei Sokos si caratterizza per essere a prevalenza femminile e proveniente dall'Europa orientale

esperienza ai Sokos. Anche in questo caso avrei approfondito e ampliato i termini della questione in sede di intervista.

- Rassicurare assolutamente la persona con cui si stava parlando che non ci sarebbero stati pericoli per lei nel parlare con me. Es. denunce alla polizia, divulgazione di dati personali ad altri ecc. (successivamente sarei stato io a chiedere il permesso di registrare la conversazione e a spiegare come sarebbe stata utilizzata).

- Dire che il colloquio sarebbe stato breve “una mezz’oretta” e si sarebbe svolto durante il tempo di attesa della visita. Il paziente non avrebbe dovuto perdere ulteriore tempo.

- Rassicurare il paziente che per nessun motivo avrebbe perduto il proprio turno per la visita medica. A questo proposito per chi si fosse voluto far intervistare il personale della segreteria avrebbe provveduto ad inserire nella cartella del paziente (successivamente data al medico) un *post-it* giallo(o un altro tipo di foglio ben visibile) con scritto sopra “intervista”. Il medico nel visionare la cartella del paziente avrebbe saputo che egli si trovava nella stanzina con me nel caso non avesse risposto subito alla chiamata e quindi lo avrebbe potuto trovare lì senza che questi perdesse il suo turno.

Inoltre ai medici era richiesto di invitare il paziente a proseguire l’intervista nel caso questa fosse stata interrotta dalla visita. Questa richiesta andava formulata ovviamente tenendo conto dello stato di salute del paziente e del tempo di attesa che già aveva trascorso.

Ho ritenuto tutti questi piccoli accorgimenti indispensabili in una situazione particolarmente delicata nella quale un migrante irregolare, afflitto da un qualche tipo di problema di salute si recava in una struttura sanitaria, magari per la prima volta, per farsi curare.

Tale procedura aveva nei miei intenti una serie precisa di obiettivi: quello di apparire agli occhi dei migranti come una persona fidata, di legittimare la mia intrusione nelle loro vite in quanto “collaboratore” di Sokos ottenendo di conseguenza maggiore propensione al dialogo in un clima sereno e tranquillo. Era molto importante poi, che i migranti intervistati non si sentissero in ansia per paura di perdere il proprio turno di visita: da qui l’attenzione dedicata alla “tecnica del foglietto giallo”.

E’ bene ricordare che prima di iniziare con le domande dirette, ho sempre ribadito ciascuno dei punti che interamente o parzialmente erano stati riferiti dal personale di segreteria. Ciò non solo con il proposito di rendere chiara e priva di equivoci la relazione di intervista ma anche di formare una sorta di “spazio intermedio di conoscenza” utile a generare un momento iniziale di conoscenza, piuttosto che questo si spostasse nella prima parte dell’intervista. In queste prime battute inoltre, ho potuto verificare che il migrante fosse effettivamente disponibile a farsi intervistare e che tale

disponibilità non fosse il risultato di una qualche forma di pressione indiretta, e involontaria, da parte del personale organizzativo a causa della quale l'intervista poteva essere erroneamente scambiata dal paziente per una procedura necessaria ad essere visitato. Ho voluto inoltre ribadire da un lato la mia collaborazione con Sokos, dall'altro il mio non farne parte sottolineando altresì che le eventuali critiche sull'operato del servizio prodotte dagli intervistati non sarebbero state riferite agli operatori, ciò con il fine di far percepire molto chiaramente alle persone con cui stavo parlando che il nostro colloquio non aveva fini di valutare la soddisfazione dell'utenza di Sokos.

Le interviste realizzate ai migranti e al personale medico e di segreteria sono state delle interviste in profondità, strutturate secondo una griglia di spunti di discussione diversa a seconda di ciascun gruppo di intervistati.²²⁶ L'intervista semi-strutturata riguardante i migranti si divideva in tre parti: la prima parte biografica, prevedeva il racconto della storia della propria storia a partire dalla vita nel paese di origine e del proprio progetto migratorio; nella seconda parte chiedevo che l'intervistato raccontasse le proprie esperienze di malattia vissute nel paese di origine, il rapporto con il sistema sanitario e con i medici. La terza parte conteneva il racconto delle esperienze di malattia e cura nel paese di immigrazione con particolare riferimento all'utilizzo del servizio ambulatoriale di Sokos. Appare evidente che l'intento principale dei temi proposti fosse quello di ottenere una narrazione che comprendesse le rappresentazioni che i migranti avevano del loro stato di salute o di malattia nel paese di origine e in Italia e in che rapporto esse fossero con l'esperienza migratoria.

In sostanza le interviste ai cittadini migranti tentano di giungere alla produzione di una narrazione delle esperienze di salute e malattia che si snodano tra il paese di emigrazione e quello di immigrazione. C'è una ragione precisa per questo. Quando focalizziamo l'attenzione su quella parte di biografia del migrante che ci parla della vita- compresa l'esperienza della malattia- trascorsa nel paese di origine, non intendiamo esplorare questo territorio mossi da manieristici intenti comparativi o da un'astratta necessità di completezza del discorso. Quello che ci muove è la necessità di attenuare quanto più possibile una visione etnocentrica che affronti l' "immigrazione" esclusivamente dal punto di vista della società dell'accoglienza, accorgendosi degli immigrati solo quando "pongono dei problemi" senza interrogarsi sulle cause e sui motivi determinanti le partenze e sulle diversità delle condizioni di origine e dei tragitti compiuti. Come scrive Sayad " Ciò che viene chiamata *immigrazione*, e di cui si parla come tale in un luogo e in una società, altrove, in un'altra società o per un'altra società è chiamata *emigrazione*. Come due facce della stessa realtà, l'emigrazione è l'altro lato dell'immigrazione in cui si prolunga e sopravvive, continuando ad accompagnarla fino a quando l'immigrato, questo doppio dell'emigrato, non sarà scomparso o

²²⁶ Gli schemi delle interviste ai migranti al personale medico e a quello di segreteria sono allegati in appendice. Al lettore sarà quindi possibile esaminarne dettagliatamente in contenuto. Qui di seguito riporto una descrizione sintetica del contenuto di tali schemi.

definitivamente dimenticato in quanto tale.”²²⁷

L'intervista al personale di segreteria si divideva invece in due parti. Nella prima all'intervistato era richiesto di esporre le proprie attività e compiti e la propria storia all'interno dell'organizzazione, nella seconda parte invece si chiedeva di descrivere, anche attraverso il ricorso a casi ed aneddoti, la strutturazione del momento dell'accoglienza. In questo caso il fine era quello di individuare la percezione del significato del proprio operato da parte degli attori organizzativi e, all'interno della relazione di accoglienza, le informazioni fornite dai migranti, le positività e le criticità in questa relazione e le differenti percezioni degli attori coinvolti.

La prima parte dell'intervista ai medici è identica a quella per il personale di segreteria ed è finalizzata oltre a definire il significato del proprio operato anche a cogliere le considerazioni riguardo al concetto di diritto alla salute. Nella seconda parte l'intervista verte sul rapporto che i medici di Sokos hanno con i pazienti stranieri. La finalità di questa parte di intervista è quella di riconoscere: la presenza di eventuali differenze tra pazienti italiani e stranieri, le aspettative sul comportamento di questi ultimi, come si svolge l'interazione medica e se essa presenta degli elementi di criticità, fino ad arrivare a capire qual è la definizione della situazione e l'eventuale processo di traduzione dell'alterità culturale.

Ho scelto la forma di intervista semi-strutturata perché mi è sembrata la più appropriata sia in relazione all'impronta metodologica sia agli obiettivi di questo studio. Essa dà modo infatti al rispondente di dare luogo ad una narrazione degli avvenimenti non condizionata dalla stretta aderenza ai quesiti posti e che per questo può essere più approfondita e può portare ad interessanti ed inaspettate svolte. Questo tipo di intervista ha il pregio di far produrre al soggetto intervistato un discorso, un ragionamento con un largo grado di autonomia in base agli spunti forniti dall'intervistatore. Un altro tratto caratterizzante la forma dell'intervista semi-strutturata, che è stato poi quello che mi ha portato a preferirla ad altre tipologie di interrogazione, è il fatto che essa permette una minore dipendenza della risposta dell'intervistato dalle parole con cui è stata formulata la domanda, sicché egli è costretto a strutturare più ampiamente le risposte date.

Inoltre l'analisi di alcuni argomenti, dell'enfasi con cui sono sottolineati, del loro ordine e della loro ripetizione all'interno delle risposte ci fornisce utili indicazioni anche sulla “personalità e il quadro cognitivo e valoriale dei nostri interlocutori”²²⁸ Inoltre questa modalità permette di ritarare e perfezionare le interviste successive alla luce di quanto emerso dai colloqui già avvenuti e dall'osservazione partecipante. Inoltre l'intervista semi-strutturata mi ha consentito un certo grado di comparazione tra le interviste ottenute dato che in tutte sono stati toccati, seppur con qualche

227 Sayad A., *L'immigrazione o i paradossi dell'alterità*, Verona, Ombre Corte, 2008 p.13

228 Cardano M., *Tecniche di ricerca quantitativa*, cit. p.76

difformità riguardante l'ordine dei temi trattati, i medesimi argomenti. Forte di una mia precedente esperienza di ricerca ho strutturato e successivamente condotto le interviste ai migranti e quelle al personale Sokos tenendo conto dei differenti interlocutori che avevo dinanzi. Per i migranti ho preferito porre delle domande che partissero tutte dal racconto della loro esperienza e che, rimanendo in quest'ambito, cercassero di approfondirne la conoscenza. Solo in rari casi si è giunti a costruire una riflessione su concetti astratti. Diversamente, le domande poste al personale di Sokos partivano anch'esse dal resoconto delle esperienze vissute concretamente ma tendevano a portare l'intervistato verso un grado di astrazione maggiore. Ciò non va inteso negativamente come la constatazione dell'incapacità intrinseca dei migranti intervistati di pervenire nel ragionamento alla formulazione di concetti astratti. Piuttosto tale mancanza è da imputare alle barriere poste dalle difficoltà linguistiche soprattutto nei primi mesi o anni della loro permanenza in Italia.

Così come sono state descritte fin ora le interviste di questa ricerca possono essere definite come “ (...) una forma di relazione sociale finalizzata alla produzione di informazione, relazione definita da specifiche regole e dotata di una durata.”²²⁹

In questo senso, l'intervista può essere considerata sia come un processo, sia come un prodotto. Nel considerare questo secondo aspetto ci riferiamo primariamente alle trascrizioni dell'intervista, ovvero la sua forma assunta dopo lo sbobinamento delle registrazioni. Con riferimento a questo lavoro di ricerca, vorrei precisare i criteri seguiti per la redazione delle trascrizioni e per l'analisi dei testi così prodotti. Ho cercato di prestare particolare attenzione alla forma delle trascrizioni: il mio unico intervento, rispetto alla registrazione audio è stato quello di una correzione, ove ve ne fosse il bisogno, a livello sintattico e lessicale con l'unico fine di rendere più comprensibile al lettore il contenuto delle interviste. Il risultato è stato quello di avere dei testi, in specifico quelli dei migranti, sicuramente non molto gradevoli alla lettura perché scarni e stilisticamente poco immediati. Ciò avviene non perché chi scrive considera l'intervista, all'interno di una visione radicalmente naturalista, una sorta di feticcio che non può essere “violato” in alcun modo dal ricercatore, ma perché delle trascrizioni più corrispondenti al grado di livello linguistico degli intervistati ci mostrano direttamente *il che cosa* ci ha raccontato l'intervistato e *il come* ce l'ha raccontato, divenendo in tal modo stimolo per ulteriori riflessioni. Tuttavia tengo a precisare che nell'analisi del materiale empirico non si è privilegiata l'attenzione alle forme discorsive in se stesse, poiché la scarsa capacità di utilizzo della lingua italiana da parte di molti degli intervistati non permette di includere nella nostra analisi considerazioni su particolari modi di costruire le proposizioni o sulla scelta di determinati vocaboli per esprimere i concetti desiderati.

Quando invece l'intervista è considerata dal lato del suo essere processo, ciò che viene messo al

229 Cipolla C.(a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, cit. p. 169

centro è la relazione stessa che si crea tra i due attori sociali: l'intervistatore e l'intervistato.

In questo caso, il mio intento principale è stato quello di limitare quanto più possibile l'asimmetria di ruolo tra me e la persona che rispondeva alle mie domande, in quanto fattore limitante e censurante e spostare il colloquio di intervista verso una forma molto vicina ad una conversazione ordinaria, garantendo così una comunicazione più fluida ed autentica. Per raggiungere questo obiettivo, ho lavorato su due versanti: la conduzione dell'intervista e il ruolo dell'intervistatore.²³⁰ Per quanto concerne la conduzione dell'intervista ho cercato di limitare alcuni effetti di distorsione, tanto più potenti quanto maggiore è la distanza sociale tra intervistatore ed intervistato; mi riferisco in particolare al luogo in cui si sono svolte le interviste e alla registrazione delle stesse. Consapevole dell'assunto metodologico per cui il contesto all'interno del quale avviene l'intervista modifica il tipo di interazione, ho scelto come luogo delle interviste la stanzina che l'organizzazione mi aveva messo a disposizione. Questo ambiente, situato dentro gli spazi fisici dell'Associazione Sokos ma comunque non contiguo con la segreteria e gli ambulatori poiché è collocato nell'atrio dello stabile, mi ha permesso di condurre le interviste in sostanziale tranquillità, "al riparo" dall'agire organizzativo. Tale collocazione mi pare sia risultata vantaggiosa sia per le interviste realizzate ai cittadini migranti, sia per quelle con il personale di Sokos. I migranti hanno infatti potuto interagire con me in un luogo sottratto agli sguardi e alla presenza altrui, rendendoli più propensi a parlare e a toccare nel loro racconto aspetti più strettamente personali. Ciò non sarebbe stato possibile se le interviste fossero avvenute in qualche altro luogo, ad esempio il corridoio o la sala di aspetto. Gli intervistati si sono sentiti protetti quindi in quanto si trovavano dentro allo spazio Sokos, tuttavia non completamente dentro a questo spazio, con tutte le conseguenze in termini di autocontrollo della rappresentazione di sé e di autocensura che questo comporta poiché si avverte su di sé il controllo dell'organizzazione.

Ho potuto riscontrare gli stessi vantaggi anche per il personale di Sokos. Medici e segretari si sono certamente sentiti più liberi di espormi le proprie impressioni, magari fumando una sigaretta o davanti ad un caffè, in un posto protetto dall'intrusione degli altri membri dell'organizzazione(in qualche modo quindi "neutro") piuttosto che in ambulatorio o in segreteria.

Riguardo alla registrazione dell'intervista, ho messo in campo alcuni piccoli accorgimenti per rendere meno pesante la presenza del registratore. Per prima cosa ho assicurato agli intervistati(tranne che per il personale Sokos che ne avesse fatto richiesta) l'anonimato e la non diffusione ad altri di quanto registrato. Ho poi dato la possibilità agli intervistati di fermare la registrazione nel caso in cui mi avessero voluto dire qualcosa che non volessero fosse registrato. Da

²³⁰Entrambi questi aspetti sono strettamente correlati. Al fine di permetterne una più chiara esposizione, i questa sede li teniamo analiticamente separati.

ultimo il registratore è stato collocato al di fuori del campo visivo dell'intervistato, cosicché l'effetto di distorsione della sua presenza è andato via via scemando nel corso dell'intervista.

L'atteggiamento che l'intervistatore mantiene mentre intervista è certamente un determinante molto importante. Il mio obiettivo, che spero di avere centrato in tutte le relazioni di intervista è stato quello di mettermi sullo stesso piano dell'intervistato dimostrando un atteggiamento che mi permettesse di essere percepito come “ (...) un ascoltatore non minaccioso, comprensivo ed empatico”²³¹ A questo fine ho cercato di evitare domande direttive, rischio che si corre di sovente intervistando cittadini migranti quando nella domanda si esemplifica troppo o si forniscono *input* troppo precisi. Inoltre nell'interazione con gli intervistati stranieri, pur dovendo fare i conti con tutte le difficoltà derivanti dall'incomprensione linguistica, ho evitato per quanto possibile una sorta di “maieutica interferente” nella quale fossi io ad indagare nelle loro storie cercando di estrarre quante più informazioni utili possibile. Ciò, specialmente quando si trattano temi delicati quali la salute personale, avrebbe avuto l'effetto di provocare solamente imbarazzo che a sua volta avrebbe dato luogo esclusivamente a risposte non puntuali.²³²

Di contro, la strategia adottata è stata quella della creazione di uno “spazio narrativo” che potesse essere riempito da entrambi gli attori coinvolti nell'intervista. E' all'interno di questo spazio narrativo che emerge l'azione della memoria come luogo dove i dati vengono elaborati attraverso una costruzione di senso.²³³ In esso l'intervistato ci fornisce un racconto, filtrato dal tempo e dal linguaggio, intriso di soggettività e senso. Perché la soggettività e il senso che l'intervistato attribuisce al mondo sociale dove vive siano compresi appieno è necessario che l'intervista venga considerata come un momento di apprendimento. La presenza nello spazio narrativo dell'intervistatore deve essere accompagnata quindi da una minima dose di ignoranza, ovviamente non totale perché si corre il rischio di essere raggirati, che consenta un genuino “scendere sullo stesso piano” del nostro interlocutore. Nel mio caso questa dose di ignoranza è stata quasi inevitabile poiché oltre ad una conoscenza imprecisa della situazione economica e sociale dei paesi di provenienza dei migranti, ignoravo anche molti aspetti medico- burocratici di cui il personale Sokos era a conoscenza e che dava per scontati. La relazione che si deve instaurare durante un'intervista deve basarsi sulla fiducia reciproca. In particolare è importante che chi è disposto a raccontare la propria storia ritenga fidato il suo interlocutore, d'altra parte anche chi ascolta un racconto biografico non deve mantenere un atteggiamento poliziesco di verifica della verità su quanto riferitogli. Se è vero come afferma Portelli che “conquistarsi la fiducia dell'intervistato” è

231 Schwartz h., Jacobs J., *Sociologia qualitativa. Un metodo nella follia*, Bologna, Il Mulino, 1987

232 Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Bologna, il Mulino, 1986

233 Portelli A. Lezione tenuta al corso di storia orale “Le fonti orali. Metodi, tecniche, esperienze.” presso l'istituto storico Parri Emilia Romagna e la scuola di musica popolare Ivan Illich. Bologna 19-05-2007

quasi sempre un modo per avere ragione dell'intervistato, allora una sorta di risarcimento e quello che prevede che anche l'intervistatore parli un po' di sé mettendosi a disposizione della persona che sta intervistando.²³⁴

Oltre a ciò è fondamentale la consapevolezza sia da parte del ricercatore che successivamente da parte del lettore che lo spazio aperto dall'intervista sia una produzione di senso reciproco anche se non di verità. In un'intervista infatti non si cerca la verità, quanto piuttosto le rappresentazioni, il vissuto, la soggettività. “L'autorappresentazione costruita nella dimensione dell'intervista è sostanzialmente una descrizione del modo in cui si vuole essere visti. Tuttavia nella trama del dialogo si instaura una relazione specifica che permette comunque di cogliere, talvolta per incongruenza, numerosi elementi del vissuto reale.”²³⁵

Nel corso di tutto il periodo di permanenza sul campo ho cercato di mantenere uno sguardo “stupito” che non giudicasse i fatti come naturali ma come processi dinamici all'interno dei quali giocano un ruolo determinante i ruoli sociali ma anche le biografie delle persone. In questo è stato centrale l'approccio micro sociologico di impronta etnometodologica e goffmaniana che mostra come la dimensione culturale in quanto linguaggio e insieme di regole, è costitutiva dei rapporti sociali e delle stesse personalità individuali. Il difetto principale di tale approccio è quello di sottovalutare il ruolo delle strutture economico-politiche. Per contro nel corso della mia ricerca ho cercato di mettere in relazione l'osservazione microsociale con i processi macrosociali che determinano le condizioni di vita e salute dei migranti. E' per questo motivo che la prima parte del lavoro (capitoli 1 e 2), contiene l'analisi degli aspetti della vita dei migranti quali il lavoro e la salute e l'impatto che su di essi hanno le variabili socioeconomiche, mentre la seconda parte del lavoro si concentra particolarmente sulle relazioni mediche che prendono forma all'interno del servizio studiato.

Inoltre uno dei limiti dell'uso dell'etnografia sta nella pretesa di dare conto e di garantire un punto di vista e quindi un'interpretazione, che a ben vedere sarebbe quella di chi possiede gli strumenti tecnici e la facoltà di riscrivere le storie. Ciò che è stato definito come il “carattere parziale e costruttivista delle sue pratiche di scrittura”²³⁶ D'altra parte questo fenomeno, che a ben vedere potrebbe essere interpretato solamente come espressione del principio weberiano della soggettività della ricerca,²³⁷ viene in qualche modo attenuato da una pratica etnografica che fugge la costruzione letteraria della realtà per preferire una riflessione sull'esperienza stessa di ricerca indirizzata a porre sullo stesso piano l'osservato e l'osservatore. E' altresì vero comunque che è

234 Ibidem.

235 Sacchetto D., *Il Nordest e il suo Oriente. Migranti, capitali e azioni umanitarie*, cit. p.41

236 Dal Lago A. De Biasi R., *Un certo sguardo*, Roma-Bari, Laterza, 2002 p. 18

237 Weber M., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Milano, Mondadori, 1974

compito del ricercatore è quello di fermare ad un certo punto il processo interpretativo per fornire un'interpretazione e in questo senso assumersene le critiche.

Ad ogni modo una riflessività che consideri “che simboli, linguaggio e azioni si rincorrono a vicenda e che le azioni degli attori influenzano a allo stesso tempo sono influenzate dal contesto sociale all'interno del quale si realizzano”²³⁸ implica due conseguenze. Il prima è che le pratiche riflessive permettono di interrogare di continuo la plausibilità delle rappresentazioni fornite e quindi di valutare sino a che punto siano attendibili i risultati dell'etnografia. La seconda è la sua capacità di far emergere la dimensione etica e politica dell'etnografia che sta nel chiedersi a chi si sta dando voce e a chi no l'intento principale dell'etnografo non è quello di fare da megafono a chi è privo di voce, quanto piuttosto quello di prestare attenzione alle voci che vogliono manifestarsi. In questa ricerca appare evidente che ho posto l'attenzione sui migranti con il tentativo di restituirgli le loro specifiche particolarità, le quali in qualche modo ci illustrano le differenze nei loro percorsi biografici. Nella migrazione infatti emerge il carattere singolare di ogni individuo per il quale esso genera rapporti sociali con il mondo che lo circonda sulla base dell'unicità che egli rappresenta e che si porta dietro. Più che altri fenomeni sociali, la migrazione ci mostra come l'individuo, nella sua soggettività, non sia un elemento eccedente e che per questo le sue azioni non tendano unicamente alla conformità alla norme sociali ma che addirittura siano in grado di svelare i rapporti di potere che si celano dietro l'ordine sociale.²³⁹ “L'immigrato è *atopos* (...) né cittadino né, né straniero, né veramente dalla parte dello Stesso, né totalmente dalla parte dell'Altro, l' “immigrato” si colloca in quel luogo “bastardo” di cui parla anche Platone, al confine tra l'essere e il non essere sociale. Fuori posto, nel senso di sconveniente e inopportuno, suscita imbarazzo.”²⁴⁰ E' per questo motivo che i migranti, con il loro portato di specificità e la loro volontà di uscire dall'ordine nativo, rendono palese nelle società di cui fanno esperienza il processo di disuguaglianza sociale e i meccanismi che lo nascondono dietro la costruzione di figure di individui astratti, formalmente destinatari di diritti piena cittadinanza.

Necessariamente, quindi, chi ha condotto questa ricerca ha operato una traslazione di mondo. In essa, lo sguardo di chi osserva si fa estremamente vicino a quello di chi è osservato, che significa, infine, una propensione per lo sguardo dell'altro, per il suo modo di guardare il mondo. Diviene

238 Bruni A., *Lo studio etnografico delle organizzazioni*, cit. p. 120

239 E' evidente come questa prospettiva si collochi in una posizione antitetica rispetto ad una impostazione funzionalista la quale considera l'azione individuale come un mero sforzo di conformazione alle norme sociali. La posizione sociale degli individui sarebbe quindi definita dal sistema sociale indipendentemente dalle personalità dei singoli soggetti agenti, di modo che la loro attività sia subordinata a tale condizione. Ciò grazie ad un forte processo di socializzazione che induce l'individuo ad agire in conformità alle aspettative di ruolo istituzionalizzate producendo il risultato di perpetrare l'equilibrio macrostrutturale. A riguardo si veda : Parsons T., *Il sistema sociale*, Milano, Comunità, 1981

240 Bourdieu P., “Introduzione”, in Sayad A., *L'immigrazione o i paradossi dell'alterità*, cit. p. 11

fondamentale perciò la consapevolezza di una genuina perdita di neutralità da parte di chi analizza e rielabora il materiale a sua disposizione.

Quanto detto fin ora non deve essere letto come una rinuncia, volontaria o meno, all'oggettività; principio che si è invece tenuto costantemente in considerazione e si è cercato di preservare con ogni mezzo a disposizione. Utile in tal senso si è rivelata non tanto la verifica mediante indagine sulla verità del contenuto delle interviste, quanto invece l'elaborazione e la comprensione delle loro rappresentazioni, anche alla luce della considerazione di differenti punti di vista sullo stesso tema.²⁴¹ Nel nostro caso ciò si è tradotto nello scegliere di intervistare sugli stessi temi persone con ruoli differenti (potremmo dire quasi antitetici) e nell'utilizzo combinato di osservazione partecipante e intervista. La tutela dell'oggettività si esplicita inoltre in questa sede nella volontà di fornire una descrizione precisa ed accurata delle procedure di indagine e delle elaborazioni prodotte sin da queste pagine, poiché chi scrive è convinto che “anche chi fa ricerca qualitativa non si dovrebbe esimere dal rigore e dagli standard critici che dovrebbero essere applicati ad ogni attività che miri a discriminare i fatti dalla fantasia”²⁴² Esplicitare chiaramente non solo gli esiti di una ricerca ma anche le strade percorse per raggiungerli diviene, quindi, una sorta di precetto da seguire con il fine di assicurare l'attendibilità delle tecniche e validità delle conclusioni, liberandola dai pericoli dell'aneddotismo di cui sovente è tacciata la ricerca qualitativa.

Riguardo a quanto risultati ottenuti dallo studio di un singolo caso siano rappresentativi di tutti i membri della popolazione, questo studio non avanza pretese di generalizzabilità statistica. Tuttavia seguendo una logica “di ragionamento” e non una strettamente statistica ritengo, seguendo il principio di una generalizzabilità dei casi in vista di asserti teorici piuttosto che di popolazioni universali, che sia possibile riferire i dati ottenuti almeno per la popolazione degli utenti di Sokos. Per tale ragione, ritenendo che “generalizzazione” sia una parola che dovrebbe essere riservata esclusivamente alle inchieste campionarie, nel nostro caso essa può essere sostituita più propriamente con “estrapolazione” che coglie meglio la procedura tipica della ricerca qualitativa.²⁴³

Concludo evidenziando come anche se questa ricerca non possa essere certamente collocata nel filone della ricerca-azione presenta con essa elementi di affinità, nel nostro caso largamente reinterpretati.²⁴⁴ In particolare mi riferisco al momento della restituzione dei risultati della ricerca.

241 Dal Lago A. Quadrelli E., *La città e le ombre*, cit.p. 24

242 Silverman D., *Come fare ricerca qualitativa*, Roma, Carocci, 2002 p. 54

243 Ibidem p. 166

244 La ricerca-azione si fonda su alcuni concetti chiave: partecipazione, negoziazione, restituzione. Partecipazione significa inserimento del ricercatore nel gruppo la cui azione collettiva è oggetto di studio e inserimento del gruppo in alcune fasi del processo di ricerca con ruolo attivo; la negoziazione è un passaggio necessario al processo di partecipazione, dove gli attori contrattano i rispettivi ruoli e le rispettive attese circa le finalità del lavoro; restituzione è quanto il sociologo può dare in cambio della collaborazione ottenuta e consiste in strumenti

In questa fase, che io ritengo di fondamentale importanza, il contenuto della ricerca sarà dibattuto e verificato assieme agli attori sociali studiati, anche se purtroppo la loro presenza si dovrà limitare a quella degli attori organizzativi essendo molto difficoltoso ricontattare nuovamente i migranti irregolari utenti del servizio. L'importanza di questa fase sta in tre ordini di motivi: il primo è la possibilità che essa fornisce ai soggetti studiati di ottenere degli strumenti conoscitivi di se stessi in grado di produrre un certo grado di cambiamento sociale, il secondo riguarda la possibilità di un'ulteriore verifica sulla validità e sulla attendibilità del lavoro di ricerca, il terzo evidenzia, all'interno di una dimensione operativa della conoscenza, come questa ricerca sia volta in ultima analisi alla sua spendibilità sociale.

conoscitivi di sé che egli può fornire agli interlocutori. A riguardo si veda: Minardi E. Cifiello S., *Ricecazione*, Milano, Franco Angeli, 2005

CAPITOLO 4

L'ASSOCIAZIONE MEDICA SOKOS

*I medici rideranno quando quando gli dirò
che la magia è più efficace delle loro medicine.*
(Tahar. Ben. Jelloun)²⁴⁵

In questo capitolo tratteremo dell'attività dell'Associazione Sokos prendendone in esame: la storia e la struttura organizzativa, i principi e le finalità, lo spazio fisico che la contiene, l'iter di cura dei pazienti, i progetti e le attività mediche, i rapporti con gli altri attori organizzativi e infine l'attività medica da un punto di vista quantitativo. Le fonti utilizzate sono state documenti ufficiali quali lo statuto, sito internet, circolari e relazioni sulle attività svolte. Questo materiale è inoltre integrato dalle interviste fatte al personale di Sokos e con le mie considerazioni maturate durante la mia osservazione partecipante. Verranno tratteggiate la versione ufficiale delle attività organizzative ossia la cosiddetta “teoria dichiarata”, quali sono di conseguenza le rappresentazioni che l'organizzazione e i suoi membri vogliono trasmettere, ma anche alcuni aspetti emergenti di come effettivamente si svolge l'attività organizzativa. Successivamente passeremo ad illustrare quale sia l'attività di Sokos in termini quantitativi prendendo in esame il numero e alcune caratteristiche dei pazienti visitati dall'Associazione nell'arco temporale 2000-2006.

4.1 La storia dell'organizzazione e la sua composizione interna.

L'Associazione Sokos nasce nella città di Bologna nel 1993 per opera di un gruppo di medici volontari che intendevano agire per prestare assistenza sanitaria gratuita ai migranti in condizione di irregolarità, e alle persone senza dimora presenti nel territorio bolognese.

Sokos nasce come “costola” di un'altra struttura storicamente presente sul territorio e che svolgeva la medesima attività: l'Ambulatorio Irnerio Biavati attivo in città dal 1978.²⁴⁶ Infatti, molti dei medici fondatori di Sokos avevano maturato esperienza all'interno del Biavati. I motivi alla base del

245 Jelloun T. B., *Le pareti della solitudine*, Tonino, Einaudi, 1997, p. 91

246 Ricordiamo che l'ambulatorio Biavati è gestito dall'organizzazione religiosa “Confraternita della Misericordia”. Una breve descrizione delle attività dell'ambulatorio è presente in questo lavoro al capitolo 2 paragrafo. Per un'accurata descrizione dell'operato di questa associazione si legga quanto contenuto nel *report* di ricerca dal titolo “*Devo aspettare qui?*”: *uno studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari nella città di Bologna*. Unità di Trento Coordinatrice: Prof.ssa Silvia Gherardi Gruppo di ricerca: dott. Attila Bruni, dott. Rino Fasol. La ricerca in questione faceva parte del un progetto ministeriale “Le disuguaglianze: i meccanismi generatori e l'identificazione di interventi possibili”.

disaccordo tra gli operatori risiedevano nel modo di interpretare l'attività medica poiché i soci fondatori di Sokos erano mossi da un'idea di “medicina libera” e indipendente dai dogmi ecclesiastici. Nella pratica essa si esplicava nei differenti atteggiamenti, a livello medico, verso alcune categorie di utenti (tipicamente prostitute e tossicodipendenti), nonché verso alcune concezioni a riguardo di aborto e contraccezione in evidente contrasto con la moralità cattolica.

Anche ora i membri di Sokos, per lo meno quelli che hanno una lunga storia dentro l'Associazione, continuano a rimarcare le differenze nel *modus operandi* che intercorrono tra le due realtà mediche, come descritto dalle parole di una veterana dell'Associazione.

“ (...) non è presunzione questa però Sokos è una delle poche associazioni in cui ci sono dei medici che comunque lavorano e capiscono il problema dell'immigrazione. Io all'inizio ho avuto l'approccio con un'altra associazione, il Biavati, che era tutta un'altra cosa. Non so, forse sarò romantica ma qua è tutta un'altra cosa è un mondo, tra virgolette, d'amore verso queste persone perché capiamo il problema, perché abbiamo la mentalità così.” [S3]

Nel primo periodo di esistenza, Sokos non ha una sede stabile dove poter visitare i pazienti e gli operatori sono costretti a lavorare in condizioni precarie. I medici si auto-organizzano con delle vetture e con farmaci e strumenti necessari al primo soccorso e raggiungono i migranti direttamente sul territorio. Certamente le contingenze dovute alla mancanza di una sede ambulatoriale sono determinanti, tuttavia la prassi di andare verso i soggetti bisognosi di cure mediche dipende anche, nelle fasi iniziali del lavoro dell'organizzazione, dalla necessità di raggiungere e informare una determinata categoria di soggetti: migranti irregolari e senza dimora.

“I Sokos nascono per opera proprio di medici che cominciarono allora, con la venuta degli Albanesi. Questo gruppo di medici, dove c'era allora Romeo Zendron, Rabih Chattat, Bonasera Mario, poi ce ne erano altri due o tre, incominciarono a girare un pochino per questi campi, perché anche allora c'erano questi campi di profughi ecc. E venivano un po' da tutte quelle realtà...Romeo ad esempio aveva lavorato tantissimo in Africa per cui sentivano questo disagio sul territorio di queste persone che comunque non erano riconosciute da nessuno. Quindi hanno incominciato loro andando in giro per questi campi profughi.” [S3]

Successivamente Sokos ottiene un parziale riconoscimento da parte dell' USL ed una prima sede stabile ubicata in via Montebello negli stessi locali che ospitano il Cup, anche se da subito sorgono diversi tipi di difficoltà. Sono ancora le parole della nostra intervistata ad illustrarci chiaramente gli ostacoli quotidiani che allora complicavano il lavoro organizzativo.

“(…) poi hanno piano piano attivato un discorso con la USL. Il primo locale fu dato in via Montebello. Mi ricordo quando io arrivai, avevano avuto da poco una pseudo convenzione con l’USL, che c’era questa stanza divisa da un paravento. Che poi quando io arrivai, si parlava di duecento, duecentocinquanta pazienti; quindi questo nove anni fa. Dopo c’è stato un crescendo veramente importante nel giro di pochissimi anni, infatti non riuscivamo più a stare lì perché l’affluenza era estremamente importante, per cui ci diedero al piano di sopra due stanze che furono adibite ad ambulatorio: un ambulatorio molto piccolo ed un’altra stanza per il ricevimento dei pazienti. Però eravamo un po’ contestati perché i pazienti facevano la fila lungo il corridoio, per cui intralciavano un pochino tutto quello che era il discorso dei pazienti che afferivano all’USL. E poi, ovviamente, noi eravamo anche molto legati all’orario dell’USL, per cui molte volte finivamo di visitare o di trascrivere medicine sulla strada. Quindi lì la nostra situazione era abbastanza drammatica, e appunto trovammo questo posto qua. Sono due anni che siamo qua.”[S3]

Ad oggi l'Associazione ha trovato una sede presso dei locali di proprietà della USL in via De' Castagnoli 10, in pieno centro storico e quindi di facile reperibilità ed accesso da parte dei migranti. Il nodo fondamentale della struttura organizzativa di “Sokos” è l'assemblea dei soci (a fine dicembre 2007 sono 50). L'assemblea dei soci elegge il presidente dell'Associazione e il gruppo di coordinamento composto da sette persone ciascuna delle quali fa da referente di una specifica area: tesoriere, responsabile della segreteria, ricerca e aggiornamento, responsabile delle attività sul territorio, direttore sanitario (carica non elettiva ma nominata dal presidente) e vice presidente.²⁴⁷ Di norma il gruppo di coordinamento si riunisce una volta al mese, prima della riunione dei soci, per valutare l'andamento delle attività e programmarle. Dal 2007 le riunioni del gruppo di coordinamento sono state allargate anche ai medici di Sokos che curano le visite specialistiche, con l'intento di rendere più efficace il coordinamento stesso quale momento per trovare soluzioni alle problematiche di ciascun settore.

Le assemblee dei soci sono ordinarie e straordinarie. Quelle ordinarie avvengono almeno una volta l'anno ed è obbligo dell'assemblea ordinaria dei soci trattare il bilancio. Quelle straordinarie invece sono convocate a seconda delle necessità contingenti e dei problemi che l'Associazione deve affrontare. Rispetto alla struttura organizzativa e al suo funzionamento mi limito in questa sede ad sottolineare due aspetti che sono emersi chiaramente nel corso dell'osservazione partecipante. Il primo aspetto riguarda la gerarchia dell'organizzazione. Se infatti in Sokos esiste un organigramma strutturato in senso gerarchico a cui tutti i soci fanno riferimento, nel lavoro organizzativo

²⁴⁷E' interessante notare come attualmente le cariche di direttore sanitario, vice presidente, tesoriere e responsabile della segreteria siano tutte ricoperte da donne.

quotidiano questa verticalità si fa più blanda lasciando il posto ad una orizzontalità decisionale che fa perno sulle capacità professionali e sull'esperienza di ciascun membro dell'organizzazione secondo una logica di cooperazione e che distribuisce i luoghi decisionali in più punti, rendendo il processo di risoluzione dei problemi rapido ed efficace. Ciò è reso possibile- e qui prendiamo in esame il secondo aspetto- grazie ad un marcato processo di socializzazione dei soci, in particolare dei neofiti, che li rende competenti e capaci di gestire autonomamente i propri compiti. L'addestramento dei soci è previsto ufficialmente nello statuto dell'organizzazione il quale stabilisce che uno dei requisiti fondamentali all'ammissione dell'aspirante socio è “ La frequenza obbligatoria fino a tre mesi a cadenza settimanale dell'ambulatorio in qualità di frequentatore affiancato ai Soci presenti (con divieto assoluto di svolgere attività clinica e burocratica autonoma di ogni tipo e partecipazione alle altre attività sociali dell'Associazione.”²⁴⁸ Durante l'osservazione si è notato che quanto stabilito nel regolamento statutario avviene effettivamente e che i nuovi soci sono progressivamente messi in condizione di svolgere autonomamente i compiti assegnati loro. Abbiamo constatato inoltre che la socializzazione dei nuovi membri riveste effettivamente un posto di rilievo nell'agire organizzativo. Attraverso di essa l'organizzazione non fornisce solamente ai suoi membri le conoscenze pratiche per operare ma li forma anche alla propria cultura organizzativa che si riassume nell'importanza primaria attribuita al paziente e dei suoi bisogni.

4.2 I principi e le finalità di Sokos.

Qui di seguito si cercherà brevemente di delineare quali sono gli scopi e le finalità dell'organizzazione e dei suoi membri, attraverso l'analisi dello statuto associativo e delle dichiarazioni rilasciate durante le interviste da alcuni operatori di Sokos.

Lo statuto associativo è il documento ufficiale più importante non solo perché in esso sono condensati tutti i valori fondamentali che orientano l'azione organizzativa, ma anche perché è un documento pubblico che li rende noti all'ambiente esterno all'organizzazione. Esso è quindi un punto di riferimento sia da un punto di vista interno (a ciascun socio è consegnata una copia dello statuto)²⁴⁹ ma anche esterno poiché stabilisce la cosiddetta “teoria dichiarata” propria dell'organizzazione.

Nell'esaminare la nostra attenzione si è concentrata su tre temi in esso contenuti: i principi ispiratori, le attività messe in campo, la definizione di “socio”.

²⁴⁸E' quanto prevede l'articolo 7 dello statuto dell'associazione Sokos. Lo statuto è consultabile al sito www.Sokos.it (il sito è stato tradotto in inglese, francese e rumeno)

²⁴⁹Secondo quanto è stabilito dallo stesso statuto di Sokos all'articolo 7.

L'articolo 4 denominato “Principi ispiratori” ci illustra quali siano gli scopi dell'organizzazione e le basi ideali su cui poggia. “L'Associazione ha per scopo l'esclusivo perseguimento della solidarietà civile, sociale e culturale nel campo dell'assistenza ad emarginati ed immigrati, senza distinzione di razza, sesso, religione, ideologia e ceto sociale e della difesa e garanzia dei diritti dei popoli stranieri e degli individui deboli, ispirandosi ai principi della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, ai principi della Organizzazione Mondiale della Sanità, alla Costituzione Italiana ed al Codice di Deontologia Medica.”²⁵⁰

Inoltre è opportuno porre in evidenza che la concezione di salute propria di Sokos si rifà alla definizione proposta dall'OMS per la quale “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità. Il possesso del migliore stato di salute conseguibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque siano la razza, la religione, le opinioni politiche e le condizioni economiche e sociali (...)”

Sokos quindi, nell'agire in abito medico secondo una concezione di salute ampia che non si riduce alla sola assenza di malattia ma che mira al raggiungimento di uno stato di completo benessere psicofisico, intende in ultima istanza svolgere una funzione di inclusione sociale mediante l'attivazione di legami sociali di stampo solidaristico verso gli individui in posizione svantaggiata.

Per raggiungere la sua finalità associativa Sokos mette in campo una serie di attività diverse tra loro ma in stretta correlazione. Tra queste menzioniamo qui di seguito solamente quelle di tipo primario e secondario così come riportate nello statuto all'articolo 5. “Attività primarie: a) la realizzazione di un servizio socio-sanitario polispecialistico, senza fini di lucro, volto a garantire la tutela della salute a tutti coloro che vedano precluso questo diritto b) l'accoglienza, lo studio e la ricerca. c) promozione al diritto alla salute. Attività secondarie: a) la raccolta di farmaci e materiale sanitario inerente l'attività svolta. b) l'educazione alle conoscenze e all'uso dei servizi socio-sanitari c) le attività ricreative e di servizi organizzativi per favorire la maggiore conoscenza ed integrazione sociale.”²⁵¹

Per realizzare le attività organizzative è fondamentale l'apporto dei soci i quali sono tenuti non solo a condividere le finalità statutarie dell'Associazione, ma devono anche partecipare, operando con continuità e responsabilità, al raggiungimento delle finalità associative. Essi inoltre hanno obbligo

250Per quanto stabilito dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo e dalla Costituzione italiana rimandiamo al contenuto del paragrafo 1 capitolo 2 del presente lavoro.

251Oltre alle attività primarie e secondarie, l'articolo 5 dello statuto elenca diverse tipologie di attività. Per motivi di spazio ne riporto solamente alcune: Attività Culturali: tavole rotonde, convegni, conferenze, congressi, dibattiti ecc, creazione di un luogo di incontro fra diverse esperienze e culture. Attività di Formazione: preparazione, aggiornamento e perfezionamento, attraverso corsi specifici. Attività Editoriali: pubblicazione di atti di convegni, di seminari di studi e ricerche, divulgazione di materiale informativo. Attività Marginali di carattere commerciale, produttivo e di promozione.

di prestare servizio senza fine di lucro, né diretto né indiretto.²⁵²

L'Associazione Sokos in sintesi, pur agendo prevalentemente nel campo sanitario, si prefigge un fine non strettamente medico attraverso attività tra loro diversificate svolte in maniera totalmente volontaria dai soci stessi.

Una delle rappresentazioni ideali che orientano l'azione di Sokos è quella del diritto alla salute, per altro già contemplato nello statuto dell'Associazione nei suoi riferimenti alla Costituzione Italiana e alla Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo. Anche i membri dell'organizzazione intervistati propongono una rappresentazione di tale diritto conforme a quella dell'Associazione. Abbiamo scelto due definizioni di diritto alla salute proposte da un operatore di segreteria e da un medico che a mio avviso meglio definiscono la concezione che di esso ha il personale di Sokos.

“Io penso che tutti abbiamo diritto alla salute indipendentemente da dove abitiamo, di che paese siamo ecc. religione e credo politico. Tutti abbiamo diritto alla salute. E credo che chi è preposto debba dare questo diritto alla salute, indipendentemente da chi si trova davanti.” [S5]

“Il diritto alla salute dovrebbe essere un diritto di tutti, ma di tutti in senso lato cioè senza bisogno perché tu hai il cartoncino giallo, perché uno ci vuole il cartoncino, perché l'altro ci vuole il tesserino, cioè per me proprio...io odio la burocrazia in assoluto per cui è un diritto di tutti: tu hai bisogno, ci devono essere determinati punti di riferimento dove ci sono dei medici che visitano. Tu hai diritto... “Ok, questo ha bisogno di questo, questo a bisogno di quest'altro”, io sono anarchica in questo in assoluto.” [S3]

Secondo Sokos si delinea un diritto alla salute “universale” nel senso che ogni essere umano deve avere la possibilità di accedere a questo diritto senza alcun tipo di discriminazione. Tuttavia se il diritto si risolve solamente in una mera ed astratta possibilità di usufruirlo, esso rimane incompleto. Occorre quindi che la potenzialità di fruizione del diritto alla salute sia resa effettiva dall'azione degli attori sociali istituzionali. Inoltre questi stessi attori istituzionali dovrebbero adoperarsi per slegare il godimento di tale diritto dagli impedimenti burocratici, gravanti in particolar modo sui cittadini stranieri, che lo rendono farraginoso e di fatto non pienamente esigibile. Sokos delinea una concezione del diritto all'assistenza sanitaria particolarmente lineare. In sostanza esso si prefigura come una risposta immediata- nel senso di non mediata da passaggi burocratici considerati inutili- ad un bisogno. In ultima analisi un diritto alla salute così concepito, incentrato sulla coincidenza tra diritto alla salute e diritto all'assistenza sanitaria, si costituisce a partire da una tipologia di rapporti sociali basati su una solidarietà sociale che vede l'individuo malato unicamente come un individuo in uno stato di bisogno, spogliandolo da tutta una serie di attribuzioni quali nazionalità, genere,

²⁵²Ciò è quanto contenuto nell'articolo 6 intitolato “Soci” dello statuto di Sokos.

classe sociale che lo connotano socialmente.

In tutte le interviste fatte al personale medico ed amministrativo di Sokos, uno dei temi trattati è stato quello del racconto della propria storia dentro i Sokos per giungere alla definizione delle motivazioni alla base del proprio operato e al significato ad esso attribuito.

I medici di Sokos mostrano una radicata consapevolezza della loro pratica medica che si fonda su una concezione della medicina differente da quella presente nelle strutture sanitarie pubbliche di cui hanno fatto esperienza.

“Forse mi piace perché risponde un po’ a come vedo io il fare il medico. Lo vedo come un rapporto con una persona, non con un numero, non una cosa con l’orologio che ti aspetta a che ti dice che devi visitare in 10 minuti come succede negli ospedali. E poi prendere in mano la persona ed aiutarla, accompagnarla in quello che è il suo cammino di malattia. Io la vedo così. Io mi sono licenziata due anni fa dall’ospedale proprio per questo perché ti imponevano delle cose che andavano al di là del rispetto dell’uomo, della qualità del lavoro, di tutto quanto.” [S2]

Secondo le considerazioni espresse da questo medico donna la pratica medica acquisisce senso solo se si fonda su una vera interazione con il paziente. La persona assume un ruolo centrale e la sua salute deve diventare l'unico riferimento valoriale ed operativo per il medico. Secondo tale prospettiva il medico non si deve limitare, come una sorta di agente esterno, a curare la malattia del malato ma lo deve seguire passo dopo passo, “accompagnare” ci dice la nostra intervistata, fino alla auspicabile risoluzione del suo problema di salute. In questo caso non è la patologia l'elemento più importante ma il paziente, colui che soffre direttamente a causa della malattia. Modo di interpretare il rapporto con il paziente si contrappone, a detta del medico di Sokos, con quello proprio di altre organizzazioni sanitarie che, per ottimizzare il servizio, puntano a tagliare i costi dove questi sembrano essere più superflui, ossia nel tempo da dedicare ai pazienti.

Le considerazioni dei medici di Sokos toccano anche l'operato dei medici di base.

“Sai, ormai, io avendo lavorato tanto facendo il medico in ospedale mi sono resa conto tanto di come il medico di base spesso, non dico sempre, delega agli altri, agli specialisti. Cioè non si fa più il medico come una volta: che tu ti prendi la persona e la guardi nel suo insieme. Cosa che realmente ormai succede pochissimo. Il gastroenterologo ti guarda solo lo stomaco, il pneumologo sono i polmoni, il cardiologo solo il cuore. Nessuno che si prenda la briga di dire “tu questi problemi ce li hai perché c’è un unico problema”. Questo per me è il modo di fare il medico. Poi, dove non arrivo devo per forza...” [S2]

Ciò che l'intervistata evidenzia è la trasformazione del ruolo di medico del base il quale non sembra

essere più in grado di curare il malato, ma sostituisce la sua azione di cura con una forma di mediazione indirizzata unicamente ad inviare il paziente allo specialista medico più appropriato alla risoluzione della sua malattia. La visione proposta dal medico di Sokos è invece quella di considerare il paziente nella sua globalità. In ciò essa si avvicina ad un'idea di medicina affine a quella propria della medicina olistica che identifica nell'equilibrio globale tra mente e corpo la soluzione ideale per raggiungere il benessere ,anche se se ne distacca nettamente sotto il profilo delle cure proposte ai pazienti.

Ma questo modello di ideale medico non sembra essere proprio solamente di qualche medico od operatore ma coincide pienamente con quello fatto proprio dall'organizzazione stessa. Ancora nelle parole dell'intervistata:

“Cioè li puoi visitare nel modo giusto perché in teoria qui a Sokos dovresti dare un'assistenza medica di base e poi, se c'è bisogno, inviarli verso determinate cose più specialistiche.” [S2]

Un altro giovane medico sottolinea questo fortunato incontro tra il suo modo di “fare medicina” e quello caratteristico di Sokos quando racconta il suo approccio con l'Associazione.

“C'era il piacere di lavorare assieme con gli altri colleghi medici e poi, soprattutto era una medicina differente basata sull'ascoltare le persone, sul vedere un po' le situazioni perché in effetti occuparsi di immigrazione dal punto di vista della salute non può prescindere da altri aspetti che magari sono connessi a problemi di salute.” [S4]

In queste ultime dichiarazioni si legge con chiarezza la comunanza di interpretazioni intorno al ruolo sociale del medico, che deve porsi costantemente in ascolto del paziente e non avere nei suoi riguardi un atteggiamento esclusivamente prescrittivo. Altresì queste parole delineano una precisa idea di medicina della migrazione. Essa prevede che la salute non debba essere considerata disgiunta dal progetto migratorio intrapreso dall'individuo. Entrambi questi aspetti sono anzi profondamente correlati. Ne consegue che l'interpretazione della malattia del migrante deve tenere necessariamente conto dell'esperienza migratoria entro la quale è collocata.

Tra i temi messi in risalto dagli operatori intervistati vi sono anche il rapporto che essi intrattengono con l'organizzazione nel suo complesso. Ciò si declina fundamentalmente nella maggiore o minore adesione da parte dei membri ai valori espliciti entro i quali si informano le azioni organizzative.

“E' chiaro che noi abbiamo uno statuto e dobbiamo rispettare quelle che sono le direttive ideologiche del

nostro statuto, che non sono direttive ideologiche perché l'ideologia è inesistente; qui ognuno è libero di pensare e credere quello che vuole. E' chiaro che poi uno deve operare per il bene dell'Associazione, per il bene comune e quindi tutte le idee personali devono essere tenute fuori.” [S5]

Da quanto afferma questo operatore, Sokos attribuisce molta importanza alle finalità statutarie alle quali tutti i soci devono attenersi. Nella cornice di questo nucleo fondamentale di valori i membri dell'organizzazione agiscono con un margine di libertà e di interpretazione abbastanza ampio. Ciò prende forma ad esempio nello stile particolare che ogni operatore di segreteria adotta nell'interazione con i migranti. Invertire l'ordine delle domande, rivolgersi o meno esclusivamente al marito quando accompagna la moglie in accoglienza, sono tutte strategie di adattamento dei propri valori alle finalità organizzative le quali sembrano avere un peso comunque rilevante nella strutturazione dell'agire individuale. Il contributo, anche se minimo, che ogni volontario fornisce all'Associazione è ritenuto dagli stessi volontari prezioso ed indispensabile al proseguimento non solo dell'attività organizzativa ma anche al mantenimento dello stesso livello di prestazione del servizio.

“Adesso si sono avvicinati molti più giovani, quindi diciamo che il mio è un apporto minimale, è un mattoncino che serve a tenere in piedi il muro di Sokos. Ha senso perché aiuta (...). Io mi sento responsabile, in un certo senso, verso le persone che sono qui. Io mi sento responsabile perché dico “se non ci vado più, siamo nelle difficoltà, il servizio potrebbe cadere e ne soffre della gente che non deve soffrire di queste condizioni.”” [S5]

Il senso di responsabilità dei volontari di Sokos non è verso il lavoro in sé o verso l'organizzazione in quanto tale. Gli operatori di Sokos si sentono responsabili in primo luogo verso i migranti che utilizzano il servizio i quali se le prestazioni mediche di Sokos diminuissero, avrebbero notevoli difficoltà ad accedere alle cure e, in ultima istanza a godere del diritto alla salute secondo la definizione che ne danno gli stessi volontari di Sokos.

4.3 Lo spazio fisico e il percorso del paziente.

Dalla strada l'ingresso dell'ambulatorio si confonde tra quelli dei palazzi “storici” che compongono le vie del centro storico bolognese. L'unico elemento che segnala ai passanti l'ubicazione di Sokos è una targa posta di fianco al portone di legno scuro attraverso il quale si accede all'ambulatorio. Per entrare nei locali di Sokos è sufficiente suonare il campanello durante l'orario di apertura dell'ambulatorio; nel giro di qualche secondo la porta viene aperta. E' già questo un elemento che denota la disponibilità dell'organizzazione ad accettare chiunque provenga dall'esterno senza porre filtri alla possibilità di accesso. Varcato il portone infatti l'accesso è immediato e definitivo e solamente dalla segreteria, punto da cui si ha una visuale sulla porta di entrata, il personale controlla qualche volta chi è entrato. Saliti i gradini si raggiunge un piccolo atrio, comune a tutto il palazzo, sul quale si affaccia una stanza che funge da piccola biblioteca e, quando il numero dei pazienti è molto grande e vi sono più medici disponibili, anche da ambulatorio. E' la stanza all'interno della quale chi scrive ha effettuato tutte le interviste e che è servita da “base” della ricerca durante il periodo di osservazione partecipante.²⁵³L'atrio è diviso dal corridoio, che conduce alla segreteria e agli ambulatori, da una porta di vetro e sbarre verticali metalliche, sopra la quale campeggia la scritta Sokos ambulatorio medico. Inoltre, appesi sulla porta e sulle pareti del corridoio vi sono dei cartelli tradotti in diverse lingue che sottolineano chiaramente alcuni concetti di base che nell'intento dell'organizzazione dovrebbero essere fatti propri dai pazienti. Essi dicono sostanzialmente che: i volontari di Sokos lavorano gratuitamente e mettono a disposizione il loro tempo per chi utilizza il servizio e che occorre avere pazienza ed attendere il proprio turno in sala di aspetto.

L'atrio è un luogo di passaggio non solo per i migranti ma anche per gli abitanti del palazzo che ospita gli ambulatori. Questo luogo è stato oggetto di numerose controversie tra alcuni degli abitanti del palazzo e Sokos in quanto i primi mal tollerano il via vai di “extracomunitari” e non mancano di redarguire il personale dell'Associazione quando notano che i migranti stazionano nell'atrio, minacciando addirittura l'intervento della polizia. I volontari di Sokos di conseguenza prestano molta attenzione affinché chi aspetta il proprio turno di visita non sostenga nell'atrio. Si è osservato in qualche occasione, specialmente nei casi di sovraffollamento, come il personale della segreteria inviti i pazienti a stare all'interno degli spazi dell'Associazione, sottolineando che in essi i pazienti sono “al sicuro” e possono stare tranquilli perché la polizia lì non può entrare, mentre ha la

²⁵³ Nei progetti dell'associazione, questa stanza dovrebbe diventare una sorta di archivio di documentazione sulle dinamiche migratorie e ospitare un punto di ascolto che un gruppo di giovani psicologi sta tentando di costituire sotto la supervisione dello psicologo di Sokos dott. Rabih Chattat.

possibilità di farlo nell'atrio che è spazio pubblico.²⁵⁴

Passato l'atrio, si giunge al corridoio dove è posizionato un distributore di numeri vicino al quale vi è l'entrata della segreteria. La stanza dove è ubicata la segreteria, o come viene chiamata dal personale di Sokos “accoglienza”, è una stanza non molto spaziosa divisa in due parti. La prima parte è occupata dal *front office* nel quale i due tavoli ai quali siedono gli operatori sono disposti di fronte all'entrata. Sopra ciascun tavolo ci sono gli strumenti di lavoro: computer, telefono, stampante e quant'altro; dall'altra parte dei tavoli, di fronte alla postazione degli operatori vi sono le sedie dove si accomodano i pazienti durante il colloquio. E' interessante notare che le sedie sono solitamente almeno 3, questo perché è frequente che i migranti che sostengono il colloquio con gli operatori del punto di accoglienza, arrivino accompagnati da un connazionale che fa da interprete. Lungo le pareti del *front office* sono disposti una fotocopiatrice e degli armadi che fungono in parte da archivio delle cartelle cliniche, in parte da deposito del materiale di cancelleria. Inoltre alle pareti sono appesi numerosi fogli e locandine contenenti sia informazioni per gli utenti, sia informazioni per il personale. E' evidente quindi che gli spazi siano molto stretti e che, anche quando in segreteria ci sono solamente quattro persone, si raggiunga una densità spaziale molto elevata che a sua volta produce un elevato livello di interazione tra gli individui presenti.

Nel *back office* invece gran parte dello spazio è occupato dagli archivi contenenti le cartelle cliniche disposti anche qui lungo le pareti. Al centro del piccolo spazio di *back office*, in parte coperto alla vista di chi sta ai tavoli di segreteria, vi è un tavolo con qualche sedia e in un angolo vicino al lavandino sta una macchina per fare il caffè. Questo luogo è indiscutibilmente il retroscena dell'azione organizzativa. Infatti nello spazio del *back office*, quasi del tutto nascosto alla vista dei pazienti che stazionano in segreteria, i medici e segretari si ritrovano nei momenti di pausa tra una visita ed un'altra per bere un caffè, e fumare una sigaretta. Qui, al riparo dagli sguardi degli utenti, i toni delle conversazioni tra gli operatori si fanno più informali: si scherza, si chiacchiera in un registro linguistico meno formale e tecnico su argomenti che spesso non hanno niente a che vedere con l'ambito sanitario. Nel *back office* si stemperano le tensioni e i nervosismi causati dalla grande quantità di lavoro che obera il personale Sokos in alcuni giorni della settimana o, per meglio dire, ci si riposa anche a livello sensoriale dalle interazioni continue²⁵⁵ che il lavoro in segreteria o in ambulatorio comporta. Gli operatori di Sokos utilizzano questo spazio, che è solitamente accessibile solo a loro, sia come luogo in cui “ricrearsi” sia perché esso dà la possibilità di passare da un *self* ad un altro senza che ciò provochi una crisi nell'ordine dell'interazione²⁵⁶. In questo luogo i medici

254 Evidentemente esistono degli accordi tra Sokos e forze dell'ordine - in base a quanto disposto dall'articolo 35 del Testo unico sull'immigrazione e dagli articoli 42 e 43 del D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394 - che evitano l'intervento di di queste ultime negli ambulatori medici.

255 Simmel G., *La metropoli e la vita dello spirito*, Roma, Armando, 1995

256 Goffman E., *L'ordine dell'interazione*, Roma, Armando 1998 p. 43

possono fumare una sigaretta, un'azione che a ben vedere contrasta con l'idea di mantenimento dello stato di salute soprattutto se messa in atto da un medico, senza essere visti dai pazienti così da non incrinare il *set* di aspettative proprio di un ruolo sociale altamente istituzionalizzato come quello del medico. Tuttavia ho potuto osservare la polifunzionalità di questo spazio che evidentemente non funge solo da “retroscena”. Infatti il back office mantiene dei confini porosi cosicché non è raro vedere operatori (medici e personale della segreteria) e pazienti utilizzare questo spazio per brevi momenti per risolvere questioni burocratiche, prenotare visite o concludere conversazioni dopo la visita medica in ambulatorio. L'utilizzo di questo spazio e le interazioni che vi avvengono illustrano molto bene alcuni aspetti importanti della cultura organizzativa di Sokos. Il primo aspetto riguarda le micro-riunioni che talvolta animano il back office alle quali partecipano alcuni degli operatori. Tali micro riunioni hanno carattere per lo più casuale, dettato da contingenze burocratiche o cliniche concernenti i pazienti, tendono a risolversi in poco tempo con una decisione pratica frutto della collaborazione e del consenso dei partecipanti. Esse mostrano quindi uno stile decisionale non fortemente gerarchizzato ma piuttosto orizzontale che per giungere alla risoluzione efficace dei problemi, fa perno sulle capacità di *problem solving* dei membri organizzativi che le attuano, autonomamente o più spesso in gruppo. In tale modo non solo viene evitato il passaggio obbligato per un' unica fonte decisionale centralizzata, ma si moltiplicano i centri decisionale ordinati orizzontalmente. L'importanza di questi momenti di riunione inoltre sta nel fatto che essi rappresentano una forma di apprendimento per i membri dell'organizzazione.²⁵⁷ Una particolare forma delle micro-riunioni è quella dei consulti tra i medici. Sovente capita che il momento di incontro nel back office si trasformi per il personale medico in occasione di confronto, scambio di informazioni e valutazioni sulle diagnosi compiute e cure prescritte. Si sviluppa così un lavoro d'equipe sovente non programmato, che mostra molto bene come nella cultura organizzativa di Sokos il bene del paziente rivesta una posizione primaria e venga prima del prestigio medico dei membri dell'Associazione, prestigio che durante questi confronti tra pari corre il rischio di essere messo in crisi da puntualizzazioni o smentite da parte di un collega o dal riconoscimento della propria “ignoranza”, quando si richiedono informazioni di cui non si è a conoscenza. In ultima analisi, l'estemporaneità con la quale sorgono e si risolvono queste riunioni evidenzia la grande capacità dell'organizzazione non solo di rispondere in maniera rapida ai problemi posti dell'utenza, ma anche quella di trovare delle soluzioni flessibili che si adattano meglio possibile alle questioni trattate.

²⁵⁷ L'apprendimento dei singoli membri dell'organizzazione è differente dall'apprendimento organizzativo propriamente detto. C'è vero apprendimento organizzativo solo se il feedback dell'organizzazione tocca e modifica gli assunti di base su cui sono costruite le strategie organizzative. A riguardo si veda Ciaborra C., Lanzara G. F., *Labirinti dell'innovazione. Tecnologia, organizzazione ed apprendimento*, Milano, Etas Libri, 1999

Se dalla segreteria si vuole raggiungere la sala di aspetto e gli ambulatori, bisogna percorrere un piccolo corridoio che nel percorso si abbassa di qualche gradino. Esso è attraversato di frequente dagli operatori che fanno la spola tra gli ambulatori e la segreteria. Spesso inoltre, quando la sala di attesa è al completo molti pazienti stazionano in questo piccolo spazio aspettando il proprio turno di visita. Nel mezzo del corridoio affaccia la porta della farmacia nella quale possono entrare esclusivamente gli operatori, in prevalenza medici. La farmacia di Sokos (allestita nel 2005) è fornita di tutta una serie di farmaci di prima necessità ma non solo, il cui approvvigionamento è assicurato da diversi canali: la farmacia centralizzata dell'azienda USL di Bologna secondo quanto stabilisce la convenzione stipulata con Sokos, il Banco Farmaceutico, la *Caritas* di Bologna, attraverso il ritiro diretto di farmaci disponibili, infine le donazioni di privati e di ambulatori medici che sono a conoscenza dell'attività dell'Associazione. Tutti i farmaci sono distribuiti gratuitamente ai malati. La farmacia è gestita da un farmacista volontario, che però durante l'orario di ambulatorio non è presente e che si occupa delle forniture e della sistemazione dei farmaci.

Alla fine del corridoio si apre la sala di attesa, la stanza più grande. All'interno della sala di attesa le sedie (20-25) sono appoggiate alle pareti e ve ne sono due file disposte al centro. Questa disposizione favorisce molto l'interazione tra i presenti, per lo meno quella visiva. Alle pareti stanno appese anche numerose immagini: stampe di quadri impressionisti affiancate a foto raffiguranti principalmente donne e bambini stranieri nel loro paese d'origine. Sulla parte alta della parete opposta all'entrata della sala d'attesa campeggia uno striscione fatto di lenzuolo bianco con una scritta fatta a mano che recita "Sokos assistenza ad emarginati ed immigrati". Ai due angoli opposti della sala di attesa si trovano gli ingressi agli ambulatori (ambulatorio 1 e ambulatorio 2).

Gli ambulatori non sono molto grandi, entrambi contengono l'arredamento tipico di un ambulatorio di medicina di base: lettino da visita, scrivania, computer, lavandino e solo uno di essi ha della strumentazione medica sofisticata nello (specifico un ecografo).²⁵⁸

Dopo la breve descrizione spaziale degli ambienti, negli intenti di chi scrive necessaria al lettore della ricerca per avere un'immagine dei luoghi dell'interazione, passiamo ora a dar conto del percorso "standard" di accesso alle prestazioni sanitarie erogate da Sokos.²⁵⁹

La prima azione che un migrante compie dopo aver varcato l'ingresso è quella di prendere un numero dal distributore ed attendere in sala di aspetto di venire chiamato in segreteria. Una volta che il suo numero viene chiamato, egli si accomoda sulla sedia e, da solo o con l'aiuto di un

258 Questa apparecchiatura medica è stata acquistata grazie al sostegno economico della Fondazione "Del Monte" di Bologna e Ravenna.

259 E' bene precisare che le tappe di questo percorso non differiscono in maniera sostanziale se l'utente è alla sua prima visita o se ha già utilizzato il servizio altre volte. Le differenze tra nuova e vecchia utenza del servizio si notano nelle interazioni con gli operatori e nel tipo di richieste che l'utente rivolge al servizio medico. Per approfondimenti si rimanda comunque al capitolo 4.

interprete che lo ha accompagnato, inizia ad esporre le sue richieste. Se il paziente è già stato visitato dai medici di Sokos, esibisce il proprio tesserino Stp sopra al quale è stato scritto, durante la sua prima visita presso Sokos, il numero identificativo della sua cartella clinica. In questo caso il personale della segreteria preleva dall'archivio la cartella clinica, verifica l'identità del paziente (non sono infrequenti i casi di omonimia o di cattiva trascrizione delle generalità che provocano errori e fraintendimenti) e in seguito in base agli ultimi aggiornamenti contenuti nella cartella, verifica assieme al paziente lo stato della situazione, ovvero se il paziente deve fare qualche cura specifica o se abbia con lui il referto di eventuali esami prescritti precedentemente dal medico. In quest'ultimo caso l'operatore provvede a fotocopiarli ed ad allegare la copia alla cartella clinica, riconsegnando gli originali al paziente. Una volta compiute queste operazioni il numero del paziente viene allegato alla cartellina. Successivamente quando già un certo numero di cartelle cliniche sono state accumulate, vengono distribuite tra i due ambulatori tenendo conto dell'ordine di arrivo dei pazienti e allo stesso tempo dagli ambulatori vengono prelevate e successivamente archiviate le cartelle cliniche di chi è già stato visitato. Talvolta l'accorgimento di distribuire le cartelle secondo l'ordine di arrivo sembra non funzionare, capita che un medico sia più veloce dell'altro a causa di un differente modo di lavoro oppure delle tipologie di problemi di salute che i suoi pazienti gli sottopongono e ciò genera a volte scontenti e malumori tra i pazienti in sala di aspetto qualche volta ritornano in segreteria per lamentarsi dell'eccessiva attesa. In questo caso è il personale stesso a “calmare gli animi” verificando a che punto del percorso si trova la pratica ed informandone il paziente.

Si è osservato che in effetti i tempi le visite mediche sono abbastanza lunghi e conseguentemente si dilatano anche i tempi di chi aspetta di essere visitato. Gli stessi medici hanno più volte fatto notare a chi scrive che una delle difficoltà principali del lavoro medico in Sokos sta nello sviluppare la capacità di equilibrare i tempi di attesa dei pazienti con la necessità di visite mediche approfondite nelle quali si dedica molto tempo ai pazienti e al colloquio e all'interazione con essi.²⁶⁰

“Però abbiám visto anche la settimana scorsa, ci son stati 45 pazienti mercoledì scorso, per cui considerando che siamo in due a lavorare sono 22/23 pazienti. Però devi considerare che da noi sono dei pazienti un po' diversi da quelli che vengono dal medico di base. Cioè, mentre dal medico di base vanno lì e poi gli prescrivono tutto al computer, gli prescrivono le medicine in zero attimi e via, quando arrivano qua, già devi perdere del tempo...tra l'altro noi ci sentiamo abbastanza in colpa perché cerchiamo di essere anche un pochino solleciti perché quando ti vedi la sala di attesa che è piena, devi accelerare.” [S3]

260 Per una più specifica analisi del rapporto medico-paziente si veda in questo lavoro il capitolo 5 paragrafi 5.3 e 5.4

Come si legge dall'intervista qui riportata è un'impresa difficile quella di pervenire all'equilibrio tra i tempi organizzativi, vincolati dall'orario di apertura dell'ambulatorio, dalla quantità di pazienti e dal tempo di attesa per la visita, e la quantità di tempo da dedicare a ciascuna persona.

Nel caso in cui il migrante debba rinnovare il tesserino Stp, il personale della segreteria verifica solamente che il tesserino in suo possesso sia già scaduto. In caso contrario la richiesta di rinnovo, salvo casi eccezionali, viene rifiutata e l'operatore della segreteria indica al migrante una data nella quale si dovrà ripresentare in ambulatorio per il rinnovo del documento. Quando invece il tesserino stp è scaduto, l'operatore della segreteria provvede a compilare la richiesta di rinnovo che il medico eventualmente autorizzerà dopo aver visitato il paziente, il quale la dovrà presentare ad uno degli uffici dell'anagrafe sanitaria. Solitamente la maggioranza delle richieste di rinnovo viene accordata dal medico anche in assenza di una patologia come del resto avviene per la richiesta di attivazione dell'Stp²⁶¹.

Nel momento in cui un nuovo utente entra in contatto con il servizio per la prima volta, la procedura seguita è leggermente diversa perché prevede l'apertura di una nuova cartella clinica. Questa operazione richiede tempi più lunghi perché è composta di varie fasi: Si costruisce, attraverso delle domande rivolte direttamente al migrante, una sorta di scheda socio-anagrafica nella quale compaiono voci quali: la nazionalità, l'età, lo stato civile, l'occupazione svolta in patria e quella svolta in Italia, la fede religiosa, la data di arrivo in Italia e quella di arrivo a Bologna, l'indirizzo e il numero di telefono. Al contempo i dati del nuovo paziente vengono inseriti nel programma di archiviazione, e successivamente stampati e inseriti nel raccoglitore. Una volta conclusa questa operazione al paziente viene chiesto di accomodarsi in sala di attesa ed aspettare di venir chiamato, per nome e cognome dal medico che lo visiterà. Durante il periodo di osservazione, inoltre, tutto il personale di Sokos stava auto-addestrandosi all'utilizzo di un programma in dotazione anche ai medici di base, che nei progetti dell'organizzazione dovrebbe far progredire l'informatizzazione delle pratiche amministrative rendendo più veloce, ordinata ed efficace la sistemazione dei dati e la loro fruizione da parte degli operatori (medici e personale di segreteria).²⁶² A tal proposito vorrei evidenziare una differenza tra queste nuove pratiche di lavoro e quanto invece è stato riportato da Attila Bruni in una precedente ricerca etnografica su Sokos risalente al 2004.²⁶³ Egli osservava che in accoglienza molto spazio avesse la capacità di improvvisazione degli operatori i quali ad esempio compilavano molti documenti in formato cartaceo e stabilivano l'ordine di accesso alla segreteria

261 Tratterò più approfonditamente della tessera STP nel paragrafo 4.4

262 Ci riferiamo al software per i medici di base "MilleWin".

263La ricerca in questione che faceva parte del un progetto ministeriale "Le disuguaglianze: i meccanismi generatori e l'identificazione di interventi possibili". Ha prodotto un report di ricerca dal titolo "*Devo aspettare qui?*": *uno studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari nella città di Bologna*. Coordinatrice prof.ssa Silvia Gherardi Gruppo di ricerca: dott. Attila Bruni, dott. Rino Fasol.

usando un foglio affisso alla porta della stanza che faceva da elenco. Ora invece, l'utilizzo di supporti informatici e di un sistema preciso di prenotazione del proprio turno ha reso sicuramente alcune pratiche del servizio meno “improvvisate” rendendo l'ambulatorio medico di Sokos più vicino alla tipologia di servizi sanitari comunemente conosciuta. Questa differenza può essere spiegata ricorrendo al concetto di isomorfismo organizzativo, per il quale Sokos ha strutturato alcune importanti *routine* organizzative mutuandole dalla tipologia di lavoro tipica di altri servizi sanitari presenti nel campo organizzativo.²⁶⁴ Tale cambiamento rende chiaro anche ai migranti che Sokos è un servizio mirato in quanto opera verso un determinato target di utenza ma che questa non è composta, secondo le intenzioni di Sokos, da cittadini di categoria inferiore ai quali spetterebbe un servizio di bassa qualità, più “povero” e che utilizza metodi approssimativi e scarsamente professionali. Ai pazienti stranieri spetta una qualità di servizio pari a quella che i cittadini italiani trovano presso il proprio medico di base o presso altre strutture sanitarie pubbliche.

4.4 L'attività medica di Sokos.

Nei suoi 14 anni di vita l'Associazione Sokos ha integrato le prestazioni ambulatoriali di medicina di base attuando e partecipando diversi di progetti. In questa sede tuttavia ho scelto di privilegiare una breve descrizione di quelli in cui attualmente è coinvolta l'Associazione.²⁶⁵

Progetto “Stradentisti”.²⁶⁶ Questo progetto, ancora in fase di realizzazione, nasce dalla constatazione che la richiesta di assistenza odontoiatrica ha rilevato una domanda sempre crescente, non soltanto per quanto riguarda le emergenze, da parte di persone che non hanno nessuna possibilità di accedere a cure dentistiche né tramite il sistema sanitario nazionale (cui non possono accedere) né tramite le costose cure “offerte” dagli ambulatori privati. Di conseguenza, l'Associazione Sokos ha posto tra i propri obiettivi, in linea con i suoi principi costitutivi, quello di istituire un Servizio Odontoiatrico che rispondesse alla necessità di intervenire dove l'odontoiatria pubblica non assicura la propria presenza se non per le urgenze e quella privata ha necessariamente dei costi che risultano proibitivi per l'utenza di Sokos. Gli obiettivi che questo progetto si pone sono quindi: a) La realizzazione di un

264 Powell P., Di maggio P. J. (a cura di), *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Torino, Edizioni di Comunità, 2000

265 Per motivi di spazio non è possibile dar conto dettagliatamente di tutti i progetti conclusi da Sokos nel corso della sua attività. Mi limito ad elencarli: Progetto “Moonlight”, per fornire assistenza medica a prostitute immigrate, Progetto Ministeriale tutela della salute degli Immigrati, Progetto Regionale per la formazione dei mediatori culturali per l'area carceraria, Progetto Provinciale per la formazione dei mediatori culturali in ambito sanitario, Monitoraggio delle realtà di esclusione e marginalizzazione di gruppi di varie aree della città e in mobilità continua, Partecipazione attiva nei progetti ministeriali Palermo-Bologna per la tutela e sorveglianza sanitaria, Partecipazione ad attività formazione e promozione per operatori delle aziende sanitarie e di cooperative in ambito interculturale.

266 Le informazioni sui progetti qui di seguito riportate sono tratte da diverse relazioni sulle attività dell'associazione alcune delle quali consultabili al sito www.Sokos.it

servizio specialistico odontoiatrico, senza fini di lucro, volto a garantire la cura delle patologie dentali alle persone che attualmente non hanno questo diritto. b) Il ripristino attraverso le cure conservative e/o protesiche della funzionalità masticatoria e della dignità estetica del soggetto svantaggiato. c) La prevenzione, attraverso la riabilitazione della masticazione, di malattie dell'apparato digerente e della colonna vertebrale.

Progetto “La cura delle donne che curano”. Il progetto nasce dalla constatazione che nel territorio bolognese un elevato numero di donne migranti è impiegato nel lavoro di assistenza domiciliare a soggetti con diversi gradi di autosufficienza. Obiettivo generale del progetto è quello di analisi e predisposizione di azioni di supporto adeguate ad alleviare l'isolamento e il disagio delle donne migranti impiegate nel lavoro di cura. Sokos intende agire a riguardo attuando una serie di azioni. La prima azione è quella del contatto con i soggetti afferenti all'Associazione e della scelta di quelli disponibili per un'intervista di approfondimento. La seconda consiste nello svolgere delle interviste individuali e di gruppo sul tema dei bisogni delle migranti che svolgono il lavoro di cura. La terza azione è l'analisi delle interviste e la messa a fuoco delle priorità da sviluppare per la risposta ai bisogni. La quarta intende realizzare interventi in ambito psicologico (gruppi di supporto e auto aiuto), in ambito sociale (creazione di occasioni, contesti che favoriscono la partecipazione e il benessere) e in ambito educativo-formativo (corsi di italiano e corsi di base sull'assistenza alla persona anziana).

Progetto “Verso la prevenzione”. Il progetto nasce dall'evidenza che la provincia di Bologna è interessata da un'immigrazione, prevalentemente femminile, proveniente dall'Est Europa (Russia, Ucraina, Romania e Moldova) e che in questi paesi le malattie sessualmente trasmissibili sono presenti a livelli elevati. Il progetto dell'Associazione Sokos prevede l'attuazione di uno screening sulle malattie sessualmente trasmissibili per le donne immigrate dall'Est Europa in età fertile, la sensibilizzazione degli immigrati in merito al problema delle malattie sessualmente trasmissibili, lo studio di forme adeguate per la prevenzione. Le attività da realizzare sono le seguenti. Dopo il contatto con le persone interessate sia negli ambulatori Sokos che sul territorio della provincia di Bologna, sono previste delle azioni informative riguardo alle MST e sulla possibilità di effettuare screening presso il centro Malattie Sessualmente Trasmissibili della USL di Bologna. Le azioni informative prevedono la distribuzione di materiale nelle lingue di provenienza del target previsto e la creazione di gruppi di discussione con la partecipazione di medici e mediatori culturali. In un secondo momento il progetto prevede l'invio della persona interessata presso il centro MTS della USL.

Progetto Sokos Donna. Gli ambulatori Sokos, nello svolgimento della loro attività si trovano a confrontarsi con una popolazione femminile che, nel 2006, raggiunge il 63% del totale dei pazienti

la cui età media è tra i 30 e 45 anni . L'azione di Sokos cerca di garantire la possibilità di una tutela adeguata, in particolare alle donne, per ciò che concerne le patologie di tipo ginecologico e senologico. Tali patologie richiedono specifiche azioni di educazione sanitaria mirate alla conoscenza delle malattie trasmesse sessualmente, alla pianificazione delle gravidanze ed alla prevenzione delle malattie a carico dell'apparato riproduttivo. E' evidente che tali azioni, oltre a consentire la tutela della salute delle donne, avrebbero evidenti ripercussioni positive sulla salvaguardia della salute della popolazione circostante nonché una diminuzione dei costi dei servizi sanitari pubblici. Sokos ha quindi provveduto all'apertura di un servizio ambulatoriale specialistico ginecologico con la finalità di offrire, non solo le cure urgenti e necessarie, peraltro già previste dalla normativa vigente, ma anche visite e indagini di 1° livello necessarie alla prevenzione delle comuni patologie ginecologiche, la conoscenza, l'informazione e l'educazione sanitaria. Nei primi nove mesi dall'apertura del servizio (ottobre 2006) si è riscontrata un'alta adesione, infatti in 31 giornate di ambulatorio sono state effettuate 318 visite ginecologiche.

Le prestazioni mediche specialistiche. Parallelamente a questi progetti, l'operato di Sokos si concentra in prevalenza sulle prestazioni di medicina di base e da fine 2005 anche su quelle di medicina specialistica. La necessità di istituire un circuito interno di visite specialistiche parte dall'analisi delle patologie di cui sono affetti i pazienti stranieri ai quali, a causa delle loro condizione di irregolarità amministrativa, è negata la possibilità di effettuare un controllo specialistico. Per questo motivo la richiesta di visite, soprattutto ginecologiche e dermatologiche, è divenuta nel corso del tempo molto pressante. Di norma le visite specialistiche vengono effettuate negli stessi ambulatori Sokos esclusivamente su appuntamento nei giorni in cui non vi sono quelle di medicina di base, altre volte i pazienti vengono indirizzati verso lo studio dei medici specialisti. Nel corso del 2006 il numero di visite specialistiche (Allergologia, Chirurgia vascolare, Dermatologia Endocrinologia, Fisiatria, Ginecologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Psichiatria, Psicologia) è stato di 335. Quest'ulteriore sforzo organizzativo in direzione di un ampliamento della copertura sanitaria a favore dei propri pazienti muove dall'esigenza di assicurare tempi di cura più rapidi per una fascia di utenza "critica", costituita da migranti irregolari, che presenta una domanda pregressa di cure sanitarie specialistiche la cui scarsa dimestichezza con i meccanismi del sistema sanitario pone in una posizione svantaggiata nella richiesta di prestazioni mediche specialistiche.

“Negli ultimi due anni abbiamo aperto con tutto il discorso della specialistica. Ci sono varie specialistiche per cui con questo noi limitiamo moltissimo quelli che sono i tempi di attesa di una specialistica esterna e quindi poi li seguiamo noi e tutto.”[S3]

Anche i medici specialisti sono tutti soci e volontari dell'Associazione e questo comporta che le visite mediche, pur seguendo una cadenza regolare, seguano dei tempi abbastanza dilatati in conformità con le disponibilità dei diversi professionisti. Ciò, a fronte di una richiesta molto elevata, ha reso evidenti alcune difficoltà nella gestione delle prestazioni di medicina specialistica. Nelle parole di un'operatrice:

“Per esempio l'ortopedico mi diceva “Mah, non è che poi noi facciamo 'sto gran lavoro, sarebbe bene che un paziente, lo specialista lo prenda e lo segua durante il percorso dello sviluppo o la soluzione della sua malattia.”. Qui col fatto che la cadenza una volta al mese può essere sufficiente, ma se ti si presentano nuovi casi il problema è “Cosa faccio? Seguo i miei dieci pazienti che vedo due volte, oppure mi metto a lavorare anche con nuovi casi?” entrambe le soluzioni ti portano a dire che un ortopedico è poco. Per la specialistica va detto che per le attività va dato un seguito. E per dare un seguito ci vogliono risorse e disponibilità. Capisci? L'ortopedico, da gennaio è venuto una volta al mese regolarmente. In una volta lui può fare 8 visite. Se nelle seconde 8 visite, quindi nelle prime 16 visite, lui ha trovato 5/6 pazienti che avevano bisogno di essere rivisti nel tempo, vuol dire che il cerchio si è già chiuso. E quindi il problema nostro è “Seguo 16 pazienti e basta? Ma le richieste sono molte di più” . A me dispiace moltissimo di questa cosa. La sto avvertendo veramente tanto.”[S1]

Il problema organizzativo che emerge da queste dichiarazioni è sostanzialmente la disparità tra le risorse organizzative e le richieste di cura. Poiché Sokos è un'organizzazione la cui risorsa principale è il tempo che i suoi membri decidono volontariamente di dedicarle, appare evidente che questo non sia sufficiente a soddisfare tutte le richieste che potenzialmente ricadono su un servizio medico così strutturato. Ecco che il dilemma organizzativo che si presenta e che tocca anche gli operatori stessi quasi come una questione morale è: assicurare un'effettiva continuità di cura ai pazienti presi in carico, oppure cercare di soddisfare la domanda di cura espressa dalla popolazione straniera che affrisce all'ambulatorio? Nelle dichiarazioni e nelle pratiche quotidiane degli operatori di Sokos sembra che non vi sia una presa di posizione netta verso una delle due soluzioni. Piuttosto la strategia adottata è quella di valutare secondo il singolo caso per decidere, in base alla gravità medica e ai percorsi biografici dei migranti e alle loro esigenze individuali se continuare a seguire un paziente oppure se indirizzarlo verso una struttura pubblica mettendo a disposizione di un altro paziente il posto libero.

Prestazioni di medicina di base e rilascio della tessera STP. Le prestazioni mediche di medicina di base sono l'attività caratterizzante l'Associazione Sokos fino dalla sua fondazione nel 1993. I medici di base che svolgono, ciascuno secondo le proprie disponibilità di tempo, attività continuativa sono

dieci. Durante la mia osservazione partecipante ho avuto occasione di fare conoscenza ed interagire, con i 6 medici (quattro donne e due uomini) che in quel periodo hanno frequentato più assiduamente l'ambulatorio. Tra questi due in particolare, la direttrice sanitaria e un altro medico donna, rappresentano attualmente i punti di riferimento più importanti per l'utenza poiché entrambe sono solitamente presenti durante la settimana due volte su tre.

In questo capitolo non tratteremo del rapporto medico-paziente poiché esso sarà oggetto di disamina nel capitolo successivo. Si cercherà qui di dar conto di una pratica organizzativa fondamentale non solo sotto l'aspetto medico, ma anche burocratico, che costituisce una delle attività “storiche” di Sokos e che identifica l'organizzazione a livello istituzionale e tra l'utenza: il rilascio del tessera STP. Sokos è stata infatti (in convenzione con l'USL) una delle prime organizzazioni mediche ad essere autorizzata al rilascio di questo documento sanitario.²⁶⁷

A proposito di questa pratica si è notato come il personale della segreteria da un lato proponga agli stessi pazienti la vulgata istituzionale che prevede il rinnovo solo a condizione che il paziente sia bisognoso di cure mediche, dall'altro lato nei fatti adotta dei criteri poco restrittivi, cosicché il rilascio della richiesta di attivazione della tessera sanitaria e della richiesta di rinnovo risulta quasi automatico. Ciò avviene perché Sokos vuole evitare che ai migranti sprovvisti di Stp o con Stp scaduto accadano episodi come quello descrittomi da un operatore di segreteria.

“ (...) ieri parlavamo di una ragazza, che aveva non so che tipo di problemi...in cinta che aveva bisogno di una prestazione da pronto soccorso; aveva il tesserino STP scaduto, si è presentata al pronto soccorso e non le hanno fatto niente perché le hanno detto “Hai il tesserino scaduto”. Ecco, a mio parere questa è una cosa da denuncia. Questa è una cosa grave.” [S5]

O, come mi racconta un'altra operatrice:

“Per esempio l'altro giorno è venuta una persona che aveva una mano molto gonfia e gli ho chiesto cosa era successo. Dice “io avrei bisogno del tesserino” perché era caduto con la bicicletta mentre andava a lavorare e lui si è trovato che è andato al pronto soccorso e al pronto soccorso non lo hanno nemmeno guardato in faccia. “Lei è extracomunitario? Benissimo. Prima fa il tesserino e poi noi la facciamo”. Un comportamento direi da denuncia. Perché, comunque sia, uno che si presenta al pronto soccorso lo guardi e poi gli dici “vai a fare il tesserino”” [S1]

²⁶⁷Vale la pena di ricordare che Sokos formula solamente la richiesta di rilascio o di rinnovo del tesserino STP che può essere rilasciato o rinnovato (la sua durata è di 6 mesi) esclusivamente dagli uffici dell'anagrafe sanitaria. Inoltre la sola attivazione del STP, se non accompagnata da una richiesta di prestazioni sanitarie, è in sé priva di costi significativi.

Come mi è stato più volte riferito informalmente dal personale di Sokos, questi eventi hanno carattere episodico e sono causati più dall'incontro con un operatore sanitario poco disponibile e cordiale che da una pratica sistematica di esclusione dei migranti dalle cure di primo soccorso. Tuttavia proprio per evitare il ripetersi di situazioni come quelle sopra descritte, che per altro a detta di gran parte degli intervistati non sembrano avere un carattere di eccezionalità, Sokos facilita il rilascio delle richieste per il rinnovo o il rilascio del documento sanitario. L'adozione e la continuità di questa prassi ha fatto in modo che Sokos sia considerata, suo malgrado, da molti degli utenti ma anche dalle istituzioni come un luogo di "spacciatori di tesserini" per citare le parole che un operatore mi ha riferito durante una chiacchierata nel *back office*. Essa in ultima analisi traduce nella pratica una concezione organizzativa sul valore di questo documento sanitario che ho definito "strumentale" e che si affianca e si intreccia ad una definizione organizzativa che invece ho chiamato "simbolica".

In base alla definizione "strumentale" del STP, esso è appunto uno strumento utile al migrante per assicurarsi praticamente il diritto alle cure, specie in situazioni di emergenza. In quest'ottica l'STP è una sorta di tutela preventiva contro i disservizi che possono colpire un migrante irregolare.

Tuttavia l'Stp per Sokos ha anche un valore e una funzione simbolica, definizione questa che sembra prevalere nella cultura organizzativa, che è fortemente condivisa da tutti i suoi membri e che è contenuta nelle affermazioni di queste due intervistate.

“(…) E’ l’unico documento di riconoscimento che hanno sul territorio italiano. L’unico documento di riconoscimento (*scandito con la voce*). Per noi è molto di più, per loro è molto di più. Per loro vuol dire essere qualcuno, non essere più un numero, essere una persona che bene o male ha gli stessi diritti di un italiano. (...) loro vogliono ugualmente il rinnovo del tesserino. C’è proprio questa paura di perdere questo status che comunque loro hanno ottenuto. E’ tutto un discorso un po’ psicologico, hai capito, “Io ho il tesserino per cui sono” E’ una sicurezza, è una sicurezza”[S3]

O ancora un'altra operatrice:

“Noi siamo la piccola finestrina che permette a loro di essere in qualche modo visibili. Perché ci tengono tanto al tesserino? Mica perché gli serve...perché il tesserino nemmeno gli serve se vengono qui a farsi una visita, se gli servono dei farmaci quello che possiamo fare lo facciamo. Il tesserino per loro vuol dire “Io esisto” quindi il tesserino per loro è importantissimo.”[S1]

Per l'organizzazione la funzione simbolica del tesserino è molto importante. Il suo possesso rompe l'invisibilità sociale insita nella condizione di irregolarità amministrativa. Finalmente il migrante

irregolare che possiede il tesserino STP può essere riconosciuto anche da quel sistema istituzionale che continuamente nega la sua esistenza in quanto persona, attraverso la negazione di tutti quegli attributi materiali e simbolici che invece la definiscono socialmente. Secondo Sokos il tesserino STP è un simbolo includente, una sorta di “primo passo” per la cittadinanza dei migranti.

A questa funzione simbolica che possiamo definire esterna, pubblica se ne affianca una più più “interna”. Essa è sinteticamente espressa nelle parole seguenti che raccontano cosa accade quando un paziente attiva la tessera STP in base alla richiesta redatta da Sokos.

“(…)Da quel momento per qualsiasi cosa lui viene qua e noi siamo il suo medico di base. Dopo noi gli possiamo prescrivere qualsiasi cosa ecc.” [S3]

In questo senso la tessera STP mostra uno dei confini organizzativi. Infatti il documento sanitario diventa ciò che permette ai migranti di entrare nell'organizzazione in qualità di pazienti. L'intera Associazione diventa il medico di base del paziente straniero. Nel momento in cui Sokos rilascia la richiesta per l'STP essa decide di accogliere al suo interno un individuo, di prenderlo in carico mutandone perciò gli attributi sociali poiché egli non è più esclusivamente un immigrato irregolare ma diviene un paziente. Ad esso l'organizzazione si relaziona in base agli attributi e alle aspettative che il nuovo ruolo sociale determina.

4.5 I rapporti con gli altri attori.

Come è stato già accennato in precedenza, dal 1996 Sokos lavora in convenzione con l'USL. Tale convenzione, rinnovata ogni tre anni, prevede per Sokos sostanzialmente l'utilizzo gratuito dei locali e lo stanziamento di una somma per pagare esclusivamente le spese di mantenimento delle attività ambulatoriali poiché tutto il personale svolge lavoro volontario non retribuito. Questa convenzione fa in modo che Sokos svolga effettivamente un servizio sanitario pubblico con un grande risparmio per le casse della sanità regionale grazie al lavoro volontario di medici e personale amministrativo. L'assoluta volontarietà del proprio operato, che tra l'altro permette un certo margine di indipendenza dai finanziamenti pubblici, è un tratto fortemente caratterizzante la cultura e l'azione organizzativa. Ad esempio accettare di lavorare assieme a dei medici retribuiti dall'USL significherebbe per Sokos snaturare il proprio stile medico del quale uno dei tratti fondamentali è la disponibilità a concedere quanto più tempo possibile ai pazienti. Anche per questa propensione a soddisfare pienamente la domanda di cura, il modo di fare medicina di Sokos si differenzia da quello delle altre strutture mediche pubbliche. Ciò è quanto dichiara chiaramente la direttrice

sanitaria.

“Costerebbe all’USL una follia, una follia. Infatti quando noi eravamo in via Montebello, ci fu chiesto, dato che noi ormai non ce la facevamo più, rischiavamo di scoppiare perché eravamo anche pochi ecc. e avevamo annunciato che avremmo ridotto i giorni di apertura,...l’ USL ci offrì di far collaborare con noi dei loro medici. Noi rifiutammo perché chiaramente loro ci affiancavano dei loro medici retribuiti a fronte di noi medici che siamo volontari per cui noi volevamo proprio rimanere al di fuori di quello che è il discorso retribuzione, e quindi ci rifiutammo. Però è anche vero che se l’USL dovesse assoggettarsi ai costi, cioè, una follia vera e propria. Anche perché un medico normale di medicina di base quando ha fatto quei dodici, tredici, quindici pazienti al giorno..Bona, ha chiuso. Cioè noi qui...tu lo vedi come siamo messi (...)” [S3]

La convenzione con l’USL però non sembra essere sufficiente a coprire tutti i costi che l’istituzione di un servizio medico di livello dignitoso dovrebbe avere. E per tal motivo Sokos deve dirottare parte del proprio lavoro organizzativo alla ricerca di altre risorse economiche. Piuttosto la convenzione con il servizio sanitario pubblico riveste un’importanza simbolica perché consente una forte legittimazione a livello istituzionale.

“(...) che poi noi non siamo un’associazione tanto per dire, siamo un’associazione che lavora dal punto di vista operativo in convenzione con l’ azienda sanitaria, quindi dal punto di vista operativo è degnissimo, non abbiamo bisogno di nessuno che ci dica “Perché esistete?”(...) da noi escono circa 20 mila euro all’anno e l’azienda sanitaria non ci dà questi soldi, ce ne da 11 mila. Quindi vuol dire che tu devi andare a cercare i finanziamenti altrove, se vuoi mantenere un livello di servizio che abbia una qualità degna, non dico... perché non c’è neanche nella sanità pubblica rivolta ai cittadini italiani...ci sono dei punti di eccellenza ma non è che ci siano i livelli eccelsi dovunque. Però, mantenere un livello dignitoso per una persona umana...[S1]

L’organizzazione, anche se spende gran parte delle proprie risorse nel lavoro medico, dimostra quindi un atteggiamento molto attento all’ambiente in cui è immersa e cerca di interagire con gli altri attori organizzativi, istituzionali o associativi.

“Bisogna crescere proprio perché i rapporti a livello politico comunque vanno tenuti. E’ interesse della Provincia, se si lavora bene. Bisogna farsi conoscere, far sapere chi sei, che sei una persona seria, che lavori in quel settore ecc.” [S1]

Per questo motivo Sokos ha sviluppato una serie di collaborazioni con altre realtà associative operanti nel territorio bolognese, come peraltro prevede l'articolo 38 dello Statuto associativo che recita :“L’Associazione coopera con altri soggetti privati e partecipa e collabora con soggetti ed enti pubblici per la realizzazione delle finalità statutarie per lo svolgimento delle finalità”.²⁶⁸ Queste collaborazioni hanno sempre riguardato progetti di intervento ben definiti. Infatti da quanto abbiamo riscontrato, Sokos non fa parte formalmente di una rete territoriale di servizi di cura e in questo senso i rapporti con gli altri attori organizzativi si strutturano attorno ad un elevato grado di informalità. Come avremo modo di approfondire nel capitolo successivo, infatti, molti pazienti arrivano a contattare il servizio medico di Sokos perché inviati da altre associazioni e strutture mediche cittadine senza che vi siano degli accordi precisi sulle modalità di invio degli utenti.

“Qualcosina si fa con qualche struttura che proprio non ha il nostro obiettivo immediato: “Piazza Grande”, lavoriamo con loro e con “Fiori di strada” e con il Comune di Bologna con il settore che sta dietro al recupero della prostituzione. Però si era fatto un tentativo che adesso mi sembra sia stato abbandonato, di lavorare con le altre organizzazioni, tipo il “Naga” di Milano, per costruire una rete di rapporti che penso sia molto importante per scambiarsi le esperienze e mutuare qualche esperienza positiva. Con il Comune abbiamo fatto una piccola convenzione a costo zero per loro, però non è stata una collaborazione molto...impegnativa per noi perché ci hanno mandato qualche ragazza, anzi dovremmo riprendere i rapporti per capire, quindi ci chiedevano la disponibilità di dare gli spazi medici. Loro hanno una loro organizzazione con dei volontari che agganciano la persona e riescono a convincerla a fare un primo passaggio che è quello medico, e poi da lì tutto il resto. Con Piazza grande invece facciamo un lavoro sul territorio con i senza fissa dimora e questo è quello che ci comincerà ad impegnare un po’ di più, non so se avremmo le forze per farlo, con uscite serali ecc ...” [S1]

Sappiamo perciò che Sokos collabora stabilmente con l'Associazione “Piazza Grande” con la quale ha un progetto che prevede un'uscita serale una volta alla settimana da parte di un'equipe di volontari di entrambe le associazioni, che portano assistenza sanitaria ai senza dimora presenti nel territorio urbano bolognese.

Ciò che evidenziano le affermazioni qui sopra riportate è la propensione e allo stesso tempo la grande difficoltà di Sokos a mantenere i rapporti con le altre organizzazioni di terzo settore. Difficoltà dovuta prevalentemente, dal punto di vista di Sokos, alla scarsità di risorse organizzative da spendere su questo versante. In buona sostanza quindi il *networking* proprio dell'Associazione Sokos assume un carattere intermittente ed informale pur non diminuendo la sua efficacia, ad

²⁶⁸Lo statuto dell'associazione Sokos è consultabile al sito [www. Sokos.it](http://www.Sokos.it)

esempio nei termini della quantità di stranieri che contattano il servizio.

Elementi di forte criticità si riscontrano invece nei rapporti con le altre strutture sanitarie pubbliche, specie con i reparti di pronto soccorso degli ospedali. Un medico dell'Associazione ci ha spiegato chiaramente i termini della questione.

“Adesso mi hai fatto venire in mente un'altra cosa: non è solo Sokos ad avviare il discorso STP bensì anche il S.Orsola, anche il Maggiore. In questo fanno “gli gnorri” e non lo sanno per cui spesso ti rimandano indietro il paziente per fare il tesserino STP come se tu fossi l'unico...Potrebbero farlo anche loro, per esempio quando al pronto soccorso decidono di ricoverare una persona, loro hanno come riferimento il poliambulatorio Mengoli, come noi abbiamo Montebello che è il nostro punto di riferimento, loro dovrebbero fare l'STP. Quindi uno che viene ricoverato, automaticamente dovrebbe uscire con il tesserino STP e non dovrebbe venire da noi a farselo.” [S4]

Un altro operatore per esprimere lo stesso concetto fa uso di una metafora molto efficace per dare l'idea del rapporto che intercorre tra strutture sanitarie pubbliche, migranti irregolari e Sokos.

“(...)siamo un po' la “discarica” di tutti i problemi, perché quando hanno problemi con un immigrato irregolare, buttano tutto da Sokos anche se sono cose che potrebbero risolvere benissimo loro con un minimo di buona volontà.” [S5]

La concezione che, nelle rappresentazioni del personale, le altre strutture cittadine hanno di Sokos in qualità di servizio mirato si avvicina a quella di “ghetto sanitario” al quale viene affidata la gestione esclusiva di una determinata categoria di soggetti percepiti come marginali: i migranti irregolari appunto. Evidentemente essi non sono ritenuti degni di acquisire subito, pur essendo in stato di bisogno, i diritti universalistici connessi all'assistenza sanitaria. I migranti devono essere incanalati in un percorso apposito, una sorta di stigma istituzionale, che ne sottolinea negativamente- la diversità entro la quale ridurli attraverso pratiche quotidiane che costantemente ricordino loro la fatica di ottenere un trattamento di pari livello ai cittadini italiani.

Rispetto al tema dei rapporti che Sokos intrattiene con le varie organizzazioni che si occupano dei migranti in ambito sanitario ci siamo soffermati particolarmente sui rapporti che intercorrono tra Sokos e Biavati, l'altra grande associazione sanitaria bolognese il cui target è costituito da migranti irregolari.

“Svolgiamo lo stesso compito ma poi siamo cose diverse. Il Biavati dovrebbe fare la nostra stessa cosa, lo fanno in realtà ma sono una cosa diversa da noi. Sono filosofie diverse, sono una cosa diversa perché noi

facciamo volontariato puro, da loro c'è un gettone che percepiscono i medici. Hanno un rapporto diverso rispetto all'extracomunitario irregolare tanti che sono stati da loro vengono qua...sono quelle cose che le senti a livello interiore. Non lo so. Secondo me c'è anche una sorta di discriminazione dal punto di vista religioso, perché il Biavati è un'associazione a carattere religioso e quindi...mah, io non critico nessuno ma penso che ogni tipo di cosa che si caratterizzi ideologicamente o con la religione ad un certo punto abbia, piccola o grande, più o meno, una discriminante. Invece se approcci ad un lavoro di questo tipo, ed avere un concetto veramente laico di quello che si fa, non hai discriminanti per nessuno. Poi accogli tutti e sei libero di dire a tutti quello che vuoi, quello che senti. Mi spiego?" [S5]

Un'altra operatrice ci fornisce altri spunti di riflessione.

“No. E poi per quello che ho capito io siamo anche in leggera antitesi con il Biavati. Ci sono dei contatti a livello personale, con il direttore sanitario, ci siamo incontrati a riunioni...Per quello che so io comunque, i soci più anziani vengono dal Biavati...è un modo diverso di intendere il volontariato, al di là del fatto che lì l'estrazione è quella cattolica, legata alla chiesa di Bologna, alla diocesi, non so chi c'è dietro. Però è una potenza il Biavati, è un'associazione bella tosta...che tipo di attività loro facciano, io non l'ho del tutto capito. C'è chi dice che facciano attività specialistiche, come facciamo noi...e comunque hanno un'impostazione nei confronti dell'utenza, diciamo, che mi è stata sempre rappresentata come un'impostazione più spersonalizzata, come posso dire “Facciamo i medici, tu hai bisogno del medico e finisce lì”. [S1]

Sono diverse le motivazioni, secondo il punto di vista di Sokos, che pongono tra le due organizzazioni una distanza tale da impedirne una collaborazione proficua. A ben vedere sono le stesse ragioni “storiche” che hanno portato alla fuoriuscita dei fondatori di Sokos dal Biavati e che stanno alla base della fondazione di Sokos. Esse riguardano: il ruolo dei volontari, la matrice ideale e politica della propria attività, il rapporto con l'utenza e sembrano essere talmente profonde che, come ci dice il primo intervistato, le due associazioni sono fundamentalmente diverse pur svolgendo lo stesso compito. Nella prima intervista viene evidenziato il diverso stile di volontariato. In Sokos trova casa, a detta dei suoi membri, l'ideale puro della figura di volontario il quale lavora donando il proprio tempo in maniera totalmente gratuita con l'unico fine, al di là delle ragioni strettamente personali, di aiutare la propria organizzazione a raggiungere i suoi obiettivi. Così non è per il Biavati che paga un gettone di presenza ai propri medici. Secondo la cultura organizzativa di Sokos, quindi, i propri membri devono prestare la propria opera esclusivamente spinti da motivazioni ideali e dalla convinzione della giustizia del fine organizzativo. Tale concezione presenta indubbiamente dei vantaggi in termini di coesione organizzativa, di continuità e di

efficacia del proprio lavoro, tuttavia alla lunga può portare ad un calo dell'attività organizzativa causato dalla stanchezza e dal logoramento del personale soprattutto se al lavoro dei volontari non corrisponde un adeguato riconoscimento.

Il primo intervistato ci illustra anche la seconda evidente differenza: la diversità politica. L'estrazione cattolica del Biavati e i suoi contatti e gli appoggi che riceve dalle organizzazioni ecclesiastiche bolognesi influiscono evidentemente anche sull'attività medica e sul rapporto che si instaura con i pazienti. Quest'impostazione maggiormente aderente alla morale cattolica sembra essere il motivo del passaggio di un certo numero di pazienti da questa struttura a Sokos.²⁶⁹In Sokos la laicità è uno dei valori fondamentali nell'orientare l'agire organizzativo. Essa non viene però inteso come in opposizione all'appartenenza religiosa ma viene costantemente messo in pratica come una sorta di garanzia antidiscriminatoria. Con questa propensione Sokos opera effettivamente come un servizio che si rivolge prima di tutto a degli individui (siano essi senza dimora o migranti irregolari) in stato di bisogno, senza un atteggiamento di giudizio sulle ragioni causa del bisogno stesso che porterebbe inevitabilmente a censure e limitazioni.

La seconda intervistata ci sottopone infine la differenza nel rapporto medico paziente evidenziando come questo sia per il Biavati molto più istituzionalizzato e “spersonalizzato” più vicino quindi a quello presente in molte istituzioni sanitarie pubbliche e fortemente contestato dai medici di Sokos. Essi infatti adottano uno stile medico che, come si vedrà in seguito, è basato fondamentalmente sull'ascolto del paziente e sul tempo dedicato a questo ascolto.

E' evidente che la rappresentazione della quale qui diamo conto è quella che Sokos dà del proprio stile di lavoro, soprattutto per quel che riguarda il rapporto con il paziente che gli operatori di Sokos definiscono come fortemente personalizzato. Questa auto rappresentazione potrebbe essere la medesima che l'Ambulatorio Biavatio fornisce di se stesso, poiché è ovvio che anche questo servizio medico non avrebbe nessuna ragione per qualificare il rapporto che instaura con i propri pazienti come “spersonalizzato”.

Tutte queste profonde differenze impediscono una collaborazione formalmente definita a livello medico e amministrativo tra le due associazioni relegando i contatti reciproci nell'informalità dei rapporti personali tra alcuni membri a margine di riunioni di settore.

Come per ogni altra organizzazione anche in Sokos sono presenti alcune criticità che rendono difficoltoso l'agire organizzativo. Abbiamo già dato conto delle difficoltà in ambito economico (l'insufficienza delle risorse economiche a fronte delle attività messe in campo). Qui di seguito illustreremo altri tre punti di criticità presenti nell'azione organizzativa di Sokos.

²⁶⁹Non ci è stato possibile quantificare a quanti siano i pazienti che decidono di rivolgersi a Sokos dopo un primo approccio con Il Biavati. Tuttavia, da quanto riferitoci dal personale di Sokos, esso non sembra essere quantitativamente rilevante.

Il primo punto concerne la scarsa visibilità dell'Associazione, come illustrano le dichiarazioni di due intervistati riportate qui sotto.

“Questa è un’ associazione nata nel’ 93. Io penso che se avessimo investito un po’ più in visibilità, non saremmo a questo punto. Secondo il mio punto di vista, il limite è rappresentato dal fatto che in 15 anni ormai, l’Associazione non è diventata molto visibile (...) Questo è stato il limite mentre cresceva il target di popolazione che utilizzava il servizio.” [S1]

O ancora.

“(…)abbiamo qualche problema come Associazione perché non siamo in grado di promuoverci, di farci conoscere da più gente possibile che può servirsi del nostro servizio di volontariato.” [S4]

Le parole contenute nella prima intervista mettono in luce un concetto di visibilità pubblica riferito all'ambiente istituzionale e del terzo settore. Secondo l'intervistata l'Associazione, mentre aumentava il proprio bacino di utenza, di pari passo non ha agito a sufficienza per rendere pubblico, visibile il proprio operato con il fine di ottenere una più ampia legittimazione sociale e un più robusto riconoscimento istituzionale (con il corollario della possibilità di maggiori supporti economici da parte del servizio sanitario). Quindi questo tipo di visibilità ha a che fare principalmente con la sfera pubblica.

Quanto invece riferisce il secondo intervistato, riguarda la mancata capacità di Sokos di promuoversi tra i potenziali beneficiari delle prestazioni mediche da essa erogate.

E' evidente che queste due concezioni di visibilità sono in parte contrastanti perché nascono da motivazioni diverse. La prima infatti, considera la visibilità sulla scena pubblica un requisito indispensabile per accedere a tutta una serie di risorse di ordine simbolico ed economico che migliorerebbero l'efficienza organizzativa e conseguentemente anche l'efficacia della propria azione. La seconda invece trae origine dagli ideali e dalle finalità di Sokos, ossia fornire assistenza sanitaria di base e specialistica a quanti ne sono esclusi. Secondo questo ragionamento è chiaro che, se chi è privo di assistenza sanitaria non è a conoscenza dell'esistenza e dell'attività di Sokos, l'organizzazione risulta essere in parte mancante rispetto ai propri obiettivi.

L'altra importante questione che crea impedimenti e rende difficoltoso il lavoro di Sokos è quella della motivazione dei membri di Sokos all'agire organizzativo e del suo mantenimento. Questo aspetto è evidentemente molto sentito soprattutto tra chi agisce in un ruolo organizzativo di coordinamento. Ed infatti è stato proprio un membro del coordinamento spiegarmi esplicitamente i

termini della questione già durante il mio primo giorno di osservazione partecipante. La persona che mi era stata indicata come referente per tutte le mie esigenze di ricerca, durante il nostro primo colloquio, nel presentarmi accuratamente l'Associazione attraverso la descrizione delle sue finalità e nel suo lavoro, aveva incluso fin dalle prime battute il problema della motivazione fornendomi a riguardo la versione organizzativa ufficiale. Il ragionamento era molto sintetico ma chiaro: la motivazione dei volontari ogni tanto vacilla aumentando la difficoltà a tenere aperto l'ambulatorio di medicina di base per tre giorni alla settimana, fatto che corre il rischio di ripercuotersi sulla delicata convenzione con l'USL. Come la stessa volontaria mi ha raccontato poi:

“(…) ma le difficoltà continuano ad esserci. Difficoltà che derivano dal fatto che il bacino di utenza è grande e ha esigenze sempre crescenti, e dall'altra parte che manca personale. C'è un problema a livello numerico. Devi prendere quello che il singolo volontario riesce a darti, le esigenze cambiano in maniera molto veloce, soprattutto se pensi ai soci giovani che possono prendere strade diverse ad esempio per esigenze di carriera. (...) anche adesso si avvertono dei segnali di stanchezza, ma tutto, secondo me, potrebbe avere un'evoluzione positiva con l'immissione di persone nuove.” [S1]

Il problema della motivazione non intacca la dedizione al proprio lavoro e la correttezza nel suo svolgimento secondo le finalità e i valori fondanti di Sokos. Piuttosto la questione motivazionale si declina nei termini di un distacco dall'Associazione, e quindi una cessazione totale della propria attività di volontario, quando sopraggiungono motivazioni personali abbastanza importanti. Quello che tuttavia abbiamo constatato è che al di là di questa versione che imputa unicamente alle contingenze personali (lavoro, possibilità di carriera ecc), e che comunque mi è stata riferita da pochi membri dell'organizzazione, non sia presente né sia in elaborazione - o quantomeno non emerga pubblicamente - una riflessione sulle cause del distacco dall'organizzazione soprattutto dei soci più giovani. E ciò è dimostrato anche dall'unica soluzione che è stata fin ora proposta: ossia far entrare nuove persone in Associazione per alleviare la stanchezza di chi lavora da molto ai progetti Sokos in modo tale da allontanarne tentazioni di distacco.

Alla questione motivazionale se ne aggancia un'altra di importanza che ricorre nella quasi totalità dei discorsi dei nostri intervistati, e che è stata evidentemente elaborata collettivamente come un rilevante problema organizzativo, è la gestione dell'elevato numero pazienti che si rivolgono al servizio. Questo tema è già stato posto alla nostra attenzione a margine di altri argomenti quali ad esempio le prestazioni di medicina specialistica, la visibilità pubblica di Sokos o il rapporti che essa intrattiene con le altre realtà associative e istituzionali del settore sanitario.

“ (...) dopo c'è stato un crescendo veramente importante nel giro di pochissimi anni. L'affluenza è estremamente importante. Obbiettivamente abbiamo creato delle aspettative, tipo le specialistiche attivate al nostro interno che poi la gente comincia ad usufruire e si crea un' aspettativa.” [S1]

Queste parole delineano chiaramente i termini della questione. Sokos vede crescere il proprio bacino di utenza e ciò è dovuto al fatto che Sokos cerca, come previsto dalle sue finalità, di raggiungere quanti più soggetti in condizione di bisogno. Tuttavia parallelamente non cresce la struttura organizzativa (personale, risorse economiche e materiali) e ciò comporta delle ricadute sull'erogazione del servizio andando ad incidere negativamente sulle aspettative create dall'utilizzo delle prestazioni mediche, che i migranti hanno nei riguardi dell'organizzazione medica.

4.6 Sokos in numeri.

Lo scopo di questo paragrafo è quello di quantificare l'operato di Sokos e di tracciare un essenziale profilo della sua utenza. A tal fine ci siamo serviti di alcuni dati provenienti dall'archivio dell'Associazione. Per prima cosa consideriamo l'attività di ambulatorio nell'anno 2006.

Tabella 6 Ambulatorio Sokos. Attività 2006. Fonte archivio Sokos

Mesi	Medicina Base	Specialistica	Tot.	Medicina Base	Specialistica	TOT ALE	Medicina Base	Specialistica	Base + Spec.
	GG	GG	GG	ORE AMB	ORE AMB	AMBULATORI	Visite	Visite	Tot. Visite
Gennaio	12	2	14	95	5	100	500	9	509
Febbraio	12	3	15	96	8	104	511	11	522
Marzo	13	3	16	101	8	109	560	9	569
Aprile	12	3	15	92	8	100	469	11	480
Maggio	13	3	16	97	8	105	566	11	577
Giugno	11	3	14	85	8	93	496	11	507
Luglio	13	3	16	99	6	105	485	7	492
Agosto	7	2	9	57	5	62	332	6	338
Settembre	13	5	18	95	13	108	497	42	539
Ottobre	13	12	25	99	30	129	510	73	583
Novembre	12	12	24	96	30	126	529	73	602
Dicembre	10	12	22	78	30	108	397	72	469
TOTALI	141	63	204	1.090	156	1.246	5.852	335	6.187

Come mostra la tabella qui sopra, riguardante l'attività ambulatoriale nell'anno 2006, si vede come siano state 5.852 le visite effettuate dai medici di base di Sokos durante 1.090 ore di ambulatorio

distribuite in 141 giorni. I dati riportati nella tabella mostrano anche una sostanziale omogeneità nel corso dell'anno per quanto concerne il numero dei giorni di ambulatorio e il numero di ore dedicate alla medicina di base (fa eccezione il mese di Agosto in cui l'ambulatorio di medicina di base è stato aperto solo in 9 giorni per un totale di 57 ore). Le visite specialistiche sono state in totale 335 nei 63 giorni di apertura degli ambulatori ad esse dedicati impiegando il personale di Sokos per 156 ore. E' evidente quindi come l'attività principale di Sokos si concentri nel fornire prestazioni mediche di base. Ciò trova giustificazione anche nel fatto che l'attivazione delle prestazioni specialistiche è avvenuta a partire da Gennaio 2006 e che quindi ha dovuto evidentemente passare un periodo di rodaggio prima di raggiungere un numero di visite significativo. Infatti è possibile vedere che, mentre da Gennaio ad Agosto 2006 il numero di visite mensili ha oscillato da un minimo di 6 ad un massimo di 11, è avvenuto un grosso incremento delle visite specialistiche a partire da settembre (43) per arrivare a più di 70 visite nei mesi successivi, evidenziando in questo un andamento disomogeneo rispetto a quello della medicina di base.

Tabella 7. Statistiche visite 2000 2006 Fonte: Archivio Sokos

Anno	Giorni Amb.	Visite		Media Visite/g.	% Visite donne
		Totale Visite	donne		
2000	99	1.393	685	14,07	49,17
2001	135	3.732	1.998	27,64	53,54
2002	140	4.412	2.600	31,51	58,93
2003	136	2.804	1.670	20,62	59,56
2004	140	3.995	2.480	28,54	62,08
2005	146	5.365	3.348	36,75	62,40
2006	141	5.853	3.702	41,51	63,25
TOT. PARZIALE	937	27.554	16.483	16,72	34,08

I dati contenuti in questa tabella evidenziano come le prestazioni di medicina di base fornite da Sokos abbiano subito un notevole incremento nell'arco temporale che va dal 2000 al 2006. E' possibile leggere tale incremento sotto diversi aspetti. Sono aumentati ad esempio i giorni di ambulatorio passati da un minimo di 99 giornate nel 2000 a 141 nel 2006; di conseguenza sono aumentate anche le visite (oltre 4000 in più dal 2000 al 2006). Nel 2006 infatti nell'ambulatorio, aperto tre giorni a settimana, sono state effettuate 5.853 visite (488 rispetto al 2005). Considerato che le giornate di apertura sono state n. 141 giornate di apertura, il flusso medio per giornata di ambulatorio è risultato quasi di 42 pazienti. In sei anni oltre al numero assoluto delle visite è salita anche la media di visite in un giorno di ambulatorio: da un valore del 14,07% del 2000 si è arrivati al 41,51% del 2006.

Questi incrementi vanno letti anche alla luce di una forte crescita nell'ultimo decennio dei cittadini migranti nel territorio bolognese.²⁷⁰ All'interno di questa crescita complessiva, vi è quella della componente femminile che si riflette nella percentuale di donne visitate, salita costantemente dal 49,17% del 2000 al 63,25% del 2006; in media la percentuale di visite mediche a pazienti di sesso femminile è stata del 34,08 %.

Tabella 8. Nuovi pazienti nel 2006. Fonte archivio Sokos

N. PAZIENTI	MASCHI	< = 14 ANNI	FEMMINE	< = 14 ANNI
1.846	780	67	1.066	63

Inoltre il totale delle cartelle cliniche gestite al 31/12/2006 è di 12.000. I nuovi pazienti registrati da Gennaio al 31 Dicembre 2006 sono stati 1.846 come sinteticamente si può leggere dalla tabella3 dalla quale si evince anche che l'incidenza dei maschi minori di 14 anni (compresi) sul totale dei maschi che si sono rivolti al servizio è maggiore rispetto a quella delle femmine.

Anche se i dati relativi alla presenza sul territorio regionale si riferiscono alla popolazione di stranieri regolarmente presenti abbiamo ragione di credere che questo incremento riguardi anche quella dei migranti irregolari.²⁷¹ Ciò spiega, almeno in parte, l'aumento dei migranti che si rivolgono a Sokos e di conseguenza quello delle prestazioni mediche erogate.

La tendenza generale ad un flusso migratorio connotato da una robusta componente femminile proveniente dall'Est Europa la si può riscontrare anche nell'analisi delle principali provenienze degli utenti di Sokos. Infatti tipologia di pazienti che affluiscono all'ambulatorio Sokos evidenzia una percentuale di donne superiore al 62%. Nel 2006 si conferma, come per l'anno precedente, la prevalenza di pazienti di sesso femminile in larga parte provenienti dai paesi dell' Europa dell'Est. Le prime 6 provenienze nazionali degli utenti di sesso femminile riguardano infatti la Romania 256 donne, la Moldavia 228, l'Ucraina 131, il Marocco 36, l'Albania e la Nigeria 20. Diversa e più variegata si profila la provenienza dei pazienti di sesso maschile: Romania 125, Pakistan 84, Marocco 47, Ucraina 26, Albania 16, Tunisia 15.²⁷²

La composizione per genere dell'utenza di Sokok si riflette anche sulla frequenza delle patologie sofferte dai pazienti che utilizzano questo servizio. Le patologie che riguardano l'apparato genitale femminile sono infatti al secondo posto dopo quelle che colpiscono l'apparato locomotore. Al tezo

270 A tal proposito basti pensare che la popolazione straniera presente sul territorio regionale al 31 dicembre 2006 (318.076) è sette più grande di quella del '93 cosicché l'incidenza sulla popolazione regionale totale ha raggiunto il 7,5%, un incremento del numero di residenti maggiore sia rispetto a quello italiano sia a quello delle altre regioni del Nord Est, divenendo la seconda regione in Italia, dopo Lombardia ,per numero di stranieri residenti. Per un approfondimento sul contesto regionale, si rimanda al capitolo 1 paragrafo 1.

271 Per una lettura dei processi di produzione e riproduzione della condizione di clandestinità, si veda quanto sostenuto al capitolo 1 paragrafo 4

272 Pavarin R. M. (a cura di), *Disagio sociale e marginalità a Bologna*, Roma, Carocci, 2006

posto vi sono le malattie sessualmente trasmissibili seguite dalle patologie dell'apparato respiratorio, di quelle dermatologiche e di quelle dell'apparato digerente.

CAPITOLO 5

L'ESPERIENZA DELLA MALATTIA IN MIGRAZIONE.

*I medici...non hanno rimedi contro l'esilio,
contro la solitudine...Bisogna dire che la nostra
è una solitudine speciale, è pesante e straniera.*
(Tahar Ben Jellun)²⁷³

5.1 La malattia tra paese di immigrazione e paese di origine.

Iniziamo la trattazione di questo capitolo dalle considerazioni dei migranti intervistati circa i sistemi sanitari dei loro rispettivi paesi di origine in base alle esperienze dirette o indirette del rapporto con essi. L'esperienza che i migranti hanno dei loro sistemi sanitari è un elemento inscindibile dalla percezione del proprio stato di malattia e dal significato e dalle implicazioni che lo riguardano ad un livello sociale nei loro paesi di origine e, nell'esperienza della migrazione, anche in Italia.

E' opportuno specificare che le differenze tra i sistemi sanitari dei paesi di provenienza degli intervistati in alcuni casi sembrano essere molto consistenti. Ad esempio emerge che il sistema sanitario del Togo dispone di una quantità di risorse materiali inferiore rispetto a quelle a disposizione dei sistemi sanitari dei paesi dell'Europa orientale. Queste differenze di risorse organizzative comportano una diversa capacità di soddisfare la domanda di cura della popolazione, e di conseguenza determinano una diversa considerazione che i migranti hanno dei sistemi sanitari dei propri paesi. Tuttavia, si avrà modo di leggere nelle interviste, l'elemento comune che caratterizza, pur con le dovute specificità, questi sistemi sanitari è il costo piuttosto elevato delle prestazioni sanitarie che sono a carico dei pazienti.

“Dopo che è morto Hassan secondo, adesso c'è Mohamed terzo, si paga, prima era tutto gratis, prendi la medicina gratis, tutto gratis, anche per gli studenti dell'università. Gratis, tutto gratis. Adesso, tutti pagano. Chi non lavora paga il 50 %. Adesso ci sono le cliniche private e gli ospedali pubblici. In Marocco ci sono tante cliniche private. Nell'ospedale pubblico non ci sono tutte le cose a posto: manca il riscaldamento, il dottore ti visita una volta al giorno, fai un'operazione e non va bene. Rischi a fare un'operazione con un dottore del pubblico: al 50% rischi di morire. Al pubblico paghi perché il medico sia bravo, per esempio al privato paghi 1000 euro per un'operazione e al pubblico ne paghi 500 euro, ma è in nero, non è regolare.” [M1]

273 Jelloun T. B., *Le pareti della solitudine*, Torino, Einaudi, 1997, p. 91

“Tu ti ammali e prima di entrare a curarti tu devi comprarti uno di questi (*mostra il tesserino*). Devi pagare, non è gratis andare dal medico. Poi dopo, quando il medico ti ha visitato, ti scrive una ricetta per comprare le medicine. Tutto devi pagare. Per avere delle cure mediche in Togo bisogna pagare sempre, per ogni cura.”[M2]

“La difficoltà è che se non hai i soldi, non ti puoi curare. Se non hai i soldi, non ti prendono. I soldi per pagare il letto, le medicine. Una volta era gratis, era tutto gratis.” [M10]

Queste tre interviste e ci introducono immediatamente al centro della questione: il costo delle cure sanitarie nei paesi di provenienza. Tutti i migranti intervistati ci hanno parlato, con le ovvie differenze proprie di ciascun paese, dei costi elevati che un malato deve sostenere per essere adeguatamente curato.²⁷⁴ Inoltre, soprattutto le persone provenienti dall'Europa dell'Est hanno frequentemente sottolineato il cambiamento, non senza rimpianto, che ha investito i sistemi sanitari dei loro paesi. Infatti, durante la transizione dall'economia di piano a quella di mercato nelle società dell'ex blocco sovietico le strutture politiche ed economiche venivano rimosse senza che ve ne fossero altre a sostituirle. Nel quadro del totale smantellamento dello stato sociale di matrice socialista,²⁷⁵ i sistemi sanitari sono stati tra i primi settori a subire un processo di privatizzazione che ha avuto come principale conseguenza un peggioramento della qualità delle cure che hanno smesso al contempo di essere fornite gratuitamente ma solo dietro pagamento.

Le interviste qui riportate sono estremamente emblematiche di un rapporto con i sistemi sanitari che appare molto distaccato ed intriso di diffidenza. Il contatto con il sistema sanitario è doppiamente svantaggioso poiché da un lato implica una spesa elevata in termini di risorse economiche da parte del soggetto bisognoso di cure, dall'altro non assicura una risposta adeguata al del proprio problema di salute. O per meglio dire, la salute individuale dipende spesso dalla quantità di risorse economiche che un soggetto possiede e che gli assicurano non solo l'accesso alle cure sanitarie, ma anche la qualità delle cure stesse in relazione alla disponibilità economica che è in grado di impiegare per accedere alle prestazioni sanitarie. Si pensi, ad esempio, al basso stipendio percepito da un medico specialista moldavo impiegato in una struttura sanitaria pubblica (150 euro). Questa condizione genera meccanismi per cui i soggetti che sono disposti a pagare il medico che li prende in cura, secondo una pratica ormai consolidata e ovviamente illegale, hanno assicurate da

274 E' il caso di un migrante di origine marocchina che ha raccontato dell'obbligo di pagarsi il filo chirurgico impiegato nell'intervento a cui era stato sottoposto, o quello di una donna etiopica la quale non ha potuto completare le cure in seguito ad un aborto perché non era in grado di pagarle interamente.

275 Questa forma di organizzazione del *Welfare state* è stata anche definita da Donati “totale”, o “di pianificazione totale” poiché lo Stato diventava l'unico attore capace di allocare risorse nei settori in cui interviene. A riguardo si veda Donati P., *Sociologia del terzo settore*, Roma, Nis, 1996 p. 38

quest'ultimo migliori prestazioni sanitarie. Viceversa chi non possiede adeguate risorse economiche, si vede costretto a doversi affidare esclusivamente ad un'assistenza sanitaria "essenziale" che è scarsamente efficace nel rispondere al proprio bisogno di salute. In sistemi sanitari così strutturati aumenta quindi il divario tra gruppi socio economici nell'accesso alle cure e nel mantenimento di un buono stato di salute e si creano e mantengono profonde diseguità di salute.²⁷⁶

Il diritto alla salute non viene considerato come un diritto reso possibile da una forma di solidarietà sociale praticata tra persone che appartengono a categorie, classi, gruppi diversi tramite la mediazione dello Stato né da una solidarietà praticata all'interno di ciascuna categoria, ma diventa un diritto meramente individuale, direttamente dipendente dal proprio status economico.

Date queste condizioni, il migrante si rivolge alle strutture sanitarie del proprio paese nel minor numero di casi possibile e solo quando la gravità delle circostanze lo rende necessario. La tutela della salute personale viene così parzialmente sottratta all'influenza delle istituzioni mediche e spostata progressivamente in un ambito più informale e privato in cui sono coinvolti, a seconda del Paese, la famiglia, le reti amicali e di vicinato o le piccole comunità abitative, così come traspare dal contenuto delle successive interviste. E tuttavia, come viene raccontato nella prossima intervista la malattia è collocata ugualmente, pur al di fuori delle istituzioni sanitarie, in uno spazio sociale e qui trova la sua risoluzione. E' in questo spazio sociale in cui si generano e mantengono queste reti di cura che crea una sorta di "gestione domestica della salute".²⁷⁷

"Questa è una cosa particolare che c'è da noi. Tu hai sempre l'assistenza. Quando tu ti senti male, o quando tu hai un problema, ci sono sempre gli amici, c'è la famiglia, ci sono quelli che abitano vicino a te. I vicini di casa. Ci sono sempre. Tu sei malato, vai a chiedere un aiuto ad un amico, lui viene, sta con te, fa le cose per te. Questo si fa spesso, sempre! Anche se tu sei da solo, qualcuno viene da te. Non è come qui, tu sai, la società è diversa qui in Europa. Tu vivi con qualcuno. Tu abiti al primo piano, lui abita al secondo piano, però magari tu non lo vedi per un anno." [M2]

"Certo, quando ci sono le influenze più gravi si va dal medico e fare la ricetta e poi in farmacia per gli antibiotici e lo prendevo perché era più seria e più grave la cosa. Ma io mi sono sempre curata con le erbe, come ho imparato da mia nonna che diceva che così si guarisce subito." [M5]

Entrambi i migranti pongono l'accento sull'importanza che rivestono le reti di cura non istituzionali, le uniche che sostengono effettivamente l'individuo bisognoso di assistenza medica. Allo stesso

²⁷⁶In questo conteso ci preme sottolineare il valore che acquisiscono le rimesse dei migranti. Esse infatti oltre a costituire un forma di reddito supplementare per i familiari, diventano una forma efficace, spesso l'unica, di protezione sociale di tipo sanitario contro la malattia e l'infortunio.

²⁷⁷Pizza G., *Antropologia medica*, Roma, Carocci, 2005 p. 189

tempo è evidente il pericolo che sottostà a una tale organizzazione del sistema di cura poiché, laddove questa tipologia di reti di cura per un qualche motivo venga a mancare, l'individuo si troverebbe sprovvisto di qualsiasi supporto necessario a superare la situazione di crisi che lo colpisce. Nella seconda intervista poi viene menzionata la pratica delle auto cure, che soprattutto nei paesi dell'Est Europa si abbina a conoscenze erboristiche trasmesse in ambito familiare particolarmente dalla componente femminile della famiglia. L'autocura non sta ad indicare quindi una scelta curativa meramente individuale generata da saper fare medico di tipo autodidattico o artigianale, ma indica piuttosto un sistema di sapere medico e simbolico praticato a livello individuale, familiare o comunitario per far fronte ad eventi negativi per la propria salute.

Ciò ci introduce al tema della medicina tradizionale che, sembra essere ancora abbastanza diffusa nei paesi di origine degli intervistati.

“Ci sono i medici che utilizzano solo la medicina moderna, occidentale; ma se c'è un paziente che ha un problema particolare, loro possono dirgli di andare dal medico tradizionale. Perché ci sono anche i medici tradizionali. Io non so esattamente che cosa fanno i medici tradizionali, perché non vado spesso lì. Per esempio se tu hai la febbre gialla, da noi la medicina occidentale non riesce bene a guarire questa cosa. Non so perché, non so se è perché non ci sono i prodotti, le medicine adatte. Perché queste malattie sono malattie tropicali. La medicina tradizionale riesce meglio a guarire queste malattie. Loro ti danno delle erbe da bere...e riesce a guarire la febbre gialla.” [M2]

“Ti dico una cosa. Anche da noi ci sono diverse erbe medicinali. Ti fanno delle visite dalla testa ai piedi per vedere che cos'hai e come cura ti danno delle medicine tutte a base di erbe...dice che è una cura buonissima per gli effetti; mia cognata ha curato suo figlio che è stato operato, gli mancavano delle vitamine, gli mancava non so che cosa. Ha fatto per qualche mesetto questa cura e ha detto “Guarda, ho messo mio figlio in piedi”. Io mi fido di questo tipo di medicina perché le erbe fanno sempre bene.” [M12]

Il grado di radicamento e di diffusione della medicina di tipo popolare sembra comunque dipendere dalle possibilità che gli individui hanno di essere curati attraverso il ricorso a pratiche mediche più istituzionalizzate e rientranti nella cultura medica di tradizione occidentale, ovvero dove i sistemi sanitari siano particolarmente mancanti ed inefficienti. Tuttavia le pratiche mediche di tipo tradizionale convivono con quelle proprie della biomedicina occidentale e non di rado vengono utilizzate congiuntamente per aumentare le possibilità di guarigione.²⁷⁸

²⁷⁸ Siamo consapevoli che dai dati in nostro possesso possiamo individuare soltanto pochi elementi significativi riguardo ai modi di utilizzo delle medicine tradizionali e dei loro significati attualmente percepiti nelle società dei paesi di provenienza dei migranti intervistati. Questi temi meriterebbero una trattazione ben più approfondita e una

Le interviste realizzate nel corso della ricerca, soprattutto quelle alle migranti est europee hanno rivelato un ruolo rilevante delle donne per quanto riguarda la gestione delle cure mediche sia a livello individuale (capacità di prendersi cura di sé) sia su un piano familiare che su quello del rapporto con i servizi sanitari. Nell'intervista riportata qui sotto in particolare ci viene riferito della capacità di mettere in pratica conoscenze mediche acquisite in abito domestico tramite l'esperienza trasmessa nella componente femminile del nucleo familiare. Il sapere medico acquisito in ambito familiare ritorna molto utile nel lavoro svolto durante esperienza della migrazione poiché, come abbiamo avuto modo di vedere nel corso del primo capitolo al paragrafo 1.5, la maggioranza delle migranti di origine est europea trovano occupazione in lavori di cura alla persona.²⁷⁹

“Mia mamma e io ci arrangiamo. Io anche senza studiare so tante cose. So fare le punture, posso fare qualcosa di urgente. Per esempio, quando lavoravo come badante, c'era una signora con il cancro, il femore rotto e tutto il resto, dovevo curarla io a casa quindi le facevo le punture sulla pancia, flebo ecc. Le sapevo già fare queste cose, perché avevo imparato da piccola. Quando sei costretta, devi fare per forza. Anche mia mamma sapeva queste cose perché quando la vita ti costringe a fare una cosa, tu devi farla.” [M7]

Anche il rapporto che i migranti intrattengono nel loro paese di origine con le strutture sanitarie e con il personale medico risente fortemente della strutturazione dei sistemi sanitari, nel quadro della più generale organizzazione dello stato sociale. A riguardo è emblematico il racconto di un migrante moldavo (tra l'altro laureato in medicina anche se non ancora abilitato ad esercitare la professione medica).

“Ti faccio un esempio, una donna aveva un problema di vene varicose...lì si può dire che è una emergenza, ma non so. Lei è andata dal dottore e il dottore ha detto che doveva fare un intervento. Il discorso è che se non hai la polizza tu devi pagare forse 70 euro al giorno in ospedale. Ma ti dicevo prima che se non sbaglio la polizza costa 15 euro, 30 euro, non so. La polizza annuale costa meno che un giorno di ospedale. Allora lei ha fatto una cosa: è andata dal dottore che le ha detto “guardi, c'è un posto la prossima settimana”. Va bene, lei è andata, ha fatto la polizza e poi è andata ad operarsi. E' un caso. Forse non fanno tutti così...ma...” [M13]

Se consideriamo questo racconto all'interno della rappresentazione complessiva dei sistemi sanitari

lettura in chiave antropologica che in questa sede, per scelte metodologiche riguardanti l'oggetto della ricerca, trovano uno spazio limitato.

279 E' opportuno ricordare come nei paesi appartenenti al blocco sovietico la sanità fosse uno degli ambiti in cui era occupata gran parte della forza lavoro femminile. La professione di medico, come quella di insegnante, era fortemente femminilizzata.

dei paesi dell'Est Europa resa dai migranti intervistati, nei quali sono diffuse pratiche come il pagare i medici pubblici illegalmente oppure il lasciare una “mancia” in denaro quando si viene ricoverati in ospedale al fine di ricevere un trattamento migliore, riusciamo a comprendere meglio quali sono i criteri per giudicare l'operato del personale medico. Dalle affermazioni sopra riportate, infatti, sembra che le qualità principali che fanno “un bravo medico” siano certamente le competenze di tipo professionale, ma soprattutto quelle che mettono in condizione il paziente di essere curato in maniera soddisfacente con il minimo dispendio denaro.

Differente invece pare la concezione del medico e dei servizi sanitari per i migranti africani.

“A me sembrano bravi i medici, però non ci sono medicine. Ti danno sempre la stessa cosa per il mal di schiena e per altre cose. Tu vai lì, gli racconti come stai, che cos'è successo, dov'è il male; però tanto non c'è la medicina giusta.” [M9]

“Sugli ospedali ti posso dire che l'organizzazione c'è. Ci sono tanti medici però non ci sono gli equipaggiamenti, come computer, macchinari per le radiografie ecc. Non ce ne sono tante. Per fare le analisi devi aspettare perché c'è tanta gente che prima di te. Non è come qui. Mancano tanti strumenti tecnici, per questo le cose sono complicate.” [M2]

I migranti descrivono con realismo e allo stesso tempo con una vena di rassegnazione la situazione sanitaria dei loro paesi di origine. Da quanto si legge, i medici sono impotenti di fronte alle profonde carenze strutturali del sistema sanitario. I medici non hanno gli strumenti necessari per poter curare adeguatamente i propri pazienti, nonostante questo gli viene riconosciuto un elevato grado di professionalità e di attenzione alle esigenze e ai problemi dei pazienti che vi si rivolgono. L'esperienza che gli intervistati fanno della malattia nel proprio paese di origine è solitamente legata ad un evento traumatico tanto che la stessa malattia viene fatta coincidere esclusivamente con esso. I migranti raccontano infatti di avere sempre vissuto in un buon stato di salute, una sorta di “normalità sanitaria” rotta solamente da qualche episodio critico dopo il quale, tuttavia, ritorna l'equilibrio precedente e la salute perduta viene recuperata.

“Una volta io ero in cinta e non lo sapevo, ho preso una pastiglia per il dolore di denti e quindi insomma...ho perso il bambino e sono andata in ospedale per questo motivo.” [M9]

“Avevo tanto dolore e dopo 3 giorni sono andata in emergenza. Il dottore che c'era in emergenza mi ha dato la morfina. Dopo un giorno ho avuto l'allergia in tutto il corpo. Da quel giorno io non ricordo più niente, questo la domenica. Il lunedì sono entrata in coma per 10 giorni. Dopo dieci giorni io mi sono

svegliata.” [M6]

“Guarda, a me gli ospedali non mi piacciono. Ci vado solo se mi trovano per terra e mi portano al pronto soccorso. Solo l’appendicite ho fatto. Questa è stata la sola cosa che mi è successo. Per questa cosa sono stata in ospedale.” [M5]

Dai racconti sulla malattia vissuta nel periodo antecedente la migrazione traspare quasi sempre un senso di sicurezza dovuto sostanzialmente alla conoscenza del sistema sanitario a cui si affida la guarigione del proprio corpo, dall’altro alla consapevolezza che la guarigione dallo stato di malattia ha il fondamentale appoggio delle reti di cura familiari e comunitarie. La malattia (ci riferiamo in questo caso ai Paesi africani, in specifico Etiopia e Togo) non è un evento che colpisce esclusivamente il soggetto malato ma l’intero nucleo familiare, il vicinato o il paese i quali si adoperano per sostenerlo nel periodo di infermità e restituirgli al più presto la salute perduta. La malattia diventa perciò un evento “esteso”, socializzato alle reti sociali primarie.

“(…) funziona così: nel mio paese ci sono al massimo 4 medici di famiglia. Se tu ti ammali devi andare dal medico di famiglia. Se tu vai da lui e gli dici mi ha male una cosa. Se lui non può curarti, ti manda in un posto più grande. Come se tu abiti a S. Lazzaro e ti mandano a Bologna. Se poi a Bologna non ti curano, vai a Roma. Per dire, se hai un problema grosso che a Bologna non lo curano, tu vai a Roma. Vai, dalla provincia al capoluogo di provincia, se loro decidono che è un problema più grave, ti mandano direttamente in capitale.” [M13]

“Da noi, se tu non vedi tutto il giorno il tuo vicino di casa, vai a vedere se è là o no. Se non lo vedi il giorno dopo lo chiami “Ciao, non ti ho visto ieri, come va?”. Si fa così. Tu puoi stare male, ma dopo poco tempo qualcuno si interessa di te e, se serve, ti da una mano. E’ importante sapere come stanno le altre persone.” [M2]

In generale, quando i migranti che abbiamo intervistato hanno raccontato delle loro esperienze di malattia nel paese di origine, lo hanno fatto ricordandola come un avvenimento lontano che, anche se di una certa gravità, non ha danneggiato la propria condizione fisica tanto da lasciare strascichi anche nel presente (in questo ragionamento va comunque considerata probabilmente anche la giovane età delle persone). La distanza temporale tra la malattia vissuta nel paese di origine e la condizione di salute attuale che si percepisce nei racconti dei migranti è molto grande, anche laddove in realtà non è così. La malattia è rinchiusa dentro una temporalità remota tanto che pare “dimenticata” nel paese di origine con il resto della propria storia clinica.

A questo proposito non è raro che i medici di Sokos si lamentino non solo di non conoscere la storia clinica dei loro pazienti, ma anche che nei loro racconti non emergano episodi significativi di malattia: pare che nel periodo precedente alla migrazione non siano mai esistiti eventi patologici rilevanti, fatto che i medici di Sokos reputano impossibile. Leggiamo qui di seguito due diverse rappresentazioni dell'esperienza della malattia, fornite rispettivamente ad un medico e da due pazienti di Sokos

“Come paziente si può dire che non ho avuto esperienze perché alla mia età, ho 27 anni, io non è che sono mai stato in ospedale. Ho più esperienze di ospedale in Italia che nel mio paese.” [M13]

“Io sono una persona che non si è mai ammalata spesso. In Togo ho fatto una scuola militare per sette anni e ci facevano fare sport sempre, tutti i giorni. Questo mi ha aiutato ad essere sempre in buona condizione di salute. Non ho esperienze di malattia, solo qualche mal di testa..” [M2]

“E poi di tutto quello che hanno fatto, non hanno mai una documentazione, non recuperi mai sul dato... io non so perché. Loro non sanno mai niente, non ti dicono, non lo sanno. E' tanto difficile capire che cosa c'è di vero o no (...). Poi sul racconto della malattia nel paese di origine non te la raccontano la storia. O perché non te la sanno raccontare o perché non hanno voglia di raccontarla. Io non ho mai sentito qualcuno che ti racconta che cosa gli è successo nel passato. Tutti noi abbiamo avuto una malattia da giovani... ti rispondono subito “Bene, bene, bene, bene”. Quando uno risponde subito vuol dire che non ha capito o che non vuole rispondere.” [S2]

Per spiegare questo effettivo distacco tra le considerazioni di pazienti stranieri e medici circa i vissuti di malattia nei paesi di origine, avanziamo tre ipotesi interpretative tra loro complementari.

La prima ipotesi reputa vera l'assenza dalla malattia dai racconti dei migranti poiché effettivamente essi hanno goduto di buona salute a fronte della loro giovane età, il che in effetti rende meno probabile l'insorgenza di patologie rilevanti.

La seconda ipotesi rintraccia l'assenza di malattia nel rapporto dei migranti con i sistemi sanitari del loro paese di origine. I migranti ci hanno spesso parlato di un loro scarso utilizzo dei servizi sanitari dovuto fondamentalmente ai costi economici che tale utilizzo implica. L'esperienza della malattia viene quindi poco medicalizzata, per lo meno da un punto di vista istituzionale-sanitario, poiché sovente l'evento patologico viene risolto autonomamente nell'ambito domestico. Di conseguenza gli episodi di malattia non emergono nei racconti poiché la malattia, pur essendo realmente esistita, non viene considerata come tale in assenza di un intervento medico importante.

La terza ipotesi, infine, chiama in causa le rappresentazioni di sé che il migrante vuole fornire sia a

se stesso che al medico, individuato come rappresentante della società di immigrazione. Il migrante intende auto rappresentarsi come un soggetto sano che è in grado di portare a compimento il proprio progetto migratorio; al contempo egli intende assicurare il medico, e di rimando la società dove è immigrato, che egli non è un pericoloso portatore di malattie sconosciute e che potrebbe quindi avere bisogno di cure gravando sulla società che lo accoglie, ma un individuo sano e quindi attivo ed abile al lavoro.

Dalle interviste realizzate ai pazienti di Sokos si evidenzia attorno al tema della malattia una specifica narrazione, che contiene due rappresentazioni della malattia tra loro distinte e contrapposte. Da una parte come abbiamo fin qui potuto osservare, la malattia nel paese di origine è un evento remoto e assolutamente accidentale nella biografia individuale; d'altra parte, la malattia in cui ci si scontra durante l'esperienza migratoria porta con sé una accentuata gravità e continuità temporale e il suo racconto inizia il più delle volte proprio dal confronto con lo stato di benessere fisico vissuto nel paese di origine.

“(...) invece adesso ho dei disturbi, come adesso che ho cambiato il clima. A casa non avevo questi dolori. Adesso ci sono. Dolori cervicali. Un mal di testa, guarda! Forse dipende dal clima che ho cambiato.”
[M5]

“In Ucraina stavo bene, non ho avuto grandi problemi di salute. Posso dire che sono sempre stata bene... qui invece ho problemi...sì, ho un problema, sai perché? L'umidità. L'umidità mi fa male alle ossa e l'organismo va giù allora io prendo le vitamine.” [M11]

“In Marocco sono sempre stato bene perché c'è sempre un clima caldo non è come qua in Italia, che cambia il tempo: prima fa caldo, dopo fa freddo. In Marocco io sono stato sempre bene, non come qua che prendo spesso l'influenza.” [M1]

Tutti i migranti intervistati focalizzano il loro discorso sul legame che unisce l'esperienza migratoria allo stato di malattia. La seconda sembra essere figlia della prima e si insedia in essa tanto da diventarne un tratto peculiare. In prima battuta l'origine del legame tra la migrazione e la malattia viene ricondotto solitamente al cambiamento climatico; in un secondo momento invece, come avremo modo di vedere, le origini della malattia sofferta nel paese di immigrazione vengono diversificate e rese più complesse. Ad ogni modo, quali che siano le cause individuate, secondo le considerazioni dei migranti, la genesi della propria malattia si trova nella migrazione intrapresa.²⁸⁰

²⁸⁰ Se autori come Sayad vedono un legame viscerale tra malattia ed immigrazione per il quale la malattia è espressione ed incorporazione dell'esperienza migratoria e l'immigrato è perciò un potenziale malato, altri autori hanno una posizione diversa e sostengono che gli immigrati non siano gli unici ad incanalare nell'ordine della

Il primo dato che si manifesta nelle narrazioni della malattia nel paese di immigrazione è la profonda paura che ad essa si associa. La malattia in migrazione spaventa perché ci si percepisce da soli ad affrontarla e allo stesso tempo si è soli a doversi rapportare con un sistema di servizi sanitari di cui si conoscono pochi elementi di funzionamento. Il senso di smarrimento di fronte a questa situazione è così grande che le paure per il proprio stato di salute si ingigantiscono fino a sfociare in un' irrazionale paura della morte. Una delle maggiori preoccupazioni è quella di morire con tutte le implicazioni del caso, anche di tipo economico.

“La mia preoccupazione più grande è quella di morire, qui, da sola, e se muoio poi devi pagare diecimila euro per il viaggio. Però non per il corpo. Per le ceneri.” [M7]

Ma la malattia spaventa anche perché si è consapevoli del suo carattere invalidante che ha come conseguenza principale quella di comportare la perdita del lavoro, essendo gli immigrati irregolari sprovvisti come è ovvio di una forma di copertura sociale quale è l'indennità di malattia, e conseguentemente di cagionare anche il fallimento del proprio progetto migratorio con pesanti ripercussioni sull'identità stessa del migrante.

“(…) poi per il lavoro... perché se mi ammalo e non lavoro, non ho soldi per pagare l'affitto, devi mangiare e devi mettere qualcosa da parte perché mi preoccupo per la mia famiglia...penso a mio fratello. (...) Io voglio che stia bene. Ora comincia studiare all'università.” [M7]

“Guarda, io non sono regolare in Italia. Io non vado a domandare di prendere la malattia perché non sono regolare al lavoro e non posso prendere la malattia per stare a casa. Hai capito? Per me non è importante prendere malattia per stare a casa perché io sono clandestino. Per me è importante il lavoro, andare al lavoro, hai capito? Non è come per la gente italiana o gli immigrati regolari che vanno dal dottore “Ho male alla schiena” e magari sono bugiardo perché non hanno male alla schiena.” [M1]

Se il lavoro e il progetto migratorio sono ciò che la malattia mette a rischio, lo stesso lavoro o meglio le condizioni in cui esso si svolge sono per i migranti intervistati i principali fattori che causano la malattia. Quindi, il rapporto che i migranti hanno con il lavoro si erge su una profonda ambiguità. Il lavoro è l'unica fonte di sostentamento e allo stesso tempo portatore di disagio, di problemi fisici e di malattie. Meritano una lettura approfondita le considerazioni espresse a riguardo da questi tre migranti.

malattia disagi esistenziali così come sembra da un'interpretazione della condizione dei migranti che denoti il suo carattere di specificità.

“Io sono clandestino, non ho mai lavorato in modo regolare. Non c’è la tranquillità nella mia vita: una volta ti svegli alle 5 della mattina, una volta lavori tutta la notte, fa freddo e ti prendi l’influenza, una volta lavoro troppo con le scatole da scaricare e ti fai male alla schiena, hai l’allergia per la polvere... Poi a volte quando torno a casa e finisco il lavoro, non riesco a dormire. E’ difficile non dormire per tre giorni, e quando vado al lavoro è difficile...non so perché. Ero nervoso.” [M1]

“Io per quasi 30 anni non ho mai visto il medico, quando sono arrivata qui a 32 anni, per il tempo, credo, per l’umidità ,per gli alberi che ci sono in città, che mi fanno fare l’allergia...è cominciato tutto. Anche con il lavoro che faccio,faccio un po' fatica perché, sai, con la pulizia usi i prodotti per pulire i bagni e magari anche questo causa l’allergia..” [M3]

“Secondo me questo problema è venuto dalle cose di lavoro, dalle cose di lavoro perché ho fatto circa duemila metri quadri di auto bloccanti, hai presente? Una specie di pavimento che metti sul marciapiede. A Zola Predosa. Allora ho lavorato lì per un mese e mezzo, due mesi. Però era un lavoro pesante anche se io li mettevo giù solamente. Però stavo sempre piegato. Secondo me è venuto dallo sforzo, perché sempre a piegarsi... E’ venuto dallo sforzo. Per quei mesi ho lavorato sempre in ginocchio, allora poi ho cominciato a sentire, a settembre quando è finito, a sentire un po’ male.” [M14]

Queste tre interviste ci mettono di fronte alla relazione tra le condizioni di vita e quelle di salute degli immigrati irregolari.²⁸¹ Da questa relazione emerge chiaramente come la loro esistenza sia attraversata da una grande precarietà che mina profondamente il loro benessere psicofisico. E’ evidente che essi sono gli uomini e le donne che nei processi produttivi dove sono impiegati, svolgono le mansioni più gravose anche e soprattutto perché la loro condizione di clandestinità, implicante la totale assenza di qualsiasi tutela giuridica, li espone più di altri a ricatti e a forme di sfruttamento, cosicché la gravosità del lavoro ricade sui loro corpi anche sotto forma di problemi fisici.

Visto che la composizione degli intervistati era costituita prevalentemente da donne provenienti dall’Est Europa la maggior parte delle quali impiegata nell’assistenza a persone anziane, meritano un approfondimento le relazioni che intercorrono tra queste donne migranti, il loro lavoro e il loro stato di salute psicofisica. Qui di seguito riportiamo quanto riferitomi in sede di intervista da due donne moldave le quali riflettono in specifico proprio su questo tema.

“Ho avuto casi che, sai com’è, con le persone anziane devi avere pazienza. Devi avere imparato la

281 Non ci dilunghiamo qui in una descrizione sulle condizioni di vita e di lavoro dei migranti, sia regolari che non, in Italia, operazione che abbiamo tentato di fare nel capitolo 1 ai paragrafi 3 e 4.

psicologia. Se non lo capisci, è inutile che stai lì. O vai con la testa anche tu, o qualcosa devi imparare con un po' di tempo. Non so, forse sono io di carattere, mi influenzavano. Come dire, non lo facevo vedere, ma di notte piangevo. E pregavo Dio di darmi la forza, di capire, di ammorbidire quella signora perché vedevo che questa persona non era abituata con me, e io con lei.” [M5]

“Penso che i miei problemi dipendono anche dal lavoro che faccio. Certo, anche a quello perché il sistema nervoso è troppo forzato tutti i giorni. Dalla mattina alla sera...lei che un po' con la testa va giù, anche oggi mi sono arrabbiata tantissimo(...) E' pesantissimo lavorare con i malati e poi siamo lontane da casa. Abbiamo anche dei problemi, il bambino ammalato, succede... e tu sei lontano non vedi la tua famiglia per quattro anni. Guarda “l'Isola dei Famosi, sono lì da venti giorni e già vogliono andare a casa. Cosa devo dire io che sono qua da quattro anni, dimmi?Per favore, cominciano a piangere, mi fa ridere!” [M12]

Il lavoro domestico di cura, specialmente quello svolto in coabitazione, è certamente un lavoro che prevede un'alta intensità anche in termini emotivi. Inoltre, al forte stress emotivo generato dalle condizioni di lavoro a cui sono sottoposte queste donne, si uniscono ansie e depressioni provocate dallo sradicamento che accompagna l'esperienza migratoria. La migrazione infatti, implica un lavoro incessante di riorganizzazione della propria esistenza, in un contesto di totale sradicamento dall'ambiente di origine che comporta la perdita dei riferimenti quotidiani, delle proprie sicurezze. Al migrante viene chiesto un adattamento a situazioni completamente diverse e ciò comporta un prezzo gravoso. Questo processo di cambiamento a cui deve far fronte il migrante richiede una continua messa in crisi della propria identità culturale ed individuale e per le donne è vissuto molto spesso con il senso di nostalgia per i familiari rimasti a casa, e con un grande senso di colpa per aver “abbandonato” i propri figli, senso di colpa aumentato dalla considerazione sociale di cui queste donne godono in patria che le vuole madri irresponsabili e causa della frantumazione della famiglia tradizionale.²⁸²

Tutte queste considerazioni espresse dai migranti ci sono state riferite anche dal personale medico e di segreteria di Sokos. Le dichiarazioni riportate qui sotto, ci offrono un quadro sintetico e allo stesso tempo molto completo che comprende: il tema della paura di ammalarsi da parte dei migranti, le patologie di cui soffrono e le cause che concorrono alla loro insorgenza. Non ci addentriamo in profondità sul contenuto dell'intervista, già di per sé chiaro ed esaustivo, per non ripetere concetti già espressi nelle pagine precedenti. Ci limitiamo a sottolineare un tratto interessante individuato dal medico intervistato che sta nella correlazione tra il cambio di abitudini

²⁸² Per un approfondimento sulle condizioni delle donne migranti provenienti dai paesi dell'Est Europa, si veda in questo lavoro il capitolo 1, paragrafo 5

lavorative e l'insorgenza di problemi di salute. Alla migrazione da lavoro infatti, si accompagna il più delle volte una mobilità sociale discendente che sostituisce il proprio status lavorativo posseduto nel paese di origine con un altro nettamente inferiore, fatto che il più delle volte comporta lo svolgimento di mansioni gravose a cui non si era abituati e che influiscono negativamente sulla salute del proprio corpo.

“Infatti quando vengono qua ti dicono proprio “Sto male, sono malato grave, ho la paura di morire” è proprio per la paura di morire per uno straniero non avendo documenti, non avendo niente dice “Io muoio, in un paese straniero e nessuno saprà dove abito, nessuno informerà i miei familiari” (...) poi guarda, qui c'è da mettere in considerazione un altro fatto. Considera che c'è un'alta scolarità tra loro per cui loro erano abituati a fare certi tipi di lavoro per cui facendo un certo tipo di lavoro certi tipi di disturbi non gli venivano fuori. Il discorso è che, venendo qua, chiaramente, quella che faceva il medico e si ritrova a fare la badante e deve sollevare un allettato 50 mila volte al giorno, è chiaro che i problemi articolari saltano fuori. E quindi, forse anche questo li porta...e poi anche il cambiamento di clima, cambiamento di lavoro, cambiamento di abitudini e tutto, ti porta fuori delle patologia che prima di venire qua non avevi. Come se io che non ho mai fatto il muratore, vado a fare il muratore e mi piego continuamente 50 mila volte al giorno, portando su dei pesi bestiali...è chiaro che non sono abituato!”
[S3]

Malattia e condizioni di lavoro sono legati anche da un altro punto di vista che ne conferma il profondo intreccio. Se il lavoro che i migranti svolgono infatti può essere una delle cause principali di sviluppo della malattia, esso diventa anche uno degli ostacoli che si frappongono sulla strada della guarigione. Paradossalmente non è solo la malattia a minare la possibilità di lavorare e quindi di provvedere al proprio sostentamento, ma è anche la cura della malattia stessa, nel quadro di assoluta mancanza di forme di protezione sociale per i migranti irregolari, a portare con sé il rischio di perdere il lavoro poiché nel periodo di malattia si può essere facilmente rimpiazzati da altri disposti a lavorare alle stesse condizioni. La salute viene considerata dagli stessi migranti funzionale e necessaria al mantenimento del lavoro. In quest'ottica essa si trasforma in un mezzo strumentale e subordinato alle esigenze del sistema produttivo. Il caso sotto descritto rimanda ad un fenomeno, già verificato in diversi studi, per il quale i migranti, anche in caso di sovrastima della gravità dei disturbi, proprio a causa della sensazione di precarietà in cui essi si trovano, possono non arrivare ad esternare il bisogno di salute per motivi occupazionali.²⁸³

283 Bonciani M., “La salute come diritto di cittadinanza: un approccio socio-antropologico”, in Bracci F., Cardamone G.(a cura di), *Presenze. Migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2005 p. 148

“Per curare il ginocchio devo fare qualcosa, ma non ho il tempo. Dovrei tirare via quel liquido. Se mi tolgono il liquido, devo stare a casa dal lavoro una settimana o due. E io non posso. Devo lavorare.” [M7]

Il problema delle cure è un problema meramente economico nel senso che esso implica oltre ad un dispendio diretto di denaro, anche una sottrazione di tempo all'attività lavorativa e quindi una diminuzione delle proprie entrate economiche che i migranti non possono permettersi, perché spesso privi di sostegni economici alternativi anche di tipo indiretto, cioè derivanti dalla presenza di familiari o amici disposti a supplire alle proprie carenze economiche.²⁸⁴ In questo modo si crea tra il migrante e la malattia un rapporto di convivenza. La malattia diventa un evento di cui non ci si può sbarazzare per lo meno in tempi brevi, che si deve tenere sotto controllo e con cui si deve convivere fintanto che la sua gravità rimane ad un livello accettabile. Questa convivenza è evidentemente obbligata e la sua logica risulta così stringente da costringere a volte il migrante ad operare una scelta che gli si propone come un *aut aut*: o ci si cura per riottenere la salute perduta o si continua a lavorare. Essa mostra come per i migranti irregolari, più che per altre categorie sociali, il diritto alla salute abbia per lo più un carattere opzionale, legato a doppio filo alle condizioni di vita e di lavoro e alle contingenze che in esse si verificano. E' questo il caso di un giovane ragazzo albanese il quale, a margine di un colloquio con il personale della segreteria, ci ha raccontato del suo problema di salute. Il giovane aveva un problema al menisco per il quale avrebbe dovuto subire un'operazione al fine di evitare complicazioni, anche gravi, nel futuro. Egli quindi si era recato presso l'ambulatorio di Sokos con l'intento di richiedere il tesserino STP. Tuttavia in un secondo momento aveva rinunciato alla richiesta per la tessera sanitaria. Egli, nonostante le assicurazioni dell'operatore, aveva abbandonato il proposito di richiedere la tessera sanitaria perché temeva che questa avrebbe pregiudicato l'ottenimento del permesso di soggiorno. Infatti il ragazzo sarebbe dovuto tornare in Albania in attesa della chiamata da parte del datore di lavoro che gli aveva promesso un contratto di lavoro regolare. Il migrante (evidentemente informato sulle leggi italiane in materia di immigrazione) aveva però paura che, attivando il tesserino STP, sarebbe risultato presente sul territorio italiano al momento della chiamata del datore di lavoro, fatto che avrebbe messo a rischio anche i documenti per il contratto di lavoro e il permesso di soggiorno.

In un contesto come quello sopra descritto sono diverse le strategie, al di fuori di un percorso canonico e istituzionale di assistenza sanitaria, attivate per ottenere delle cure efficaci e poco

284 Ovviamente questa situazione dipende dai rapporti che il singolo individuo intrattiene con la comunità di connazionali immigrati. Abbiamo avuto modo di verificare (sono i casi di una donna etiopica e di una donna marocchina) l'importanza dell'aiuto dato dalle “reti etniche” che talvolta si rivelano un sostegno fondamentale soprattutto nei casi in cui la malattia impedisca per un lungo periodo l'attività lavorativa. L'etiopica, che aveva avuto diversi episodi di malattia durante la sua permanenza in Italia, era stata sempre aiutata da un gruppo di connazionali quali preparavano del cibo per lei, lavavano i suoi vestiti e le pulivano la casa.

dispendiose in vista di un recupero rapido del proprio stato di buona salute.

La più utilizzata sembra essere quella dell'attivazione delle risorse sociali che costituiscono il proprio capitale di relazioni. Le conoscenze che si possiedono tra gli autoctoni, specie con quelli che lavorano in ambito sanitario o al limite possiedono i contatti con chi vi opera, si rivelano sempre le più proficue e a volte risultano determinanti per la risoluzione positiva del proprio caso. Queste “strategie di riappropriazione della salute” vengono messe in atto sia da chi è in possesso del tesserino STP e potrebbe comunque per questo accedere alle cure del SSN (è il caso della prima intervistata) sia a maggior ragione da parte di chi è sprovvisto del documento sanitario (il secondo intervistato)

“Ah, e poi anche per il ginocchio che con il mio lavoro mi dà dei problemi. Per il ginocchio...io sto in affitto con due ragazzi italiani che lavorano in ospedale, qua al S. Orsola. Loro sono giovani e lavorano al S. Orsola, in radiologia. Io sono andato lì da loro e mi hanno fatto le lastre, così hanno potuto vedere il problema.” [M7]

“La barista mi chiede “Ma come mai oggi non sei andato a lavorare?”(mi vedeva ogni mattina, e ogni sera che tornavo dal lavoro) “Eh, perché sto male, ho il ginocchio che mi fa male,...” poi mi fa “Ma di che stai male?” “Non lo so, mi hanno detto che è il menisco”. “E perché non vai a farti visitare?”, “Guarda, il mio discorso è questo...” mi fa “Senti, ti posso aiutare io”. E’ lei che ha fatto tutto. Quando sono andato a fare le lastre, lei ha parlato con il medico “Lo possiamo aiutare?” e lui ha detto “Mandalo a fare le lastre, non penso che lo manderanno via, ci parlo io” . Poi mi hanno mandato a fare le lastre e poi sono tornato dal medico che mi ha visitato.” [M14]

Non mancano però strategie che si basano sui rapporti che i migranti intrattengono con il paese di origine i quali coinvolgono prima di tutto la rete di relazioni familiari ed extra familiari più prossime, ma che talvolta sono anche e di tipo strettamente sanitario con medici o strutture con i quali precedentemente si era in cura.

Le strategie di recupero della salute incentrate sul rapporto con i propri familiari ed amici si concretizzano nella pratica della spedizione di alcune tipologie di medicinali, pratica che ci è stata frequentemente descritta sia dai migranti che dai medici. e che sembra essere molto diffusa

“Anche qua a Bologna mi curo con le erbe. A volte me le faccio spedire anche da casa, perché mia madre va a raccogliere tutte le piante. Comunque le erbe si usano tanto. Di più in campagna, non in città.” [M7]

“(...) si fanno mandare delle medicine tutte a base di erba. Soprattutto quelli dell’est utilizzano moltissimo delle medicine a base di erba. Infatti se tu gli chiedi il principio attivo, loro ti dicono “No, ma è a base di erbe”. Ne usano tantissimo.” [S3]

Il ricorso alle cure tradizionali sembra essere molto diffuso tra i migranti provenienti dall'Est Europa che evidentemente vantano una tradizione erboristica la quale permane nei loro Paesi, capillarmente diffusa, almeno in ambiente rurale. La pratica nell'utilizzo della medicina familiare nel prevenire e curare le malattie attraverso l'uso di prodotti erboristici, tisane, lavaggi ecc. sembra essere particolarmente diffusa laddove la componente femminile dell'immigrazione è rilevante e va a costruire una sorta di prolungamento delle la pratiche di auto cura, che soprattutto nei paesi dell'Est sono trasmesse nel nucleo familiare particolarmente tra la sua componente femminile. Ma le auto cure hanno anche un significato simbolico che non può essere sottovalutato. Infatti anche se i migranti conoscono e praticano forme di cura tradizionali in modo significativo, spesso questi rimedi costituiscono “oggetti di memoria” e la loro utilizzazione diviene “un'azione familiare e rassicurante” per molti di essi.²⁸⁵

5.2 L'esperienza dei servizi sanitari tra Pronto Soccorso e ambulatorio Sokos.

Per i migranti irregolari che non sono a conoscenza dell'esistenza di Sokos, e quindi sono sprovvisti del tesserino STP, il presidio di Pronto Soccorso diventa l'unica struttura sanitaria a cui è possibile rivolgersi per risolvere i propri bisogni di salute, indipendentemente dalla loro gravità.

La quasi totalità dei migranti intervistati nel corso della ricerca ha avuto almeno una volta esperienza di cura presso un pronto soccorso (prevalentemente in una delle strutture cittadine ma anche in quelle di altre città) o addirittura, in qualche caso, di ricovero in ospedale. Poiché il pronto soccorso per i migranti irregolari rappresenta il primo contatto, nonché l'unico praticabile, con il SSN, si è deciso di considerarlo, pur con tutte le adeguate cautele, come il servizio medico che ci racconta in maniera significativa dell'approccio dei migrati con il sistema dei servizi sanitari.²⁸⁶

Dai racconti dei migranti intervistati si nota un tratto di forte variabilità nelle esperienze di utilizzo del Pronto soccorso nella quale sono presenti episodi assolutamente positivi ma anche episodi negativi. Tale variabilità dipende sostanzialmente dalle interazioni che si creano e mantengono tra operatori sanitari e migranti.

²⁸⁵ Beneduce R., Costa G., Favretto A.R., Frigessi D., *La salute straniera. Epidemiologia, culture e diritti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1994

²⁸⁶ In questo senso teniamo a precisare che l'analisi delle esperienze di pronto soccorso non viene qui proposta in chiave comparativa rispetto alle modalità di utilizzo del servizio medico di Sokos, poiché essa risulterebbe impossibile data la profonda diversità organizzativa dei due servizi.

Questi due migranti ci riportano le loro valutazioni positive in merito all'utilizzo dei servizi sanitari non solo di pronto soccorso ma anche ospedalieri, a causa del ricovero a cui sono stati sottoposti. Il primo ci parla del suo ricovero a seguito di un incidente in motorino che gli aveva causato la rottura di una caviglia. La seconda intervistata racconta invece del suo ricovero in ospedale causato dall'appendicite.

“(..) Poi sono andato al Rizzoli. Al Rizzoli mi hanno fatto un intervento. Non mi hanno operato subito perché la gamba era gonfia. E non si poteva operare subito. Mi hanno messo in trazione una settimana per sgonfiarla. Poi mi hanno fatto l' intervento e dopo un'altra settimana mi hanno mandato a casa. (...). Mah, tutto quello che io volevo sapere loro me lo dicevano, se io glielo chiedevo. Per le altre cose...per me hanno fatto tutto quello che hanno dovuto fare, anche se io ero irregolare. Mi è piaciuto che non ho visto la differenza.” [M13]

“(..) Ho fatto l'appendicite. Ho fatto anche quella senza documenti. Ho chiamato l'ambulanza e loro mi hanno parlato “Come ti senti, quanti anni hai, loro sono arrivati subito...” mi hanno portato all'ospedale Maggiore e dopo mi hanno operato, tutto bene grazie a Dio.(...) Veramente bene, con la dottoressa, l'infermiera, il medico che mi ha operata. Si vede che loro parlano con gli stranieri. (..) Avevo solo paura prima, perché ero senza documenti, ma grazie a dio è andato tutto bene. Loro non hanno fatto differenza, come tra stranieri e tra voi, mi hanno trattata uguale, hai capito, loro non hanno detto “Sono stranieri, facciamo un'altra cosa”” [M3]

Quello che trova spazio nelle interviste è, oltre all'ovvia descrizione degli eventi che hanno costretto i migranti a rivolgersi alla struttura di pronto soccorso, l'attenzione particolare dei migranti nel raccontare l'operato dei medici che li hanno assistiti. I migranti esprimono soddisfazione per il trattamento ricevuto non solo sotto un profilo strettamente medico, ma soprattutto sotto quello delle relazioni instaurate con il personale medico. In particolare nei racconti viene dato risalto al fatto di essere stati trattati durante la cura al pari di qualsiasi altro paziente, italiano o straniero che fosse. In questo caso l'irregolarità della posizione amministrativa dei migranti non è stata assunta come un elemento di ostacolo nell'equiparazione del paziente straniero a quello italiano. I migranti considerano questo fatto rilevante e non mancano di sottolinearlo positivamente. Ricevere un trattamento simile agli altri pazienti - ovviamente parliamo qui dell'aspetto relazionale e non di quello medico - significa affrontare più tranquillamente la malattia da cui si è stati colpiti e anche mettere da parte le paure derivanti dalla propria condizione di irregolarità.

In diverse occasioni, tuttavia ci sono stati riferiti episodi nei quali i migranti che hanno utilizzato il presidio medico del pronto soccorso si sono scontrati duramente con il personale medico.

“Solo un problema. All’ospedale Maggiore, quando io sono andata a fare l’analisi al pronto soccorso e l’infermiera ha guardato il tesserino, ha detto “Tu, l’ultima!”. Questo è stato il problema.” [M6]

“Sono andato all’Ospedale maggiore, ma mi hanno trattato come un cane. Non mi sono trovato bene, per come si sono comportati. Io ho detto “Mi è successo giocando a pallone”. Nemmeno io sapevo dire come mi era successo, però non gli potevo dire neanche che mi era successo al lavoro perché non mi copre nessuno. Comunque mi ha preparato il foglio, mi ha detto di aspettare che mi chiamavano. (...) mi hanno fatto una visita veloce senza farmi altri esami, per esempio le lastre. Mi avevano dato delle medicine, ma io non le ho prese neanche, mi sono incazzato e non le ho prese. Non le ho prese perché non vedevo la cosa chiaramente. Perché le lastre si possono fare anche se non hai i documenti. Ma scusa, se io avevo problemi alla testa mi facevano morire perché non avevo i documenti? Non mi sembra un comportamento giusto.” [M14]

“Io ero in centro a Ferrara in bicicletta, ho attraversato il semaforo con il giallo ero di fretta perché avevo due anziani da seguire, uno era in ospedale e dovevo dar da mangiare alla stessa ora a tutti e due. Quindi andavo veloce. Dal semaforo è uscita una macchina che non mi ha visto e non ho visto neanche io. E mi ha tamponato con la macchina. Io sono volata in aria e ho sbattuto la testa. Allora, quando sono arrivati carabinieri e polizia.. io non ero in regola...per fortuna mi hanno lasciato andare i carabinieri. Mi hanno portato in ospedale e la polizia per sette ore mi faceva domande. Io svenivo e loro mi facevano le domande, parlavo ancora male italiano...quindi mi hanno lasciato andare perché hanno visto che...però mi hanno detto di firmare perché era colpa mia sennò mi mandavano al mio paese. Quindi è arrivato il capo e mi ha detto “Adesso tu firmi questo foglio, altrimenti ti mandiamo via.” Io ho firmato che era colpa mia, ma non era colpa mia. Poi in ospedale, in pronto soccorso, c’erano le infermiere, quando io volevo metter del ghiaccio sulla testa, mi dicevano “Avete rotto il cazzo, voi stranieri”. Quindi io sono stata lì un giorno intero, senza mettere il ghiaccio e senza fare niente. Nessuno mi ha aiutato.” [M7]

Non è questa la sede per denunciare comportamenti non professionali e addirittura ai limiti del razzismo che traspaiono dalla descrizione dell'operato di questi medici.²⁸⁷ Ci limitiamo qui a far notare come questi racconti riportino situazioni specularmente opposte a quelle contenute nelle interviste precedenti. In tutti i casi sopra descritti gli stessi migranti percepiscono nettamente una differenza sia nel trattamento sanitario che gli è stato riservato, sia nelle relazioni con gli operatori del pronto soccorso. Nel primo caso la migrante si vede declassata nell'ordine di visita non in virtù

²⁸⁷ Il nostro compito non è quello di investigare sulla veridicità delle informazioni fornite dai nostri intervistati, ma solo quello di interpretarne le rappresentazioni e i significati che essi intendono attribuirgli attraverso ciò che narrano. D'altra parte abbiamo ragione di credere che, al di là dell'enfasi che può caratterizzare questi racconti, un migrante irregolare non abbia delle motivazioni così forti da spingerlo a falsificare totalmente il suo racconto

della gravità della sua patologia, ma perché attraverso il tesserino STP viene riconosciuta come irregolare e quindi evidentemente destinataria di un trattamento diversificato rispetto agli altri pazienti. Il secondo migrante intervistato sostiene, sicuramente con molta enfasi, di non aver ricevuto adeguate cure mediche poiché privo di documenti. La terza intervistata racconta l'episodio certamente più grave, nel quale si possono individuare chiaramente degli atteggiamenti di stampo razzista assunti dal personale medico che sembra venir meno addirittura al compito di fornirle delle cure adeguate. Nel suo racconto si mostra anche chiaramente, nell'intervento autoritario e dispotico delle forze di polizia, la totale assenza di diritti a cui i migranti irregolari sono soggetti.

Ciò che accomuna queste tre esperienze è la differenza con cui gli operatori dei servizi sanitari si sono rapportati ai migranti irregolari. Tale differenza di trattamento è attuata sotto il segno della inferiorizzazione, è legittimata dalla condizione di irregolarità dei migranti che rende fattiva la possibilità per gli operatori sanitari di riposizionarsi nell'interazione con il paziente secondo livelli minori di deferenza²⁸⁸. Una prima lettura di questo fenomeno ci può portare a spiegarlo ricorrendo ad una definizione che grava sui migranti che utilizzano i servizi di Pronto Soccorso: essi sono "pazienti scomodi"²⁸⁹. Nell'interpretazione fornitaci da Attila Bruni, i migranti sono pazienti scomodi, a detta del personale medico, sostanzialmente per due motivi: il primo è che essi non sono a conoscenza delle regole dell'interazione con l'organizzazione medica e rischiano con le loro azioni "non filtrate" di mettere a nudo i lati nascosti dell'organizzazione. In secondo luogo i migranti tenderebbero ad usare il servizio di Pronto Soccorso in maniera impropria, ossia per prestazioni mediche non urgenti e a carattere ambulatoriale. A proposito di questo secondo aspetto, occorre notare che l'utilizzo improprio fatto dai migranti irregolari coincide con quello dei migranti regolari e con quello degli stessi italiani. Sosteniamo che la conseguenza diretta di questa definizione è che attorno ai migranti si sviluppano tutta una serie di credenze e rappresentazioni che chiamano in causa non solamente il loro comportamento nel servizio ospedaliero, ma anche la costruzione sociale del ruolo del migrante. Il migrante irregolare viene considerato qualcuno che non ha il titolo per essere presente sul territorio nazionale, un individuo che porta quotidianamente la colpa della sua presenza, frutto della sua originaria colpa per aver infranto le regole di ingresso. L'attributo della devianza diventa un tratto totalizzante, fino a diventare l'unico attributo evidente dell'identità individuale e sociale del migrante stesso. Di conseguenza, può accadere che quando gli operatori sanitari si trovino ad interagire faccia a faccia con un migrante irregolare ne notino quasi esclusivamente il suo essere deviante e perciò lo trattino nei fatti come tale, sentendosi liberi di abbassare il livello di deferenza nei suoi riguardi e di evitare di rispondere adeguatamente alle

288 Goffman E., *Il rituale dell'interazione*, Bologna, Il Mulino, 1988, p. 61

289 Bruni. A., Fasol R., Gherardi s., *L'accesso ai servizi sanitari*, Roma, Carocci, 2007, p. 102

aspettative che il migrante nutre sul loro ruolo medico.

Il “*marker* etnico” diviene così uno stigma che non può essere nascosto e che, associando identità reale e virtuale, produce rappresentazioni stereotipate del migrante e del suo comportamento nell'utilizzo dei servizi sanitari.²⁹⁰

Inoltre, lo stereotipo che ingloba il migrante spinge le istituzioni sanitarie a verificare in continuazione il suo grado di meritevolezza perfino quando egli necessita di cure mediche. Secondo la logica della meritevolezza, gli immigrati godono di diritti sociali di cittadinanza non in quanto persone e in generale, ma solamente nella misura in cui, a differenza dei locali, fanno mostra di aderire alle condizioni di meritevolezza che la società di immigrazione stabilisce di volta in volta per loro.²⁹¹

L'istituzione sanitaria diffida del migrante, specie se irregolare, e vuole accertarsi in continuazione della verità della sua malattia. Perciò il bisogno di cura del migrante irregolare non viene assunto direttamente in quanto tale ma deve essere certificato da parte dell'istituzione sanitaria. Il simbolo che certifica materialmente il bisogno di cura del migrante è il tesserino STP che diventa così il titolo di accesso la cui funzione di legittimazione si estende anche in casi che non devono prevederla. È il caso delle prestazioni di pronto soccorso che dovrebbero sempre e comunque essere fornite a tutti, indipendentemente dal possesso o meno della tessera sanitaria, di qualunque tipologia essa sia.²⁹²

Questo è ciò che ci racconta un medico in merito alle esperienze che alcuni dei suoi pazienti hanno avuto con i servizi di Pronto Soccorso²⁹³

“Mi è capitato con alcune donne in ginecologia che hanno rimandato indietro perché non avevano il tesserino STP che è una cosa gravissima; c'eravamo proposti di segnalarli questi casi.(...) donne con anemie severe che poi chiami e ti rispondono: “Ah, poi noi la prendevamo...sarà stata una collega, ma io non so chi è.” Insomma un po' di omertà ma poi, se chiami, te le trattano con i guanti, se fai la voce grossa.” [S4]

290 Goffman E., *Stigma*, Verona, Ombre Corte, p.13

291 I criteri di meritevolezza sono ufficialmente quelli della regolarità del lavoro e del permesso, in realtà risulta meritevole l'individuo che accetta determinate condizioni di lavoro e non si pone in concorrenza con gli autoctoni. Non meritevole è invece il migrante regolare disoccupato, o che cerca una migliore occupazione o chi reclama i propri diritti o chi è incapace di affrontare la precarizzazione del mercato del lavoro e la burocratizzazione delle procedure di rinnovo del permesso di soggiorno. Sul concetto di meritevolezza si veda Cozzi S., *Migranti e clandestini. Questioni di confine*, Roma, Sapere 2000

292 Non ci è possibile fare una generalizzazione di tipo statistico in merito a quanti siano i casi nei quali ai migranti irregolari sia stato chiesto di procurarsi il tesserino STP per poter accedere alle cure di Pronto Soccorso. Tuttavia dai racconti che medici e migranti ci hanno reso, constatiamo che questo atteggiamento, pur non essendo formalizzato ufficialmente dalle istituzioni sanitarie cittadine è una pratica presente e comune, anche se fortunatamente non troppo diffusa, attuata dagli operatori sanitari.

293 Altre testimonianze in merito sono presenti al capitolo 4 paragrafo 4 del presente lavoro

A monte del bisogno di essere curato che il migrante irregolare esprime, sta la verifica istituzionale della sua verità. Il migrante è prima di tutto uno straniero ossia “un elemento del gruppo stesso (non diversamente dal povero e dagli altri nemici esterni) la cui posizione immanente e di membro implica contemporaneamente un di fuori e un di fronte”²⁹⁴ e a causa di questa sua posizione ambigua egli è e rimane prima di tutto un nemico. Questa definizione incide negativamente sulla logica della risposta automatica della cura medica di fronte ad un bisogno di salute, rendendola meno immediata. Nei confronti del migrante diviene di primaria importanza accertarsi che egli non menta, che non sottragga risorse collettive senza averne il “diritto”. Il rapporto tra istituzioni sanitarie e migranti è intriso di una diffidenza reciproca. Da parte istituzionale il migrante viene appunto considerato come un individuo incapace di utilizzare in maniera appropriata i servizi sanitari a causa della sua irriducibile specificità culturale che lo porterebbe tra l'altro ad esagerare i sintomi della sua malattia e a mantenere un atteggiamento aggressivo con il personale medico. Da parte dei migranti la diffidenza nasce spesso semplicemente dal non sentirsi curati adeguatamente e al pari degli autoctoni.

Le pratiche appena descritte possono anche essere lette come delle barriere che ostacolano l'accesso dei migranti ai servizi sanitari, nello specifico a quello di pronto soccorso, pur senza impedirne direttamente l'utilizzo.²⁹⁵

Per far fronte a queste difficoltà, i migranti mettono in campo quando possibile delle strategie per scavalcare queste barriere, dimostrandosi in tal modo dei soggetti che non rimangono ingabbiati in processi di auto vittimizzazione, ma capaci di attivare le risorse in loro possesso con esiti positivi. Come ci racconta un'altra intervistata:

“Allora io ho chiamato di nuovo l'avvocato. Lui è venuto e di nuovo sono passata con il suo aiuto (...) lui è mio amico, è una persona che conosco tutti. Lui ha 80 anni e tutta la sua famiglia, dal bisnonno, sono avvocati. Io lo conosco perché ho lavorato in una famiglia di suoi amici. Lui è come un padre. E' venuto proprio lì, abita vicino...poverino, con i suoi anni, è venuto lì che suo nipote lavora lì in oncologia, e mi hanno lasciato passare. Altrimenti andavo a casa.” [M7]

In questo caso la migrante riesce, grazie esclusivamente all'intervento di mediazione di un autoctono a crearsi un “accesso facilitato” alle prestazioni sanitarie di cui abbisogna. Possiamo

294 Simmel G., *Sociologia*, Milano, Comunità, 1989, p.580

295 Tuttavia non è da escludere una influenza di queste barriere sull'incremento della “dispersione sanitaria” che tocca i migranti. Essa deriva in gran parte dall'incomprensione delle logiche mediche e di quelle del sistema sanitario che aumenta con le esperienze poco felici di contatto con i servizi sanitari. Ciò genera nel migrante frustrazione e rinuncia a continuare le cure fino a giungere all'abbandono dell'idea stessa di cura. Per un approfondimento sul concetto di dispersione sanitaria si veda il paragrafo 5.3.

definire l'azione messa in pratica dalla nostra intervistata come facente parte di quelle strategie di riappropriazione della salute già menzionate nel paragrafo precedente. E' doveroso ricordare che queste strategie, proprio perché si fondano sull'attivazione del capitale di relazioni in possesso del migrante e formato primariamente dalle conoscenze possedute tra gli autoctoni, non possono essere messe in pratica da tutti i migranti. Sarà difficile ad esempio che migranti presenti da poco tempo sul territorio italiano dispongano di un set di relazioni con gli autoctoni abbastanza ampio: la medesima condizione vale per i migranti impiegati in occupazioni che prevedono scarsi momenti di relazione con altre persone, specie con gli autoctoni.

Da quanto fin ora emerso ci è possibile affermare che la condizione di irregolarità incide profondamente sulla salute dei migranti. Per prima cosa i migranti irregolari sono soggetti ad un elevato rischio di infortuni sul lavoro o allo sviluppo di patologie direttamente connesse con l'attività lavorativa svolta poiché, essendo privi di qualsiasi tutela giuridica, subiscono un pesante sfruttamento e sono impiegati nelle mansioni più rischiose ad alta intensità lavorativa; tutto ciò è causa di diversi problemi di salute.

In secondo luogo per i migranti irregolari le opportunità di cura sembrano essere di gran lunga più ristrette rispetto a quelle dei migranti in possesso di permesso di soggiorno. Infatti la mancanza di forme di protezione sociale anche minime (ad esempio la copertura in caso di malattia), derivata dalla condizione di irregolarità, rende estremamente difficoltosa la sospensione dell'attività lavorativa al fine di ottenere cure mediche adeguate.

Inoltre l'irregolarità della propria condizione rappresenta un importante impedimento nella gestione della propria salute. Infatti per un migrante irregolare diviene alquanto problematico reperire informazioni sui servizi sanitari territoriali, sugli *iter* di cura, sulle procedure burocratiche. Un migrante irregolare si avvicina con circospezione e diffidenza ai servizi sanitari poiché teme che la scoperta della sua irregolarità comporti una segnalazione alle autorità di polizia, dato che solitamente alla richiesta di informazioni da parte del migrante corrisponde la richiesta da parte del personale amministrativo o sanitario del permesso di soggiorno o del codice sanitario.

Da ultimo, come abbiamo poc'anzi sottolineato, la condizione di irregolarità amplifica lo stigma di cui è portatore il migrante. Gli operatori sanitari tendono a percepire il migrante irregolare come non meritevole di un'attenzione e professionalità nelle cure mediche pari a quelle destinate agli autoctoni, poiché egli vive ai confini della "legalità", con il suo ingresso nel territorio nazionale ha infranto le leggi dello stato e perché con la sua richiesta di cure si appropria indebitamente di risorse economiche destinate alla comunità nazionale alla quale non gli è dato di appartenere.

Il nostro discorso prosegue a questo punto focalizzando i tratti peculiari che disegnano il rapporto tra migranti e il servizio di medicina di base di Sokos.

Per prima cosa iniziamo con il dare conto delle principali modalità attraverso le quali i migranti accedono al servizio. Il primo canale che facilita il contatto con questa struttura sanitaria è rappresentato dalle informazioni ottenute da altri migranti, più spesso connazionali.

“Ho saputo di Sokos da una ragazza brasiliana. Anche lei sta lavorando con una vecchietta vicino a dove sto io, mi ha spiegato dove erano i Sokos e cosa facevano.” [M15]

“(…) c’era una mia amica dall’Etiopia che era rimasta incinta e anche lei aveva bisogno di qualcuno perché anche lei non conosceva tanto il sistema sanitario qua... e io le ho consigliato di venire qua perché so che per le donne incinta ci sono i medici speciali e le ho consigliato di venire.” [M8]

Sono le reti di migranti, non necessariamente su base nazionale, ad essere il veicolo di informazione che consente di venire a conoscenza dell'esistenza di Sokos e della sua attività. Dalle interviste si evince anche il carattere circolare della pratica della diffusione di informazioni, poiché i migranti una volta saputo dell'esistenza del servizio trasmettono questa loro conoscenza ad altri. Il risultato di questo meccanismo è che gli stranieri che per la prima volta si rivolgono a Sokos, lo fanno con più consapevolezza poiché hanno le idee chiare sulla natura di questo servizio sanitario e sul suo modo di lavorare.²⁹⁶ Di frequente poi l'azione di informare non rimane isolata ma si completa con l'accompagnamento presso la struttura medica, soprattutto se il migrante si avvicina per la prima volta al servizio o comunque non ha una buona conoscenza della lingua italiana. Nel corso della presenza in ambulatorio ho osservato in diverse occasioni questa pratica di accompagnamento e in un paio di occasioni si è constatato come esso fosse gestito dalla stessa persona che faceva da guida in occasioni diverse ad alcuni suoi connazionali.

La seconda modalità di contatto con Sokos è stata individuata nell'azione degli altri servizi sanitari cittadini, specie dei presidi di pronto soccorso, che come abbiamo anticipato dirottano i propri pazienti stranieri su Sokos per il rilascio della tessera STP.

“Ho saputo di questo posto da degli amici, è sempre così, amici moldavi che erano già venuti qua. Perché io avevo un'amica che era stata male, è andata al pronto soccorso. Da lì l'hanno mandata qui... “c’è un posto per gli stranieri dove si può fare la tesserina”, così lei è venuta e ha fatto e poi mi ha detto “Vai se hai bisogno, lì ci sono dei medici bravi.” Mi ha spiegato come funzionano le cose qui, mi ha spiegato tutto.” [M10]

²⁹⁶ Si crea così una sorta di “catena di utenza” generata in parte dalle informazioni trasmesse direttamente tra i migranti.

Questa intervistata, oltre a parlarci del “percorso istituzionale” attraverso cui si accede a Sokos, sottolinea un aspetto importante, ossia che le informazioni scambiate dai migranti su Sokos hanno anche lo scopo di socializzare i nuovi utenti al servizio. Descrivere accuratamente le procedure burocratiche e mediche, il lavoro del personale e il suo atteggiamento nei riguardi dei migranti rappresenta anche una potente azione di rassicurazione, se si pensa che gli utenti di questo servizio sono migranti senza permesso di soggiorno e quindi fortemente timorosi di possibili segnalazioni alle forze dell'ordine.

Il terzo canale che permette ai migranti di venire a conoscenza di Sokos è rappresentato dalle altre realtà cittadine del terzo settore. In più occasioni si sono presentati in ambulatorio migranti, esclusivamente maschi, inviati dalla struttura alloggio per immigrati sita in via del Lavoro e gestita dall'Opera Padre Marella.

Le motivazioni che spingono i migranti a rivolgersi a Sokos, sono facilmente deducibili, secondo quanto fin ora abbiamo espresso. La motivazione primaria è rappresentata dal bisogno di ricevere cure mediche perché si è malati, oppure perché anche in assenza di una patologia ci si vuole far visitare o comunque si desidera tenere sotto controllo il proprio stato di salute. A questa motivazione si affianca quella della necessità di ottenere la tessera STP.

“Sono venuto con un mio amico che mi ha raccontato che c'era un'associazione di medici che faceva un buon lavoro con gli stranieri, con i clandestini. Io avevo bisogno importante del cartellino STP per andare all'ospedale, per fare analisi. Io la prima volta che sono venuto qua non avevo malattie (...) sarò venuto qui venti volte in due anni. Una volta per la schiena, una volta per la testa, perché gira la mia testa, una volta per il piede...vengo qua perché sto male, perché è importante per la mia salute. Quando io ho male alla schiena prendo e vengo qua.” [M1]

Inoltre i medici di Sokos hanno individuato delle specificità di utilizzazione del servizio a seconda che gli utenti siano maschi o femmine.

“ Le donne mi sembrano un po' più in gamba rispetto agli uomini, le vedo un po' più in gamba (...) Quindi le vedo bene, che sanno come orientarsi, come muoversi. I maschietti li vedo sempre abbastanza a disagio. I maschi fanno un po' più fatica con la lingua, vengono soprattutto dal Bangladesh, dal Pakistan. Dall'Est sono pochi, sono soprattutto muratori, manovali. Si rivolgono a noi di solito quando hanno un problema di salute che non possono rimandare, gestire da soli. Le donne invece magari sì, hanno bisogno di essere più rassicurate, vengono qui magari anche perché hanno bisogno di sfogarsi, si fanno il pianto.” [S4]

I medici individuano sostanzialmente due differenze nel rapporto che lega migranti e Sokos rispetto al genere di appartenenza.²⁹⁷ Per prima cosa i migranti paiono evidentemente meno avvezzi al rapporto con i servizi sanitari di quanto non lo siano le donne migranti. Ipotizziamo che tale differenza sia dovuta in grossa parte ai ruoli di genere a cui si è stati socializzati nel paese di origine. Nei paesi dell'Europa dell'Est, ad esempio, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, le donne sono deputate ad occuparsi della salute di tutta la famiglia e sono loro quindi a fungere da raccordo tra il nucleo familiare e il sistema dei servizi sanitari.²⁹⁸ Il medico di Sokos evidenzia inoltre un differente *illness behavior*;²⁹⁹ tra pazienti maschi e femmine. I primi sembrano rivolgersi al medico solamente nel momento in cui non riescono più a far fronte autonomamente alla malattia che, come i migranti ci hanno più volte riferito, mette a rischio proprio il sostentamento tramite il lavoro. Le seconde hanno una visione più allargata del loro rapporto con il medico che spesso considerano anche come un confidente al quale esporre i propri problemi di salute e le proprie ansie e preoccupazioni. A nostro avviso, non è da escludere che questo differente approccio al servizio medico dipenda anche dal lavoro svolto in Italia. Ad esempio il lavoro di cura delle cosiddette badanti che implica un alto grado di intensità emotiva, genera una pesante situazione di stress di cui il medico può rappresentare una valvola di sfogo.

La frequenza con cui poi i migranti ricorrono a questo servizio medico dipende da una serie di fattori: le necessità di cura, le eventuali cure intraprese in maniera continuativa con un medico di Sokos, ma anche le vicende che interessano la propria biografia quali possono essere ad esempio gli spostamenti sul territorio nazionale in funzione della ricerca di lavoro oppure il passaggio alla condizione di regolarità. I motivi biografici sono quelli alla base delle considerazioni di questa operatrice di segreteria la quale ben evidenzia lo stato di precarietà nel quale queste donne e questi uomini sono costretti a vivere, precarietà continuamente confermata dalla normativa che regola l'immigrazione in Italia e che è stata esaminata nel primo capitolo al paragrafo 4.

“Tieni presente che c'è gente che non vedi per quattro anni e poi la torni a vedere, ci sono dei percorsi

297 Vogliamo precisare che il confronto tra maschi e femmine sull'utilizzo del servizio medico non può prescindere dal considerare la rilevanza dell'appartenenza nazionale. Infatti la componente maschile dell'utenza Sokos (bangladesi, pachistani, africani di varia nazionalità) evidenzia una provenienza diversa da quella della componente femminile, decisamente caratterizzata da donne migranti originari dell'Europa dell'Est.

298 Non abbiamo a disposizione di dati sufficienti per poter affermare che anche nei paesi asiatici da cui provengono i pazienti di Sokos sussista questa divisione di ruoli in base al genere. Tuttavia la poca dimestichezza che i migranti maschi dimostrano, ci porta ad ipotizzarla come esistente.

299 La risposta comportamentale alla malattia (*illness behavior*) descrive in sostanza la sequenza di azioni intraprese da un individuo per far fronte alla situazione di malattia. Una definizione di questo concetto è presente in Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Milano, Colobri, 2003

strani, persone che stanno qui da un anno un anno e mezzo, vanno da altre parti, magari al loro paese, ritornano ecc. io ho tirato fuori pratiche che erano numero 829 l'altro giorno, per cui gente che tra una cosa e un'altra, gira in Italia da 14/15 anni. Che periodicamente ritornano e che per una serie di coincidenze, sulle leggi esistenti, non riescono a farsi regolarizzare, oppure perdono il lavoro e quindi il permesso.”[S1]

Ritornando alle motivazioni che spingono i migranti a rivolgersi a Sokos, abbiamo individuato quella del rilascio del tesserino STP. Riguardo a questo documento, migranti e operatori ci hanno fornito delle rappresentazioni diverse in merito alle funzioni e i significati che esso detiene.

“Per noi è molto di più, per loro è molto di più. Per loro vuol dire essere qualcuno, non essere più un numero, essere una persona che bene o male ha gli stessi diritti di un italiano. (...) E' tutto un discorso un po' psicologico, hai capito, “Io ho il tesserino per cui sono” E' una sicurezza, è una sicurezza.” [S3]

“Perché ci tengono tanto al tesserino? Mica perché gli serve...perché il tesserino nemmeno gli serve se vengono qui a farsi una visita. Se gli servono dei farmaci, quello che possiamo fare lo facciamo. Il tesserino per loro vuol dire “Io esisto” quindi il tesserino per loro è importantissimo.” [S1]

Il personale di Sokos considera questo documento sanitario come una forma di accesso alla cittadinanza, ne coglie le implicazioni più astratte in termini di diritti acquisiti dal migrante. Secondo Sokos il tesserino rappresenta per i migranti irregolari l'unica alternativa alla costante invisibilità istituzionale che devono sopportare, poiché esso diviene l'unico canale per ottenere un posto nella “comunità di diritti” di cui fanno parte gli autoctoni. Il tesserino STP diviene, al di là dei vantaggi medici che può assicurare, una specie di patente che legittima all'esistenza sociale i migranti irregolari, sottraendoli all'invisibilità grazie ai diritti all'assistenza sanitaria che vengono loro concessi.

Questa rappresentazione del tesserino STP viene proiettata automaticamente sui migranti e fatta coincidere con quella che essi stessi avrebbero interiorizzato. Tuttavia il significato attribuito dai migranti alla tessera STP, si discosta parzialmente da quello proposto da Sokos, pur non essendo in contraddizione con esso.

“E' molto importante. Perché adesso sto bene, per esempio, e domani non si sa. Io sono fortunata ad avere questo tesserino. Spero che avrò le cure giuste, che potrò avere le giuste cure per la malattia, le avrò in tempo, le avrò con tutto il rispetto. Diciamo, non sono proprio cittadina, ma sono umana anche io. Questo già per me è molto. Penso che è meglio adesso avere questo tesserino, con tutti i diritti. Certo, non andrò a

pretendere i diritti che non mi riguardano, quelli impossibili. Però per quelli che riguardano la salute, perché la vita non si sa...³⁰⁰

“ Certo, che è importante per me, per quello che può capitare. Per andare dal medico. Basta.(...) Mi serve perché puoi andare dal dottore, farti visitare, fare le ricette e tutto, essere più vicina agli italiani, no.”
[M4]

“(...) senza questo non posso andare da nessuna parte. Anche al pronto soccorso...non ti fanno la visita se non vai con un problema grave. Non posso andarci per un brufolino. Invece con questo qua[*indica il tesserino STP che ha sul tavolo*]Posso venire qua e andare dal dottore. Però, quello che mi chiedi se mi fa sentire più vicina agli italiani, neanche un po'. Anzi, ti fa vedere che sei straniero quando ti danno questo tesserino. Nella pratica aiuta. Però no, per me è importante solo perché mi aiuta a farmi curare.” [M7]

I migranti intervistati sono consapevoli dei diritti che possedere la tessera STP implica. Tuttavia sono altre sì consapevoli che questi diritti sono ristretti all'ambito dell'assistenza sanitaria e che, forse, quello che permettono di recuperare non sono tanto dei diritti di cittadinanza sociale, giuridicamente intesi, quanto uno spazio di riconoscimento della propria umanità che comunque sottende a tali diritti. La prima intervistata è molto chiara in questo: ricevere delle cure mediche adeguate fa sentire “più umani”, ma non permette di rivendicare ulteriori diritti.³⁰¹

Da tutte e tre le interviste si ricava chiaramente l'idea che il tesserino STP sia sostanzialmente una forma di protezione sociale. Esso rappresenterebbe l'unico supporto sociale a disposizione dei migranti irregolari, che permette loro di raggiungere un minimo grado di indipendenza e di autonomia.³⁰² L'STP permette di affrontare, con maggiore serenità i rischi dell'esistenza quali possono essere ad esempio le malattie; ecco perché il suo ottenimento diventa così prezioso.

L'ultima migrante ci pone di fronte invece ad un possibile svantaggio del tesserino STP: il suo carattere stigmatizzante. La tessera STP può anche diventare un “documento speciale” che rende immediatamente visibile la propria condizione di clandestinità. Nei servizi sanitari diversi da Sokos, alla condizione di irregolarità amministrativa sono associate tutta una serie di attributi costruiti socialmente sulla base dello stereotipo dello straniero, attributi che, come anticipato, chiama in causa fin anche l'espressione del suo bisogno di ricevere cure mediche. Il carattere stigmatizzante

300 M5

301 In queste affermazioni sarebbe molto utile calcolare, proposito che in questa sede non ci è possibile svolgere, il peso che mantengono la storia politica della nazione da cui si proviene e ,di rimando, il proprio rapporto con la politica. I migranti originari dai paesi che facevano parte del “blocco socialista” molto spesso dimostrano la loro scarsa abitudine alla rivendicazione politica dei propri diritti che d'altra parte sembra essere frenata da una sorta di vaccino a forme di mobilitazione politica basate su istanze “progressiste”.

302 Nella concezione proposta da Robert Castel i supporti sociali sono quei dispositivi di protezione che hanno permesso alla “classe non proprietaria” di raggiungere la proprietà sociale, ossia quel minimo di risorse, di opportunità e di diritti necessari per poter costruire, in mancanza di una società di eguali, una “società di simili”.
Castel R., *L'insicurezza sociale*, Torino, Einaudi, 2004 pp. 24-38

del tesserino STP è stato percepito come problematico solamente da pochi intervistati e del resto anche la stessa migrante che qui ce l'ha riferito lo reputa evidentemente un aspetto secondario. Tuttavia pensiamo che esso non debba essere estromesso dalle riflessioni che si possono generare sul valore e la funzione della tessera STP.

Inoltre abbiamo constatato che nelle rappresentazioni dei migranti il tesserino STP è di frequente associato a Sokos a cui i migranti attribuiscono la stessa funzione di protezione sociale. Sokos e il tesserino che questa organizzazione permette di ottenere, rappresentano nella totale precarietà in cui il migrante irregolare è costretto a vivere, una sicurezza in termini di protezione sociale poiché tutela almeno in parte dalle conseguenze derivanti dalla malattia. Le dichiarazioni di questo migrante sintetizzano efficacemente questo concetto.

“Certo che dovevo fare un intervento e grazie a Sokos, grazie a tutti sono stato curato senza pagare niente. Cioè se non c’era Sokos io...io non so come fanno gli altri, ti dico la verità. Forse per voi italiani è un po’ più facile, ma per noi tu alla fine del mese devi sborsare i soldi: affitto, mangiare, tutto quanto. Anche se tu non lavori, chi se ne frega, tu i soldi li devi pagare lo stesso. Se non c’erano i Sokos, era tutta un’altra storia...” [M13]

Nel proseguire la nostra analisi, prendiamo ora in esame l'interazione tra migranti e personale di segreteria che costituisce un momento fondamentale, al pari del rapporto che i migranti instaurano con i medici.

La segreteria, o come preferiscono chiamarla gli stessi componenti di Sokos, l'accoglienza è un luogo fondamentale per il proseguo del percorso dei migranti all'interno del servizio. Essa è la faccia dell'organizzazione, la parte che per prima si mostra al migrante. E' perciò importante che fin dal primo momento i pazienti stranieri, soprattutto se al loro primo contatto con il servizio, si sentano tranquilli perché accolti da persone competenti che infondono loro sicurezza. Perché ciò possa effettivamente avvenire è necessario che si crei un senso di vicinanza reciproca percepita da tutti gli attori sociali presenti in questo luogo. Tale vicinanza è favorita dalla conformazione spaziale della segreteria, uno spazio piccolo al cui interno si ritrovano come minimo 4 persone (due migranti e due operatori) e che contribuisce a creare una forte densità interattiva.

Le finalità che animano il lavoro del personale della segreteria ruotano attorno al concetto di accoglienza, che per essere reso effettivo necessita di una buona quantità di tempo da dedicare a ciascun paziente.

“(...) quando vengono qua, dovrebbero sentirsi accolti, nel vero senso della parola. Cioè trovare delle

persone che hanno voglia di ascoltare quello che loro hanno da dire...io vedo che quando si può fare è una cosa bellissima perché la gente si apre completamente. A me capita spesso di fare delle domande di questo tipo a delle persone che vengono dai paesi che ho visitato, che ho avuto la fortuna di vedere. Chiedo, dico “Ah, sono stato lì”. Poi cominciando da quello, si parla. Ed è molto bello perché è una piccola integrazione, un modo di condividere. Capisci di essere una persona normale, ecco.” [S5]

Da queste affermazioni cogliamo un'impostazione molto particolare della cultura di servizio propria di Sokos: i migranti non sono dei soggetti che si devono piegare alle logiche burocratiche del servizio ma degli individui con cui è possibile prima di tutto instaurare una relazione di tipo paritario basata sulla condivisione delle esperienze vissute. Accogliere i migranti che si presentano con dei bisogni di salute, significa quindi prima di tutto mantenere un atteggiamento propenso all'ascolto dei loro vissuti. La posizione di ascolto in cui si pone il personale della segreteria favorisce la creazione di relazioni più immediate, lontane da costruzioni sociali aprioristiche sul profilo sociale del migrante, fondate sul senso comune e sul ruolo determinante della variabile culturale.

Nella segreteria si assiste quindi alla creazione di uno spazio relazionale il centro del quale è formato dall'attività di scambio di informazioni tra migranti e personale di segreteria. I migranti, constatato l'atteggiamento di disponibilità nei loro confronti mostrato dal personale di segreteria, spesso colgono l'opportunità offerta dall'apertura di questo spazio di ascolto per raccontare la propria esperienza di migrazione. Evidentemente i migranti notano che il personale di segreteria non si rapporta a loro con la stessa diffidenza che hanno incontrato negli altri servizi, e di conseguenza ricambiano la fiducia ottenuta dall'Associazione con la loro disponibilità a raccontarsi.

“Come ti dicevo prima, ti raccontano le loro storie. La voglia di parlare c'è più nelle donne, in particolare quelle provenienti dai paesi dell' Est. Perché considera che la donna rappresenta per noi più del 63% dei pazienti. Vedi che, se c'è disponibilità da parte tua a non limitare o a non andare di corsa, la cosa viene molto facilmente. Per esempio l'altro giorno è venuta una persona. E' stato qua forse 10 minuti esagerando...questa persona mi ha raccontato tutta la sua vita, la sua felicità perché probabilmente adesso con il decreto flussi, riesce a regolarizzarsi. Questo era un uomo della Moldavia, che alla fine mi ha detto anche dei suoi figli “Che non riconoscerò neanche più, perché sono tre anni che non li vedo.” [S1]

Un elemento particolare che a partire dall'interazione creatasi in segreteria distingue Sokos atri servizi sanitari è quello della “fluidità dello spazio medico”. Con questo si intende qui individuare la particolarità dell'interazione medica che non rimane chiusa nell'ambulatorio ma che pervade anche gli altri spazi del servizio. La segreteria infatti è un continuo scambio di informazioni anche a

carattere medico: non di rado ad esempio ho assistito alla lettura di referti fatta da personale della segreteria a cui i migranti mostrano ansiosamente l'esito di esami prescritti dal medico di Sokos. In generale i migranti considerano la segreteria il primo luogo a cui possono sottoporre il proprio caso anche da un punto di vista medico arrivando così a sovrapporre le competenze tecniche amministrative proprie del personale di segreteria con quelle mediche. Ciò conferma l'idea che i migranti hanno dell'Associazione Sokos, ovvero che l'intera Associazione e non il singolo medico rappresenti il proprio medico di base, concetto che tra l'altro viene ribadito anche dallo stesso personale di Sokos. E' opportuno dire comunque che il personale di segreteria non si arroga competenze che non possiede. La sua funzione è in questi casi piuttosto quella di "filtro". In primo luogo si tranquillizza il migrante che viene a sottoporre un problema di salute e in secondo luogo si velocizza l'attesa per la visita, nel caso in cui si percepisce una certa gravità del problema di salute esposto. Riporto l'esempio di un giovane ragazzo albanese che arrivato in accoglienza dice immediatamente: "Mi fa male far la pipì" e la segretaria con cui sta parlando risponde: "Tranquillo, non è niente, sarà un po' di cistite. Comunque adesso vai a fare una visita dal medico".

Tra le ipotesi che si possono dare a questo atteggiamento vi sono l'incapacità dei migranti di distinguere i ruoli medici dagli altri, soprattutto se alle loro prime esperienze con i servizi sanitari italiani, oppure l'utilizzo del racconto della patologia come mezzo per velocizzare l'attesa della visita medica. Tuttavia, la lettura che a differenza delle precedenti meglio rende conto di questa particolare interazione con il personale di Sokos è quella che la spiega riconducendola al diffuso e pressante bisogno di esprimere il proprio disagio non solo di salute ma anche legato all'esperienza migratoria che si sta affrontando. Nelle parole di un' operatrice di segreteria:

"In generale mi sembra che arrivino qui con una grossa insicurezza sulla loro condizione di salute (...) loro quando vengono qua, sanno che questa è un'Associazione di medici per cui non è che fanno molta distinzione se qui fai l'accoglienza, là fai le visite, insomma è un fatto proprio di intendersi a volte. Molti ti descrivono subito i sintomi che hanno, infatti devi fermarli alcune volte. Penso che questo derivi da un grande bisogno di raccontare a tutti un loro problema, non lo vedo diversamente." [S1]

La segreteria diventa quindi un luogo di scambio di esperienze. Da una parte i migranti espongono il loro problema di salute, molto spesso contornandolo con il loro vissuto quotidiano, dall'altra il personale della segreteria mette a disposizione dei pazienti stranieri preziose informazioni riguardanti la sua salute.

"Dal punto di vista medico, le informazioni che noi forniamo possono riguardare attività che qui non

vengono svolte, alcune visite specialistiche (...) oppure le informazioni sono di tipo sanitario, vedi il medico che quando visita il paziente gli dice dove andare per fare la visita specialistica, o cose di questo genere. Anche le informazioni su come approcciare al nostro sistema sanitario. Perché poi loro, una volta che hanno il tesserino, diventano come noi e quindi devono transitare per servizi come il CUP ecc. Altra cosa è come far seguire le persone durante una gravidanza. Le informazioni del tipo: devi pagare il ticket, se hai una patologia che porta un'esenzione...informarli su questo perché ci siamo accorti che molto spesso le strutture fuori non fanno" [S1]

L'intervistata ci elenca le tipologie di informazioni che i segretari e i medici dell'Associazione sono soliti dare ai pazienti stranieri: esse sono sostanzialmente di ordine burocratico e medico (riferite sia alle prestazioni mediche interne a Sokos, sia a quelle eseguite da altri servizi sanitari pubblici). L'elemento che qui ci pare opportuno sottolineare qui è la ragione che spinge ad informare i migranti sul funzionamento dei servizi sanitari. Il personale di Sokos individua una grave mancanza degli altri servizi sanitari i quali, come hanno riferito più volte gli operatori di Sokos, tendono a non informare adeguatamente i pazienti stranieri nell'iter burocratico e di cura che li coinvolgono. L'aspetto che ha più colpito la nostra attenzione è che il personale di segreteria di Sokos, non solo fornisce ai migranti una grande quantità di informazioni utili, supplendo in tal modo alle mancanze riscontrate negli altri servizi sanitari, ma informa la propria utenza conformandosi alle sue esigenze di comprensione delle informazioni ricevute.³⁰³ Nella pratica gli operatori di segreteria mettono in campo una serie di strumenti comunicativi finalizzati a rendere effettivamente fruibili le indicazioni messe a disposizione dei migranti. Ad esempio, non è raro che sia richiesto l'aiuto di traduttori quando il livello di incomprensione linguistica rischi di rendere inefficace l'azione informativa, oppure si utilizzi materiale scritto in più lingue. Tuttavia la pratica comunicativa che si rivela più efficace nel rapporto con i migranti, che inoltre ci racconta molto delle finalità dell'organizzazione stessa, è il cambio del registro linguistico in relazione al destinatario dalla comunicazione. In Sokos il linguaggio organizzativo si diversifica; esiste infatti un linguaggio burocratico e tecnico ad uso interno, padroneggiato quindi dagli operatori dell'Associazione, ma ad esso se ne affianca uno "pubblico" rivolto cioè ai migranti che utilizzano il servizio. Quest'ultimo risulta estremamente semplificato nella parte verbale (la struttura delle frasi è molto semplice, il lessico usato ristretto, la terminologia medica ridotta al minimo e comunque spiegata) e in più si avvale di strumenti non verbali quali mappe dei servizi cittadini, itinerari che mostrano come raggiungerli, biglietti da visita con indirizzi e numeri di telefono e vario altro

303 Questo atteggiamento, caratteristico dell'azione organizzativa di Sokos, è un atteggiamento trasversale al servizio stesso. Esso è fatto proprio anche da personale medico che dedica una parte consistente del tempo della visita medica ad orientare i pazienti sulle possibilità di cura presso le strutture sanitarie locali. Una lettura approfondita dell'interazione medico-paziente si trova in questo lavoro ai paragrafi 5.4 e 5.5.

materiale informativo. Il personale della segreteria passa con estrema rapidità da un tipo di linguaggio all'altro a seconda del destinatario della comunicazione e comunque i due registri linguistici non sono mai del tutto separati, creando in tal modo una “doppiezza di linguaggio organizzativo”. Un esempio molto semplice che si può riportare è quello della spiegazione dell'esistenza e delle funzioni del C.U.P. Il personale della segreteria non nomina il C.U.P. dando per scontato che il migrante lo conosca, ma ne spiega l'acronimo, l'ubicazione di quello più vicino, gli orari di apertura e soprattutto i servizi che esso offre. Il tratto peculiare di questa modalità di rapporto con l'utenza è che essa vien vissuta ed interpretata dallo stesso personale come una pratica del tutto normale, priva di qualsiasi carattere di eccezionalità. D'altra parte la semplificazione del linguaggio in uso con i pazienti stranieri non deriva dalla necessità di adottare un linguaggio differente perché si ha a che fare con individui diversi, incapaci di comprendere il proprio linguaggio, e per questo inferiori. Essa risponde piuttosto all'esigenza di far pervenire il migrante ad una comprensione piena dei meccanismi che regolano l'accesso ai servizi e il loro funzionamento cosicché le differenze non si trasformino in disegualianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari.

Il valore di questa pratica sembra essere colta in pieno anche dagli stessi migranti, che più volte ne hanno segnalato l'importanza. Riportiamo qui le considerazioni di due migranti.

“Una cosa bella è questa che i dottori e anche il personale, tutti sono carini, sono cordiali, ti aiutano, ti insegnano se non sai “Devi fare così, colà...” ti spiegano bene molte cose. Questa è una cosa molto importante.” [M15]

“(...) perché non parlavo bene l'italiano come adesso. Ma, ti dico, loro sono stati bravi. Mi hanno spiegato, devi andare, devi fare...mi hanno spiegato e io dicevo, ma questa gente, così disponibile e buona...” [M5]

Capire l'utilizzo del linguaggio organizzativo è quindi molto importante poiché esso delinea una parte fondamentale del fare organizzazione. Riguardo a Sokos le tipologie di linguaggio precedentemente descritte e il modo in cui vengono impiegate, delineano un servizio aperto e disponibile a comprendere le esigenze del paziente mettendosi a sua disposizione. In questo Sokos differisce dalle pratiche in uso presso altri servizi sanitari, in cui è il migrante il soggetto che si deve conformare alle procedure medico-burocratiche del servizio sanitario e ne deve imparare il linguaggio. Quello che ci preme sottolineare qui è il vantaggio che lo stile comunicativo di Sokos produce per i pazienti stranieri. Il tempo dedicato a ciascun migrante per spiegargli in dettaglio

come orientarsi tra i servizi sanitari gli permette di raggiungere un livello di conoscenza tale da influire sull'accrescimento del proprio grado di autonomia individuale. Autonomia e conoscenza sono i requisiti necessari affinché l'individuo riesca a gestire in prima persona e consapevolmente la propria salute e possa far fronte agli ostacoli ad un affettivo godimento del diritto alla salute.

Per Sokos il diritto alla salute dei migranti irregolari riveste un'importanza fondamentale, testimoniata nella quotidianità organizzativa da una serie di pratiche che rompono la logica documenti- diritti.³⁰⁴ Così due operatori sanitari, rispettivamente un medico e una segretaria, ragionano attorno a questo tema.

“(...) perché magari a volte certifichiamo cose che magari non potremmo certificare, sconfinando nell'illegalità, senza magari accorgercene...però è vero che se uno è clandestino è automaticamente indigente: se dobbiamo fare gli ipocriti, allora facciamolo bene, fino alla fine, perché se uno è clandestino tu non lo vedi, lui non lavora e quindi non c'ha i soldi. Però se si ammala e ha bisogno di fare gli esami e non te li può pagare, tu glieli devi dare lo stesso.” [S4]

“(...) la cosa che mi dà più fastidio è avere queste persone qua davanti e dovergli fare l'interrogatorio, perché mi metto un pochino nei loro panni. Delle volte, quando non capisco il loro nome, faccio anche fatica a chiedergli il documento gli dico “Guarda, mi serve solo per scrivere nome e cognome nella cartella clinica”. [S1]

Non ci addentriamo nel merito delle questioni esposte dal personale intervistato. Tuttavia non possiamo esimerci dall'osservare che le azioni sopra descritte contengono un forte elemento di rottura delle logiche che regolano il rapporto tra migranti e società di immigrazione. Non chiedere un documento di riconoscimento quando si compilano i moduli che consentono di accedere al proprio servizio medico ha un significato molto chiaro: vuol dire che il diritto alla salute, che coincide con quello alle cure, ha prima di tutto una valenza universale e si traduce nella possibilità per ogni individuo di accedervi senza alcun tipo di discriminare. Allo stesso modo certificare lo stato di indigenza dei migranti irregolari pur non avendo gli strumenti per verificarlo, porta con sé la rottura di due logiche: la prima è quella che sottende ad una concezione “residuale” dei servizi di assistenza che si basa sul criterio della prova dei mezzi. La seconda logica che viene messa in crisi è quella che confina i migranti irregolari all'invisibilità sociale (e in più scarica su di essi i costi delle loro malattie) e allo stesso tempo mette al lavoro queste donne e uomini “invisibili” in occupazioni ad alta intensità di lavoro e che spesso danneggiano la loro salute.

304 E' possibile trovare una trattazione più completa ed approfondita delle finalità ideali di Sokos al capitolo 4 paragrafo 2

Concludiamo questa analisi approfondendo un aspetto che si ricollega con quanto detto più sopra a proposito della possibilità per i migranti che usufruiscono di questo servizio medico di ottenere informazioni importanti per il mantenimento del loro stato di salute. Sokos, o meglio gli spazi fisici del servizio, divengono il luogo dove i migranti riescono ad acquisire tutta una serie di preziose informazioni, non esclusivamente a carattere medico, che potenzialmente vanno ad accrescere il loro benessere. Ci riferiamo precisamente agli spazi della sala di attesa, dell'atrio e del corridoio luoghi in cui i migranti impiegano il tempo di attesa prima della visita o del passaggio in accoglienza. Qui i migranti spesso interagiscono tra loro scambiandosi informazioni concernenti l'ambito lavorativo, le possibilità abitative oppure opportunità di altro genere come ad esempio informarsi sulle procedure di regolarizzazione, contattare un'organizzazione sindacale, l'opportunità di frequentare un corso di italiano per stranieri ecc. Quest'ultimo è il caso di un migrante proveniente dal Togo che al termine dell'intervista mi ha chiesto un foglio di carta e una penna con i quali ha scritto l'indirizzo della sede della CGIL di Bologna e l'ha consegnato ad una giovane donna dell'Est Europa.

Queste interazioni avvengono tra persone che si vedono forse per la prima volta in quest'occasione e che sono accomunate dalla stessa condizione di migranti irregolari. La condivisione dell'esperienza della migrazione diventa fondamentale per la creazione di un "sapere migratorio", tanto più importante quanto più breve è il tempo in cui ci si trova in Italia, e che tra l'altro appare qui slegato da una sua produzione esclusiva sulla base della nazionalità di appartenenza. Sokos diventa per i migranti irregolari una tappa fondamentale del "circuito della sopravvivenza"³⁰⁵ poiché garantisce loro in maniera diretta un insieme di vantaggi per tutelare la propria salute, e indirettamente l'occasione di venire a conoscenza di opportunità che possono rivelarsi molto utili, se non addirittura determinanti per il buon esito del proprio progetto migratorio.

305 Per una disamina del concetto di "Circuito della sopravvivenza" si veda: Bergamaschi M., *Ambiente urbano e circuito della sopravvivenza*, Milano, Franco Angeli, 1999

5.3 Il rapporto tra medico e paziente in Sokos.

Un tratto che definisce l'interazione tra il personale medico di Sokos e i pazienti stranieri è il suo essere ibrida. Quando ci riferiamo al carattere ibrido del rapporto medico, intendiamo definire una relazione che non si esaurisce nella visita medica costruita attorno ad una precisa sequenza di interazioni dettata da una rigida interpretazione dei ruoli sociali di medico e paziente, piuttosto essa viene da un lato reinterpretata e dall'altro arricchita da una forte componente relazionale. Questa componente si costituisce a partire dalla pratica dell'ascolto del paziente migrante e dal tempo dedicato a questa pratica, arrivando a fornire al migrante una serie di informazioni utili al mantenimento della propria salute e all'accesso al sistema dei servizi sanitari.

Per rendere più efficacemente il concetto appena espresso, chi scrive ha deciso di avvalersi della descrizione di come avviene l'interazione medica negli ambulatori di Sokos, così come osservato direttamente nell'arco di un intero pomeriggio di visite.

L'occasione di assistere in prima persona alle visite mediche mi è capitata fortuitamente. Durante un mercoledì pomeriggio nel quale vi era una forte affluenza di pazienti, la piccola stanza che mi era stata concessa come studio viene trasformata in un ambulatorio di fortuna.³⁰⁶ E' Marco a bussare e a comunicarmi che di lì a qualche minuto mi darà un po' di fastidio perché, data la grande quantità di pazienti che devono ancora essere visitati, i tre medici in servizio hanno deciso di usufruire dello spazio della stanzina, per velocizzare le visite mediche. Allo stesso tempo Marco mi dice che, se voglio, posso restare e che non do alcun disturbo. In un primo momento mi dimostro titubante perché penso che non ho diritto a rimanere lì, ad assistere alle visite mediche di persone sconosciute, che forse ledo la loro intimità e decido di esporre le mie perplessità a Marco. E' lui stesso a convincermi a rimanere poiché evidenzia l'utilità per la mia ricerca di sentire direttamente i racconti che i pazienti stranieri fanno al medico e insiste per mostrarmi come si lavora in ambulatorio "Così, vedi tu stesso come avvengono le cose qua dentro", mi dice. Allora mi convinco, ma prima voglio che siano chiari ad entrambi i termini della mia presenza. Così stabilisco con Marco che io sarei uscito dall'ambulatorio quando per essere visitato un paziente si sarebbe dovuto spogliare anche solo parzialmente, quando la patologia del paziente fosse stata particolarmente grave ed avesse riguardato aspetti intimi e personali e ovviamente quando fosse stato lui stesso a chiedermi di uscire. In qualche occasione specie con i migranti che aveva già visitato altre volte, Marco ha rivelato la mia identità di ricercatore che stava collaborando con Sokos e ha chiesto loro il permesso di farmi presenziare alla visita; tutti i pazienti hanno acconsentito

306 Per una descrizione dell'organizzazione spaziale di Sokos, si veda il cap. 3.

senza incertezza alla sua richiesta, segno evidente di una buona dose di fiducia riposta nella sua persona.

Nell'iniziare la visita la prima azione che il medico compie avviene paradossalmente senza la presenza del paziente. Il medico infatti esamina attentamente la cartella clinica del paziente che sta per essere chiamato in ambulatorio, ne acquisisce la storia clinica se egli è già stato in cura da Sokos, o verifica i dati anagrafici quando si tratta di un nuovo paziente. L'azione di esaminare la cartella clinica riveste un'evidente importanza nella strutturazione della successiva interazione tra medico e paziente. Il primo infatti ha modo di sapere parte della storia, clinica e non, del secondo prima che questi gliene dia conto. Il medico gioca quindi d'anticipo, disegna già un profilo sanitario dell'utente che poi sarà integrato attraverso lo scambio verbale e visivo. Ciò permette al medico di poter controllare la rappresentazione che il migrante fornisce della sua malattia, di verificare la veridicità della versione che gli viene fornita, la conoscenza e la consapevolezza che il migrante possiede riguardo al suo stato di salute. Anche questa operazione richiede del tempo al medico e dilata non di poco i tempi di attesa complessivi

Ciò che mi ha colpito è stato prima di tutto la grande quantità di tempo che Marco dedica a ciascun paziente, soprattutto per quelli che sono alla loro prima visita. In questo caso il medico che, vestito con il camice bianco a conferma delle aspettative, siede dietro una scrivania, compila una scheda contenente una serie di informazioni mediche con l'intento di tracciare la storia clinica del paziente. Si informa sostanzialmente sullo stato di salute del migrante precedente all'esperienza migratoria e su quello più recente. Ma le domande che pone Marco e il tempo che egli dedica a questa parte della visita supera di gran lunga quello previsto dal questionario. Il medico infatti si informa sulla vita che i migranti conducevano nel paese di origine; chiede di lavoro, di famiglia e di figli e tenta di stabilire connessioni con l'esistenza che invece conducono qui, vuole vedere se emergono problematiche quotidiane e se eventualmente esse sono da ricollegarsi al loro stato di salute. I pazienti sembrano rispondere volentieri alle domande e d'altra parte non vengono forzati a dare risposte se non lo ritengono necessario. Grazie a questo momento la tensione vissuta dai migranti scema via via, specie per quelli che per la prima volta vedono un medico di Sokos. Marco scherza e fa battute divertenti, stempera gli imbarazzi reciproci – d'altra parte anche il medico ha bisogno di sentirsi a suo agio per poi trasmettere a sua volta questo stato d'animo al paziente che gli sta di fronte- e punta a creare un clima empatico. Tutte questa serie di azioni, unita ad un registro linguistico colloquiale e poco formale possiamo interpretarli come una presa di distanza dal ruolo di medico la quale dà anche ai migranti la possibilità di non assumere interamente e fin da subito il ruolo di paziente. Marco nella fase preliminare del colloquio predispone una sorta di anticamera

comunicativa, nella quale interagisce con il migrante considerandolo prima di tutto come una persona che sta vivendo un'esperienza biografica particolare, quale la migrazione. La situazione che viene a crearsi è tale, che sembra far passare l'aspetto della malattia in secondo piano rispetto agli altri argomenti che vengono discussi. Ad un certo momento il medico chiede il motivo per il quale la persona è venuta a farsi visitare e questa inizia ad esporre il problema di salute che lo interessa. A questo punto Marco inizia ad assumere un atteggiamento di propensione all'ascolto. Sta a sentire molto attentamente la descrizione dei sintomi fatta dal paziente; interrompe poco solitamente solo per chiedere dei chiarimenti, se le difficoltà linguistiche impediscono al migrante di farsi capire. Allora chiede di ripetere. Quando il paziente non trova le parole giuste cerca di assisterlo: suggerisce, completa, aiuta a spiegare. Successivamente il medico si alza dalla sedia, si avvicina al paziente ed inizia a visitarlo: controlla la pressione, il battito cardiaco, le vie respiratorie e ovviamente presta particolare riguardo al problema di salute specifico sofferto dal paziente. L'aspetto interessante di questo modo di operare è che la malattia del paziente non è monopolio del sapere tecnico detenuto dal medico, ma diventa terreno comune di confronto tra due rappresentazioni della malattia: una generata dal sapere medico, l'altra dalle percezioni dell'individuo malato. Infatti, l'interazione si sviluppa attorno alla narrazione della malattia prodotta dal paziente. Marco non interrompe quasi mai il racconto, semmai lo tiene vivo con ulteriori domande. Egli cerca costantemente di trovare la conferma delle proprie valutazioni mediche nelle risposte del paziente. Questo non significa che il medico accetti di mettere totalmente in secondo piano la propria autorità medica, la quale continua a pesare nel rapporto con il migrante; ed infatti l'intervento che chiude la prassi della diagnosi e della prescrizione della cura è quello del medico che stabilisce la propria definizione della situazione alla quale il migrante è tenuto a conformarsi. Tuttavia appare evidente come il processo di definizione della malattia e della cura diventi più aperto al contributo del paziente. Anche il flusso della comunicazione non sembra seguire il "naturale" divario di potere connesso ai diversi ruoli sociali dal medico verso il paziente straniero. E' il migrante che, in relazione alla sua abilità linguistica, comunica una grande quantità di informazioni, in sostanza racconta gran parte della sua biografia al medico il quale limita all'essenziale il suo potere di normazione del comportamento e della gestione della salute del paziente.

In generale ho osservato una certa elasticità da parte sia del medico che del paziente straniero nell'interpretare i loro ruoli sociali così come conformati dalle aspettative reciproche. Il primo infatti alterna un comportamento rispondente alle aspettative sociali sul suo ruolo: indossare un camice, condurre la vestita medica in un determinato modo, scrivere le ricette per la prescrizione

dei farmaci, ad azioni di presa di distanza dal proprio ruolo quali ad esempio mantenere un atteggiamento scherzoso, sdrammatizzare i sintomi del paziente, chiedergli opinioni in merito alle sue valutazioni, fornirgli delle informazioni extra-mediche.³⁰⁷ Lo stesso paziente quindi non si limita ad interpretare il suo ruolo riferendo la percezione che ha dei suoi sintomi ma interagisce con il medico, esprime i suoi giudizi, lo rende partecipe di eventi della sua vita non strettamente medici.

Sono state diverse le storie di vita e gli aneddoti, sulle esperienze mediche, che ho ascoltato durante le visite. Tra le tante quella di un ricercatore universitario brasiliano che ci racconta del suo difficile rapporto con il mondo accademico; quella di una donna marocchina che ha invece parlato della sua esperienza conflittuale con un medico ginecologo che non voleva rilasciarle il certificato per la maternità anticipata (per lavoro rischioso) sebbene lei svolgesse un lavoro molto pesante (mansioni di magazzino in una fabbrica) e avesse già rischiato un grave infortunio. Oppure la storia di una donna peruviana che raccontava di come avesse perso il suo lavoro di addetta alle pulizie presso una cooperativa e della ricerca, divenuta per lei oramai opprimente, di un nuovo contratto di lavoro in tempo utile per rinnovare il permesso di soggiorno.

Ma uno degli aspetti che più ha attirato la mia attenzione è stato il tempo dedicato dal medico di Sokos per fornire indicazioni in merito all'utilizzo dei servizi sanitari. Marco infatti spiega precisamente a quale reparto ospedaliero si deve rivolgere, illustra l'ubicazione di un CUP disegnando su un foglio il percorso stradale per raggiungerlo, esce dall'ambulatorio alla ricerca di informazioni per sapere dove ci sia un bravo ginecologo da cui mandare un sua paziente visto che lo specialista di Sokos è momentaneamente impossibilitata a visitare per motivi di salute. In generale spiega ai migranti pazientemente e in maniera molto dettagliata come si debbano orientare tra vari i servizi sanitari cittadini, sia sotto l'aspetto medico-sanitario sia sotto quello burocratico.

In un'occasione infine Marco reputa opportuno chiedere un parere di un altro collega riguardo ad un caso clinico su cui è incerto. Esce dall'ambulatorio e torna con un medico donna ed entrambi visitano il paziente, gli chiedono ancora informazioni sulla sua malattia, ascoltano la sua risposta ed interagiscono con lui fino a dare una risposta al problema per il quale si era presentato in ambulatorio. In questo caso Marco dimostra di affidare più importanza al benessere del paziente che

307 In questo caso ci troviamo davanti a quell'aspetto dell'interazione faccia a faccia che Erving Goffman ha definito "distanza di ruolo". Si tratta del divario tra l'individuo e il suo ruolo. Durante la performance di ruolo, l'individuo comunica la sua distanza dallo status/posizione che ricopre. L'individuo però non nega il ruolo, cioè le aspettative, quanto piuttosto il sé virtuale che gli si potrebbe attribuire se si pensasse che è totalmente identificato con la posizione. Gli esempi di Erving Goffman sono presi dalle dinamiche della sala operatoria, un sistema di interazione chiuso in cui i ruoli devono essere ben definiti, la cooperazione è necessaria e in cui si svolge un'attività estremamente seria e tecnica, assai codificata. Goffman osserva direttamente alcune operazioni notando che la comunicazione della distanza dal ruolo non è un fenomeno che accade solo a volte, in relazione alla personalità degli individui (medico e infermiere) coinvolti ma è un fatto del tutto normale e ricorrente. Si veda Goffman E., *Il rituale dell'interazione*, cit.

al suo prestigio medico, il quale potrebbe diminuire agli occhi del paziente quando constata che il medico che lo sta visitando non riesce da solo a diagnosticare con esattezza l'origine del suo problema di salute.

Dal resoconto sullo svolgimento della visita medica, possiamo individuare tre nuclei di azioni all'interno della cui cornice si costruisce il rapporto tra medico e paziente in Sokos. Essi sono: la componente relazionale fondata sull'ascolto, il processo di negoziazione e il trasferimento di informazioni.

Diventa molto importante per i medici di Sokos non solo visitare il paziente al fine di diagnosticare e curare una patologia ma è altrettanto importante che il migrante acquisisca la possibilità di mantenere la propria condizione di salute o di curare la propria malattia, attraverso la conoscenza dei servizi sanitari diffusi sul territorio e del loro funzionamento. La pratica dei medici di Sokos di fornire questo tipo di informazioni ai propri pazienti è molto diffusa, tanto che me ne hanno parlato sia i migranti che i medici intervistati.

Così risponde un medico alla mia domanda su che tipo di informazioni è solito dare ai migranti durante la visita medica.

“Informazioni mediche, poi cerco di sfruttare un po' la mia esperienza al S.Orsola come se fossero i miei pazienti: quindi cercare di non mandarlo dall'ecografista meno bravo. Poi mi rendo conto che loro non erano poi così informati sui servizi...allora bisogna fargli capire che loro hanno diritto di essere curati, che loro determinati farmaci non li devono pagare. Poi magari devi superare certi scogli quando li mandi a fare gli esami e loro ti dicono “Ma io non ho i soldi per pagare il ticket!” allora tu dici “Io ci provo a fare una lettera di accompagnatoria”, oppure fai fare una firma dietro alla ricetta che puoi far fare per dimostrare che lui è indigente.” [S4]

Il medico non fornisce solamente aiuto alla risoluzione di un problema di salute immediato ma accompagna il migrante nel complicato reticolo dei servizi sanitari del territorio bolognese. Definiamo questa pratica “azione sanitaria indiretta”. Attraverso di essa l'azione del medico viene potenziata ed estesa anche al di fuori dello spazio fisico di Sokos. Egli infatti si serve delle proprie conoscenze riguardo al sistema sanitario per agevolare il migrante e procurargli il maggior grado di beneficio possibile. Il medico quindi socializza il migrante al rapporto con le istituzioni sanitarie. Riteniamo che questa pratica produca benefici per il migrante tanto importanti quanto più egli è privo di tutta una serie di informazioni sanitarie, data la sua condizione di irregolarità. Infatti,

l'essere irregolare amplifica di molto le difficoltà a reperire per via istituzionale informazioni utili. Difficilmente, infatti, il migrante irregolare si recherà da solo presso qualche ufficio pubblico al fine ottenere delle informazioni sanitarie che lo riguardano, per la paura di essere fermato dalla polizia. L'unica fonte informativa a cui egli può attingere è rappresentata dai suoi connazionali o da altri migranti che hanno avuto esperienze simili alle sue con il rischio tuttavia di incorrere in inesattezze e pesanti distorsioni delle informazioni ricevute.

Di importanza fondamentale appare anche la continua azione di socializzazione dei migranti ai diritti all'assistenza sanitaria di cui godono, anche se irregolari. Questo aspetto è indubbiamente importante perché rompe la logica irregolarità-assenza totale di diritti interiorizzata prima di tutto dagli stessi migranti, rendendoli consapevoli e restituendogli uno spazio per mettere in pratica una forma seppur ridotta di cittadinanza.

Evidentemente tale pratica di orientamento al mondo dei servizi sanitari deve essere molto frequente nelle interazioni mediche e inoltre sembra trovare un riscontro positivo tra i migranti che più volte ne hanno fatto menzione, sottolineandone i vantaggi acquisiti. Qui sotto riporto quattro contributi differenti nei quali i migranti evidenziano l'estrema utilità della conoscenza dell'universo dei servizi sanitari che maturano durante le visite con i medici di Sokos. Traspone dalle interviste uno spiccato senso di sicurezza. I migranti si sentono più sicuri nel rapportarsi con le strutture sanitarie, ospedaliere o di altro genere, perché hanno acquisito una conoscenza che gli permette di poter gestire più opportunamente le loro interazioni mediche al di fuori di Sokos. Inoltre si sentono sicuri perché percepiscono di potersi appoggiare ad un'organizzazione capace di fornire loro una gamma di aiuti diversificata e rispondente alle proprie esigenze.

“Lei mi ha visitato, come fa un dottore, mi ha chiesto tutto e subito mi ha scritto questi fogli su dove devo andare, dove devo fare la tessera, dove devo prenotare questi esami, mi ha dato l'indirizzo di dove dovevo andare...” [M11]

“Io ho visto tanti medici qui. Io mi sono trovata molto bene con quello giovane, con la barba e i capelli neri(...)Sì, lui mi ha aiutato in tante cose. Quando sono andata in ospedale per fare gli esami lui ha scritto bene la lettera e mi hanno fatto subito le visite.” [M9]

“(...) ogni volta vado da un medico diverso e mi sono sempre trovata bene. Sai, io non è che conosco molto bene la medicina e gli ospedali ma mi hanno spiegato sempre tutto e per me questo è molto importante.” [M10]

“C’è un medico a cui dico perché sono qui e lui magari mi fa la richiesta per mandarmi da un altro medico da qualche parte per fare le analisi, però mi spiega tutto, anche le cose più piccole. A me va bene, così sono sicuro di non sbagliare.” [M2]

Possiamo leggere l’arricchimento delle capacità di gestione della propria salute da parte dei migranti dovuto al processo di trasferimento di informazioni sopra descritto, anche servendoci dei concetti di *functionings* e *capabilities* sviluppati dall’economista indiano A. K. Sen.³⁰⁸ L’azione dei medici, permettendo ai migranti di essere adeguatamente curati anche all’esterno del circuito medico di Sokos, produce un rinforzo dei loro *functionings*. La migliore capacità di azione dei soggetti che ne deriva genera un aumento delle *capabilities*, ossia la capacità che essi hanno di raggiungere determinati obiettivi e quindi di condurre una buona esistenza.

Secondo questa interpretazione l’azione di Sokos si prefigura fortemente incentrata sull’obiettivo di dare al migrante alcuni strumenti che lo mettano in grado di condurre in prima persona e con consapevolezza i propri rapporti medici. Infine essa tende ad accrescere l’autonomia dei soggetti, che smettono quindi di essere unicamente degli utenti passivi del servizio per acquisire un maggiore protagonismo e centralità nella gestione del proprio stato di salute.

Ma la funzione “dell’azione sanitaria indiretta” acquista un significato ulteriore poiché attraverso un’interazione fortemente dialogica, il medico mette in condizioni il migrante di capire, e qualche volta di fare propria, la subcultura medica evitando in tal modo il fenomeno della “dispersione sanitaria”. Questo fenomeno è tutt’altro che marginale. Infatti spesso gli operatori dei servizi sanitari non verificano la comprensione delle informazioni in possesso del migrante, il quale fatica a concepire i contenuti di una cultura medica, specialistica e di per sé difficilmente comprensibile. Questa incomprensione delle logiche mediche e di quelle del sistema sanitario aumenta con il peregrinare da un medico ad un altro o da un servizio ad un altro senza capirne i veri motivi. Ciò genera nel migrante frustrazione e rinuncia a continuare le cure fino a giungere all’abbandono dell’idea stessa di cura.³⁰⁹

In ultima analisi, le abilità e le competenze acquisite dal migrante nel rapporto con i servizi sanitari, nonché il grado di autonomia con cui riesce a gestirle, lo tutelano dall’uscita dal circuito istituzionale di cura, cosa che lo esporrebbe seriamente al rischio di cronicizzate stati di malattia e di conseguenza lo espone al rischio di povertà mancando egli, in quanto irregolare, di forme di

308 A. K. Sen definisce i funzionamenti (*functionings*) come “le diverse condizioni di vita che siamo in grado o meno di realizzare” mentre definisce “la capacità (*capabilities*) la nostra abilità a realizzarle” in Sen A. K., *Il tenore di vita. Tra benessere e libertà*, Venezia, Marsilio, 1993, p. 53

309 Allievi S., “Corpi migranti. Culture, religioni, salute e malattia in una società plurale”, in Guizzardi G., *Star bene. Salute, salvezza tra scienza esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Bologna, Il Mulino, 2004 p.308

protezione sociale spettanti agli autoctoni.³¹⁰

Un medico mi spiega ulteriormente che a volte il suo intervento nei riguardi delle strutture sanitarie alle quali ha indirizzato i suoi pazienti è determinante per consentire loro un accesso effettivo alle cure sanitarie

“ Per dirti, io stamattina ho litigato, ho litigato con la medicina nucleare per un esame che avevo prenotato per una persona, per una scintigrafia amiocardica. Mi hanno detto “Ah, tra due o tre settimane E’ passato più di un mese, non mi hanno richiamato. Allora: un’ora per prendere la linea, Al S. Orsola-Malpighi, un’ora per prendere la linea. Poi si passano da una all’altra parte, che non si capisce bene che giri debbano fare. Poi ti pigliano per il culo perché ti dicono “Ma ci vuole un mese”, “Ma è già passato!” “Ah, ma deve chiamare dalle undici e mezza a mezzogiorno”. Allora, io sono italiana, mi incazzo, poi mi presento come medico allora incomincino un attimo a correre un pochino di più e poi finalmente dopo una mezzora sono riuscita a risolvere il problema. Telefona lo straniero, poveretto, cosa fa? Cioè, immedesimati! Come fa, cosa fa, che lo mandano a destra e a sinistra. Delle volte arrivano qua che non hanno fatto niente “Mi hanno mandato qua, mi hanno mandato giù, mi hanno mandato su”. C’è anche menefreghismo, la voglia di non spiegare, cioè se io a te italiano ti dico “Devi andare là, vai lì, chiedi dell’MTS”, Io allo straniero glielo devo scrivere “Devi andare in via Massarenti, portone grande, sali il primo piano, giri a destra, c’è un cartello MTS, aspetti dalle sette e mezza alle...” Glielo devi spiegare, perché lui non può capire come te. Stessa cosa se io vado in un paese straniero e mi dicono “Vai qua, là ecc.” Non ho capito un cazzo. Se uno si mette lì e gli spiega un attimo le cose...” [S3]

Questa intervista descrive l’agire del medico che con decisione si fa carico in prima persona di assicurare un’adeguata cura al paziente. Il tono irruento e il linguaggio colorito utilizzato nel dare un quadro delle difficoltà che i migranti incontrano nell’interagire con le strutture sanitarie pubbliche, denota una netta presa di posizione contro la burocrazia sanitaria incapace di capire le peculiarità dell’utenza straniera. Tali peculiarità il più delle volte non sembrano fondarsi su insormontabili differenze culturali ma solo sull’esigenza di interagire con dei servizi che spieghino chiaramente al migrante le modalità del loro utilizzo.

Per questa ragione il medico di Sokos decide di agire direttamente mettendo in campo la risorsa simbolica della sua appartenenza all’autorità medica come mezzo con il quale monitorare l’effettivo accesso ai percorsi di cura.

Ho definito questa forma di azione come “azione sanitaria diretta”. Essa ha le medesime finalità di

310 Vorrei comunque evidenziare il carattere non deterministico di questo ragionamento. Esso infatti tiene comunque conto dell’importanza di quelle che vengono definite come “reti etniche” e che possono rivelarsi un adeguato supporto sociale offerto dalla comunità di immigrati per permettere al singolo individuo o al suo nucleo familiare di superare i momenti di crisi.

quella indiretta. Tuttavia a differenza di quest'ultima, l'autonomia e lo spazio di azione del migrante vengono ridimensionate e messe in secondo piano, quando non addirittura inglobate dall'agire del medico, che diviene l'attore principale, il custode della salute del migrante.

I medici di Sokos non intervengono direttamente solo nei riguardi delle strutture sanitarie ma interagiscono anche con altri soggetti, per la verità molto meno frequentemente, il cui peso è determinante perché un migrante irregolare possa salvaguardare la propria salute.

Descrivo qui di seguito un evento che dà conto di questa affermazione.

Durante un pomeriggio in ambulatorio mi è capitato di assistere ad una telefonata tra un medico di Sokos e la datrice di lavoro di una donna impiegata nel lavoro di cura con un anziano. Questa telefonata avviene in segreteria dove il medico donna e la paziente arrivano al termine della visita. Il medico parla con la figlia della persona assistita dalla migrante (di nazionalità moldava) perché vuole assicurarsi che la sua paziente possa seguire la cura prescritta, senza che sia la datrice di lavoro a stabilire i tempi della stessa in conformità al lavoro di assistenza che svolge la migrante. Fatto che era già avvenuto in precedenza. La questione è che la paziente soffre di pressione alta ed ha un battito cardiaco accelerato, ragion per cui secondo il medico serve urgentemente un elettrocardiogramma da prenotare presso un ospedale cittadino. Il medico vuole essere certa che la sua paziente ci vada subito (tramite la sua impegnativa "urgente") e non tramite la prenotazione fatta dalla datrice di lavoro, priva del carattere d'urgenza come era già successo un'altra volta. Nella conversazione tra le due il medico di Sokos sottolinea con tono garbato ma deciso che il medico è lei e che le sue prescrizioni vanno eseguite secondo quanto è lei stessa, e non altri, a stabilire.

Concludiamo le nostre osservazioni sostenendo che il ruolo di *gatekeeper* che i medici di base sono tenuti a svolgere in un sistema sanitario fondato su principi universalistici della gratuità delle prestazioni, è svolto dai medici di Sokos in modo non restrittivo tale da consentire un effettivo accesso alle cure sanitarie da parte dei migranti irregolari. L'accesso alle cure sanitarie infatti non è una conclusione necessaria della percezione di un bisogno di aiuto da parte di persone che giudicano non soddisfacenti le proprie condizioni di salute, ma è una tappa di un percorso che si avvia solamente a condizione che si realizzino una serie di circostanze socialmente definite (ad esempio la ricerca e il reperimento di informazioni e la legittimazione ad intraprendere questo percorso di cura) in mancanza delle quali l'incontro tra domanda e offerta di cura manca o diviene insufficiente o incongruente.³¹¹

L'agire diretto o indiretto dei medici di Sokos è di fondamentale importanza perché si colloca nella

311 A. Bruni, R. Fasol, S. Gherardi, *L'accesso ai servizi sanitari, traiettorie, differenze, disuguaglianze*, cit. p. 20

fase di negoziazione dell'accesso ai servizi sanitari tra migranti ed istituzioni sanitarie. Esso mira a fornire informazioni che accrescano il grado di competenza del migrante tali da permettergli di superare le barriere di accesso ai servizi sanitari, poiché conoscere un servizio e sapere come accedervi sono di per sé fattori che proteggono da una possibile discriminazione

Un ulteriore componente dell'interazione tra medici di Sokos e migranti è la dimensione relazionale basata sulla pratica dell'ascolto del paziente e del tempo ad esso dedicato.

La temporalità della visita medica in Sokos è molto dilatata e ciò causa a volte, come abbiamo visto, malumori tra chi aspetta il proprio turno di visita. Il primo motivo all'origine della dilatazione dei tempi dipende dalla accuratezza e dalla precisione con cui i medici visitano i loro pazienti.

Così ci riferiscono due intervistate:

“Sui medici tutti dicono che uno è bravo, uno non è bravo...anche quando aspetti qui, chiacchieri con le persone, parli un po', tutti dicono la loro. Qui ci sono medici bravi di solito. Un medico bravo ti prova la pressione, ti guarda bene. **** è brava perchè ti visita per tanto tempo.” [M4]

O ancora

“Sì, ma anche...non è che i medici hanno tutto questo tempo per starti dietro però qua (ai Sokos) l'ho trovato questo fatto. Magari a volte sono stata io, spesse volte ad essere riservata, che magari non ho voluto parlare tanto e sono stati loro che hanno provato a capire le cose...cosa c'è dietro al mio disturbo.” [M8]

Accuratezza, precisione e disponibilità all'ascolto sono qualità che sembrano essere molto apprezzate dai migranti che utilizzano il servizio. Inoltre i migranti intervistati percepiscono la differenza (quanto a tempo ad essi dedicato) tra Sokos ed altre strutture sanitarie, come ci racconta la seconda intervistata. I migranti ritengono positiva una lunga interazione con il medico quando vengono visitati, poiché si rendono conto che questa ha un peso rilevante nella possibilità di risoluzione del proprio problema di salute. Tutto ciò migliora significativamente la *compliance* tra medico e paziente.

All'allungamento dei tempi di visita dovuto all'operare strettamente medico, si intreccia la prassi dell'ascolto dei racconti di malattia e delle difficoltà quotidiane vissute nell'esperienza migratoria.

Due medici di Sokos ci sintetizzano efficacemente i termini della questione.

“(...) Però come persone che bene o male avrebbero bisogno di più tempo, perché quello che ti arriva lì,

come ti dicevo l'altro giorno con cinquantamila mali, poi tu ti metti lì e cerchi un attimo di andargli sotto, di parlargli e poi ti accorgi che è solamente ansia, paura, hanno bisogno comunque di parlare con qualcuno perché poi loro in definitiva non è che abbiano molte persone qua che gli possano ascoltare, capisci?" [S3]

"Beh, guarda, io riesco poco a farti un discorso su questa tipologia di persone rispetto agli altri. Cioè è un concetto generale, non mi cambia tanto che uno sia della Moldavia o della Nigeria. Cioè il rapporto con la persona è questo. Io capisco che nella diversa cultura delle persone, regolarmente di certe nazionalità si presentano e dicono sempre lo stesso sintomo. Poi invece approfondisci le cose e i problemi possono essere altri. (...)Cioè cogli di ognuno la sua varietà e cerchi di cogliere dove c'è malattia e dove non c'è." [S2]

I medici di Sokos sono consapevoli che la loro pratica medica deve tenere conto dell'ascolto del paziente. Ascoltare il paziente diventa indispensabile per risolvere il suo problema di salute poiché è solo dal suo racconto che il medico riesce a risalire alla genesi dei disturbi che lo affliggono e di conseguenza a trovare il rimedio più adeguato. L'ascolto serve al medico a collocare esattamente i sintomi del paziente all'interno della tassonomia proposta dal sapere biomedico.³¹²

Merita un approfondimento il contenuto della seconda intervista dalla quale emerge chiaramente la propensione dei medici di Sokos ad eliminare nell'interazione con i pazienti stranieri "il dato per scontato culturale". Il paziente straniero non viene quindi preso in carico a partire dalle sue specificità culturali del bisogno di salute di cui è portatore.³¹³ Questo stile di interazione evita il rischio per il medico di instaurare un rapporto con il paziente guastato dalla cosiddetta "Sindrome di Salgari", poiché ogni migrante viene collocato all'interno della propria esperienza biografica dove evidentemente ha un posto di rilievo l'evento migratorio. Ciò consente la comprensione della malattia a livello soggettivo e diventa essenziale per portare a galla la cultura dell'individuo, non astratta e generale ma radicata concretamente in esso e vissuta quotidianamente con tutte le sue contraddizioni, ibridazioni e possibili prese di distanza.³¹⁴

Il primo medico intervistato sottolinea inoltre l'importanza che l'ascoltare il paziente straniero ha non solo per il medico, poiché gli facilita molto la diagnosi, ma anche per lo stesso paziente. I migranti "approfittano" del medico per parlargli, per confidarsi con lui ritenendolo spesso l'unico

312 Pizza G., *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci, 2005

313 Bonciani M., *La salute come diritto di cittadinanza: un approccio socio-antropologico*, in Bracci F., Cardamone G. (a cura di), *Presenze. Migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, cit. p. 155

314 Caputo B., "L'etnicizzazione della malattia in un contesto migratorio: una prospettiva antropologica", in Pasini N, Picozzi M. (a cura di), *Salute e immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Ismu, Franco Angeli, 2005

rappresentante della società dell'accoglienza disposto a dar loro ascolto.

Ciò ci porta a delineare il concetto di “doppia centralità” che contraddistingue il rapporto medico-paziente in Sokos. Per i migranti, il medico riveste un ruolo centrale, poiché è a lui che viene affidata la propria salute.

I contenuti delle interviste riportate sono molto espliciti a riguardo e ci dipingono efficacemente le rappresentazioni che le migranti intervistate hanno dei medici di Sokos.

“(…) mi ha visitato*** e poi una signora con i capelli corti...***, lei mi ha visitato per il ginocchio. E' brava. Io quando vado in ambulatorio con loro, mi sento libera. So che posso dire tutto. Io lo so che mi aiutano. Per esempio con ***, mi sentivo libera, potevo dire proprio cosa mi disturba. [M7]

Mi sono trovata sempre bene, sì. Mi hanno visitato due medici la dottoressa ***e la dottoressa ***. Tutte e due sono state come un' amica: “Come stai, hai bisogno di qualcosa”. C'è un rapporto quasi di amicizia, è tanto dire amicizia...c'è un bel rapporto medico-paziente. Poi loro ti chiedono molto: ti chiedono sempre “Come, stai?” se io o avuto problemi, se sono stanca o non sono riuscita a dormire, lo dico e ho chiesto un po' di consigli e il medico mi ha sempre risposto. [M15]

Il rapporto che lega paziente straniero e medico si regge sulla fiducia che il primo soggetto ripone nel secondo. La fiducia non è solo l'elemento fondante di questa relazione ma è ciò che la rende efficace sia per il medico che per il paziente. Infatti la fiducia nell'interazione medica induce il migrante a sentirsi libero di esporre al medico i suoi problemi di salute, che il più delle volte si intrecciano profondamente in alcuni eventi critici parte dell'esperienza della migrazione. La sensazione di libertà che i migranti provano davanti ai medici di Sokos è tale da diminuire in molti casi le distanze sociali tra i due attori. Tuttavia non mancano delle azioni di deferenza da parte del migrante, come ad esempio far dono al medico di qualche oggetto tipico del proprio paese (è il caso espresso nella successiva intervista) che però sembrano avere il fine di ringraziare il medico per il suo operato più che quello di riconoscere la superiorità del suo ruolo.³¹⁵ Ciò lascia spazio all'instaurarsi di rapporti più profondi che arrivano ad essere simili a rapporti di tipo amicale. Questo mutamento sostanziale nella relazione medico-paziente ha evidenti benefici sotto il profilo della risoluzione dei problemi di salute dei migranti. Infatti, quando il migrante nutre un elevato grado di fiducia verso chi lo sta curando è più propenso ad indagare con lui le cause della sua

315Definiamo con Goffman deferenza “quella componente dell'attività che funziona come strumento simbolico con il quale si esprime regolarmente a una persona il proprio apprezzamento nei suoi confronti o nei confronti di qualcosa di cui questa persona è assunta come simbolo o agente” e contegno “ quell'elemento cerimoniale dell'individuo (...) che serve a comunicare a coloro che sono in sua presenza che egli è una persona che possiede certe qualità desiderabili o indesiderabili”. Goffman E., *Il rituale dell'interazione*, cit. pp. 61, 85

malattia e a trovarne comunemente le soluzioni.

“Io dico sempre così e vado sempre con la dottoressa ****. E' meglio così perché lei già mi conosce e conosce tutta la mia situazione e così. Io mi trovo benissimo per come ha parlato con me ...mi sento libera con lei, se dico qualcosa. Parlo con lei libera: cos'ho, cosa non ho e tutto. E' una persona che ti ascolta perché il dottore ti deve ascoltare sia del male che del bene e io con lei mi trovo benissimo. Ogni tanto parliamo, io adesso le ho detto che vado a casa e le porto un regalino, così...ma forse tra un po' lei va via. Mi dispiace, dico, mi dispiace. Quando lei me lo ha detto, io sono rimasta un po', mi dispiace tanto che lei va via, ho trovato in lei una bella persona, guarda.” [M12]

“(...) poi un bravo medico è quello che, quando io vado da lui, entra nei miei problemi come fossero i suoi. Se dico mi fa male questo qui, lui deve proprio capire le persone. Non solo scrivere le medicine e mandarle a comprare. Deve aiutarti a guarire. Quando parli con il medico e ti aiuta anche moralmente, è già qualcosa.” [M7]

Queste due interviste, direttamente collegate con le due precedenti, ci raccontano invece delle preferenze che i pazienti stranieri esprimono nella scelta del medico. I migranti che hanno instaurato rapporti con il medico, come quelli più sopra descritti, cercano di interagire sempre con il medesimo medico, a costo a volte di dover aspettare più tempo per poter essere visitati o dover addirittura tornare, ammesso che ne abbiano la possibilità, poiché in quel giorno egli non è in servizio. Interagire sempre con il medesimo medico sgrava il migrante dal dover nuovamente fornire una rappresentazione di sé discutendo della propria condizione clinica e di vita. I pazienti reputano importante che il medico sia a conoscenza della loro storia poiché in questa conoscenza comune si trovano evidentemente tutta una serie di rappresentazioni condivise dai due attori sociali.

La scelta del medico avviene, secondo quanto ci dice la seconda intervistata, in base alla sovrapposizione tra aspettative sul suo operato e il suo agire reale. In sintesi il medico deve aiutare la guarigione non solo ad esempio tramite le prescrizioni farmaceutiche. La qualità più importante che deve possedere è capire la persona con cui si rapporta, deve dimostrare una vicinanza con il suo paziente tale da capire i problemi di cui soffre come se fossero i suoi.

Anche per i medici di Sokos il paziente straniero assume un ruolo centrale. Tale centralità si concretizza nella predisposizione a strutturare un rapporto con il paziente che travalica gli aspetti eminentemente medici, giungendo in qualche caso perfino a generare relazioni di amicizia tra i due soggetti. Nei casi in cui il sentimento di amicizia diventa preponderante la stessa relazione si trasforma, e il primo elemento che ci indica tale trasformazione è lo spostamento dell'interazione

dall'ambulatorio ad altri luoghi quali bar e ristoranti. La cornice contestuale diversa da quella dell'ambulatorio consente appunto una tipologia di relazione diversa da quella medica.

“Ti dirò, io sono diventata amica strettissima di una signora rumena che quando è arrivata mi ha raccontato tutta la sua vita, cioè le era appena morto un figlio e dopo inizialmente l’avevo mandata dallo psicologo perché capivo che aveva veramente dei problemi. Ma mi ha raccontato tutta la sua vita. Era talmente aperta...che un italiano non lo fa con il suo medico di base, lo fa con l’analista in terapia. Dopo lei non ha neanche accettato lo psicologo. Veniva qui e si sfogava con me. Siamo diventate amiche, ci vediamo al di fuori dell’ambulatorio...di tutto di più.” [S3]

“Io soprattutto nella fase più assidua di frequentazione dell'ambulatorio, ho instaurato rapporti con un bel po' di persone. Onestamente ti dico che faccio una cosa che in ospedale non faccio mai: dare il mio numero di cellulare o di prendere quello del paziente per sapere come sono andati gli esami perchè non voglio correre il rischio che pazienti importanti si perdano per strada. Con alcuni, sarà forse una forma di discriminazione nei confronti degli altri, si instaura anche una forma di simpatia, di amicizia. E quindi mi è capitato di fare delle medicazioni a casa, di fare delle ricette a casa, anche di vedermi per altro eh, al di fuori del problema medico, una birra, che so.” [S4]

E' evidente che le affermazioni riportate nelle due interviste ai medici di Sokos devono ritenersi valide se applicate ad un ristretto numero di pazienti, se confrontato con la totalità degli utenti del servizio. Le relazioni di amicizia, come esplicitamente ci ricorda il secondo intervistato, non coinvolgono tutti i pazienti ma solo quelli con cui si instaura una reciproca simpatia. Tuttavia la predisposizione a relazioni umane più profonde da parte del medico, diventa un atteggiamento comunemente praticato dal personale di Sokos attraverso azioni come quella di dare il proprio numero di telefono cellulare ai pazienti, andare a casa loro per medicazioni o altre prestazioni mediche, dimostrando così un elevato grado di disponibilità nei loro confronti.

E' doveroso precisare inoltre che le relazioni di fiducia ed amicizia reciproca si costruiscono preferibilmente attorno all'asse dell'appartenenza di genere. E' di gran lunga più facile che si sviluppino rapporti di amicizia tra un medico donna e una sua paziente o tra un medico e un paziente uomo mentre la dimensione della fiducia, forse perché più legata alle competenze di ordine medico, appare più trasversale rispetto al genere a cui si appartiene.

5.4 Rotture e ricomposizioni nell'interazione medica.

Passiamo ora ad esaminare l'insieme di elementi che, con intensità e sfumature diverse, rientrano in quella parte dell'interazione medica che precedentemente abbiamo definito come “negoziazione”. La quasi totalità degli elementi individuati rappresentano altrettante criticità attraverso le quali si dispiega il rapporto tra medico e paziente.

La prima area di criticità è rappresentata dalla comprensione linguistica. Sono soprattutto i medici a denotare le difficoltà nell'interazione verbale con i pazienti.

“A volte, non ti nascondo che fai un po' di fatica, nei giorni in cui sei oberato dal lavoro, a capire bene quali sono i sintomi, come si è presentato il problema di salute, se c'era stato altre volte. C'è da dire che questo è influenzato anche dalla lingua e in questo siamo noi che siamo ignoranti... io stesso con l'inglese me la cavicchio ma potrei fare di più; quindi sarebbe importante che anche noi avessimo più dimestichezza con le lingue straniere. C'è soprattutto un'incomprensione a livello linguistico poi comunque con un linguaggio non verbale forse si arriva a capirsi, eh! O si trova qualcuno in ambulatorio che ti possa fare da interprete. Non ti nascondo che a volte bisogna essere abbastanza precisi e per certi versi questa incomprensione linguistica può essere uno scoglio.” [S4]

“La maggior parte delle persone, o si fa capire, o vengono con l'interprete. La difficoltà più grande ce l'ho con i pakistani. Perché quando parlano tra loro si dicono cento mila parole ma quando ti devono dire il sintomo, ti dicono due cose basta e tu non capisci mai perché questa difficoltà. Però bisogna andare al di là di questo perché altrimenti non capisci, devi insistere. A volte devi essere anche brusco, sennò non arrivi a capire” [S2]

E' evidente che per il medico l'incomprensione linguistica diventa un impedimento alla comprensione dei sintomi sofferti dal paziente e di conseguenza alla diagnosi della sua malattia. Spesso l'incomprensione a livello linguistico è dovuta in primo luogo alla scarsa conoscenza della lingua italiana. Esiste poi anche un problema di natura semantica poiché a volte nella definizione di alcune parti del corpo o di uno stato di malessere non si riscontra una sovrapposizione completa dei significati semantici delle parole nelle varie lingue.³¹⁶ I medici di Sokos sono consapevoli dell'importanza fondamentale rivestita da una corretta comprensione linguistica e ricorrono quindi anche a forme di comunicazione che impiegano il linguaggio non verbale oppure, quando ve ne è la

316 E' il caso ad esempio della parola “rene” che in lingua somala indica una parte del corpo diversa di quella definita nella lingua italiana. Riguardo ai livelli di incomprensione medico-paziente si veda: Mazzetti M., *Livelli di incomprensione medico-paziente straniero*, in Pasini N., Picozzi M. (a cura di), *Salute e immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, cit. p. 78

possibilità, si avvalgono della traduzione di un interprete.³¹⁷ Riteniamo opportuno sottolineare anche che i medici stessi adottano un atteggiamento di apertura nei riguardi dei migranti poiché non pretendono che questi ultimi si esprimano unicamente in lingua italiana ma, in relazione alla conoscenza che loro stessi hanno di altre lingue straniere, permettono al migrante di esprimersi nella lingua di cui ha una migliore padronanza. Lo scoglio dell'incomprensione linguistica deve essere necessariamente superato affinché l'interazione medica possa effettivamente realizzarsi a costo di forzare il migrante ad esprimere nel modo più chiaro possibile i propri sintomi. Il secondo medico intervistato ci informa anche che le difficoltà di incomprensione maggiori si riscontrano in particolare con alcuni gruppi nazionali, nello specifico con i migranti provenienti dal Pakistan. I medici non hanno fornito una loro interpretazione sul perché di tale differenza tra le diverse nazionalità che utilizzano l'ambulatorio. Chi scrive ritiene che questa differenza sia dovuta, almeno in parte dal grado di vicinanza linguistica che le varie lingue dei migranti hanno con quella italiana (Il moldavo o il rumeno ad esempio hanno indubbiamente maggiori affinità grammaticali, specie lessicali, con l'italiano di quante ne abbiano la lingue degli immigrati provenienti dalla penisola indiana). Tuttavia le distanze linguistiche non sono di per sé sufficienti a spiegare differenze di capacità di espressione così marcate. Su di esse influiscono fortemente anche le condizioni di vita e lavoro che ciascun migrante vive nella sua esperienza migratoria alle quali si devono aggiungere i rapporti che egli intrattiene con la sua comunità di appartenenza, il grado di autonomia che gode da essa e le possibilità o la volontà di relazioni sociali con gli autoctoni.³¹⁸

I migranti che intervistati hanno dato meno risalto nei loro resoconti alla questione dell'incomprensione linguistica con i medici di Sokos.

“Io non parlo italiano molto bene, quindi è un po’ difficile però non ho avuto problemi importanti. Una volta in questo posto ho anche trovato una dottoressa che mi ha detto “Che lingua parli, hai un’altra lingua?” e io ho detto “Francese”. “Allora, parla francese con me”. E’ stato normale, come parlare a mio padre, mia madre, mia sorella. E’ stato meglio per me parlare in francese. La prima volta che sono venuto qui dal dottore ho portato con me un mio amico che sa bene la lingua italiana. Ha fatto da traduttore in segreteria dove ti chiedono “Da dove vieni”. Poi quando sono andato giù (*in ambulatorio*) ho avuto un problema con la dottoressa nel dirgli che avevo male allo stomaco e alla spalla, allora è venuto con me dalla dottoressa anche il mio amico. Ho detto alla dottoressa “Ho un mio amico per la traduzione” e lei ha detto “Va bene, non c’è problema”. Solo quella volta, adesso faccio da solo.” [M1]

317 E' opportuno precisare come la segreteria di Sokos disponga di una serie di numeri telefonici di persone di fiducia, solitamente essi stessi pazienti dell'ambulatorio, che possono essere contattati per esigenze di traduzione.

318 Per rimanere nel caso sopra descritto, ci riferiamo ad esempio a casi di migranti pakistani, impiegati in lavori presso imprese gestite da connazionali come quelle del commercio al dettaglio nel centro della città di Bologna e che vivono la maggior parte delle proprie relazioni sociali all'interno della propria comunità nazionale.

Questo racconto è emblematico poiché il punto di vista che esprime, quello del paziente straniero che si rapporta al medico di Sokos, è esattamente speculare a quello del personale medico. Al suo interno infatti si ritrovano alcuni elementi comuni. Primo fra tutti la disponibilità dei medici a mettere da parte l'etnocentrismo linguistico, ossia la pretesa che i migranti parlino del loro stato di salute unicamente in lingua italiana. Dal racconto del migrante traspare evidentemente il senso di tranquillità insito nella sua relazione con il medico, poiché egli ha l'opportunità di esprimere i suoi sentimenti, di raccontare la sua malattia e tutto ciò che ad essa è collegato con le parole di una lingua che gli è familiare. In questo modo il paziente straniero percepisce il suo rapporto con il medico come più spostato verso un piano paritario, riscoprendo una sorta di spontaneità e naturalezza dell'interazione verbale, visto che almeno le difficoltà linguistiche non lo costringono a rimarcare continuamente la sua "inadeguatezza" ad esprimersi secondo criteri previsti dalla cornice che definisce l'interazione medica. Inoltre il migrante ci riferisce della sua strategia usata per interagire con l'intera organizzazione medica (che è quella più frequentemente utilizzata anche dagli altri pazienti): l'utilizzo di un traduttore. Servirsi di un conoscente connazionale che possiede abilità linguistiche superiori alle proprie sembra essere una delle chiavi più utilizzate per risolvere i problemi di incomprensione linguistica. La funzione dell'interprete è valutata positivamente sia dal migrante che dal medico che lo ha in cura. L'interprete risparmia ai due attori un grande dispendio di energie, infonde sicurezza al paziente e permette al medico una migliore diagnosi poiché vengono limitati i fraintendimenti causati dalle incomprensioni linguistiche.³¹⁹ Il ricorso a questa pratica è solitamente limitato nel tempo e cessa quando il migrante acquisisce le abilità linguistiche sufficienti a gestire autonomamente e in maniera soddisfacente l'interazione con il medico.

Se le criticità di tipo linguistico sono rilevate sia dai medici che dai migranti, altre criticità vengono menzionate esclusivamente dal personale medico mentre le stesse non compaiono nei resoconti dei migranti intervistati i quali, nel parlare del loro rapporto con i medici, riferiscono esclusivamente dell'elevato grado di competenza e di professionalità caratterizzanti l'operare medico.

La discrasia di rappresentazioni che si riscontra nei racconti di medici e pazienti è tanto più evidente se si esaminano i loro contenuti, tra loro strettamente connessi: la percezione distorta dei sintomi e la conseguente definizione distorta della malattia, la richiesta eccessiva di cure, l'uso disinvolto dei farmaci e in generale delle cure prescritte.

Per ciascuno dei nodi tematici individuati, riporto qui di seguito i brani delle interviste ai medici di

³¹⁹ Gli stessi medici non mancano di sottolineare tuttavia quello che sembra essere il *deficit* principale della presenza di un traduttore nel corso della visita medica: la mancanza di *privacy*. Essa determina inoltre l'eventuale controllo sulle rappresentazioni della propria malattia fornite dal paziente, le quali si vedono sottoposte ad un doppio controllo: quello del sapere medico e quello delle norme sociali della cultura di origine.

Sokos che ho individuato essere i più efficaci a descriverli.

“Ah, i modi di espressione ti fanno morire. Ti fanno morire perché allora in generale hanno tutti male al cuore, tutti. “Ho male qua” perché chiaramente non sanno identificare l’ansia da un dolore o dalla fibromialgia o da altre cose. Per cui ti dicono “ho male al cuore”. Ecco, stanno già morendo. Hanno già tutti una cardiopatia, sono tutti malati di cuore. Per cui tu riesci già a capire le loro espressioni. Quindi “Ho male al cuore” lo puoi collegare all’ansia, alla paura, alla solitudine, perché dopo ci vai sotto e questo male al cuore non è altro che ansia, solitudine, nostalgia per i figli lontani, cioè si mettono a piangere. Ma veramente sono convinti di essere malati di cuore. Sono convinti.” [S3]

“Molti invece arrivano, specialmente le donne badanti, moldave ecc. , arrivano e ti dicono “io voglio fare una tac al cervello” allora tu chiedi il perché “perché c’ho mal di testa”. Oppure, “io voglio fare una visita qui” cioè arrivano già con un loro modo di...poi approfondisci ed il problema è tutto un altro.(...) Arrivano e ti dicono: “io voglio fare una Tac celebrale” allora tu dici “perché?” Salta fuori che c’è tutto un altro problema. Capito? Forse non si rendono conto nemmeno loro di quello che chiedono. Allora, se riesci a parlarci, bene. Poi con quelli che non riesci a parlarci gli dici le cose di cui hanno veramente bisogno.” [S2]

“(…) E loro sono abituati ad usare il farmaco, anche per questione di costo, al bisogno. Ma in determinate patologie tu non puoi usare il farmaco al bisogno. Ci deve essere una cura continuativa. E questo è un pochino duro farglielo accettare. Per cui c’è quella che lo accetta, dopo un po’ e ok, e quella invece che arriva qua, gli provi la pressione e c’ha la pressione a mille e dice “Ah, ma io l’ho presa due, tre giorni perché avevo mal di testa ero convinta che fosse la pressione alta e dopo non l’ho più preso”. Però non si può. Se il medico ti dà una terapia, tu la devi seguire a vita.(…) Cioè lì gli devi stare molto dietro, io ho riscontrato questo. Gli devi stare molto dietro per fargli capire questo tipo di educazione alla farmacologia.”[S3]

Queste interviste ci danno conto dell'impatto che i migranti hanno con i medici di Sokos il quale è molto burrascoso, rigido e sembra non avere altro modo di procedere se non la via del conflitto tra due definizioni contrapposte di malattia e di cura.

La prima intervista ci parla di una forte differenza tra la malattia così come viene percepita e definita dal paziente (*illness*), e la malattia definita dal medico in base ai criteri stabiliti dalla scienza biomedica (*disease*).³²⁰ Il vantaggio di tale distinzione sta nel poter scomporre la

320 Oltre ai termini di *illness* e *disease* le antropologie di lingua inglese hanno distinto un ulteriore piano di significato della malattia utilizzando il termine *sickness* che sta ad indicare il significato sociale dello star male, ossia il ruolo del malato riconosciuto socialmente come tale. Per un approfondimento su questi concetti si guardi: Pizza G., *Antropologia medica*.cit. pp. 75-103

dimensione della malattia e di evidenziarne in maniera più chiara la diversa varietà dei piani di significato e di azione sociale a cui rimanda il concetto di malattia. Nel nostro caso è evidente come l'esperienza soggettiva del malessere, il vissuto del disagio così come è percepito dal soggetto sofferente, che si esprime con la definizione “Ho male al cuore”, sia talmente interiorizzato e riempito di senso che i pazienti lo considerano sostanzialmente vero e agiscono di conseguenza richiedendo esami o cure specifiche per risolverlo. Il medico che conosce la malattia secondo la definizione biomedica, la individua e la classifica come un'alterazione dell'organismo etichettandola, secondo la conoscenza stabilita dal sapere medico occidentale, in base ai segni e sintomi interpretati da un punto di vista esterno a quello del sofferente. E' evidente che stante il carattere distinto di *illness* e *disease*, esse possono darsi indipendentemente l'una dall'altra (ci si può sentire benissimo nonostante la diagnosi di una malattia, oppure ci si può sentire male in assenza di malattia). Per questo motivo la definizione di malattia del medico diverge nel nostro caso da quella del malato. Tuttavia, tale divergenza di definizione non si costruisce sull'assenza o sulla presenza di fatto della patologia quanto su una profonda differenza nella definizione dei sintomi e nelle spiegazioni del loro significato. Il paziente straniero percepisce un dolore al petto e lo definisce genericamente come un dolore al cuore poiché è incapace, secondo il punto di vista del medico, di dargli una giusta collocazione in base ai criteri stabiliti dal sapere biomedico.

La seconda intervista ci parla invece della richiesta di cure da parte dei migranti che i medici considerano eccessiva. Il personale medico sottolinea infatti che la corrispondenza tra un sintomo come un mal di testa e la richiesta di una tac al cervello sia, dal suo punto di vista, priva di logica e irrazionale. I medici motivano le loro ragioni dimostrando come i sintomi descritti dai pazienti nascondano in realtà tutt'altre problematiche. Le motivazioni che, stando al parere dei medici di Sokos, stanno alla base del fenomeno della richiesta eccessiva di cure e di “esagerazione” dei sintomi si possono rintracciare in tre ordini di motivi tra loro strettamente intrecciati.³²¹ Il primo motivo viene individuato nell'apertura in Italia di possibilità di cura che i migranti si vedono negati nel proprio paese. Ciò li spinge ad avere nei confronti della medicina praticata nel paese di immigrazione, un atteggiamento positivo di adesione così intenso che tende a volte a caricarla addirittura di aspettative salvifiche. La seconda motivazione giudica l'amplificazione dei propri sintomi o la richiesta di esami come un modo per frenare la paura, denunciata sovente dai migranti, di ammalarsi o di morire in un paese straniero e soprattutto in una condizione di invisibilità dovuta alla propria posizione di irregolarità amministrativa. Infine la richiesta di cure eccessive è letta dai medici anche in relazione ai contatti che i migranti intrattengono con il paese di

321 Queste motivazioni mi sono state riferite più volte nel corso di conversazioni informali con i medici e anche nelle interviste che gli stessi medici mi hanno rilasciato. Ho ritenuto opportuno, per motivi di spazio, evitare di riportare i brani delle interviste spiegandone esclusivamente il contenuto.

origine. Sarebbero gli stessi familiari rimasti in patria, infatti, a spingere il migrante a tutelare la propria salute richiedendo al medico determinate tipologie di esami. Questo fatto, in base a quanto detto nel primo capitolo sui significati e le implicazioni della migrazione, non ci dovrebbe più di tanto stupire. Infatti agli ovvi sentimenti di preoccupazione per la salute di un familiare o di un amico lontano, si aggiunge la volontà di salvaguardare l'integrità del progetto migratorio del proprio familiare, con tutto il carico di aspettative e di vantaggi che questo progetto spesso ha per la famiglia di origine.³²²

La terza intervistata menziona un problema che riteniamo possa essere definito di tipo più propriamente culturale. Il medico evidenzia il profilarsi di una differenza molto marcata in termini di cultura sanitaria di appartenenza, intendendo la cultura sanitaria come “la modalità con cui una società informa i suoi membri del come star bene e del come comportarsi dinanzi alla malattia”³²³

La diversità di culture sanitarie tra medico e paziente straniero si percepisce chiaramente nell'uso disinvolto dei farmaci.³²⁴ Il modo di utilizzo dei farmaci “al bisogno” anziché secondo le modalità stabilite dalla prescrizione del medico, viene fatto risalire al particolare rapporto tra i migranti e i sistemi sanitari dei loro paesi di origine che forniscono le prestazioni mediche unicamente a pagamento. Se i farmaci e gli interventi medici costano, è chiaro che si forma una logica di utilizzo per la quale il farmaco viene assunto solamente finché vi è il sintomo ed è sospeso non appena questo scompare. Questa logica si scontra con quella strettamente medica che prevede per determinate patologie l'assunzione di farmaci anche in assenza di sintomi, pena l'aggravarsi delle condizioni di salute del paziente. E' proprio questo pericolo che spinge i medici di Sokos a intraprendere con i singoli pazienti che vengono visitati in ambulatorio un percorso di educazione sanitaria, la quale, se assumiamo il punto di vista dei migranti, si declina come la spinta verso l'adattamento da parte della cultura di importazione.

Le ragioni fin qui viste che tentano di spiegare, dal punto di vista medico, l'uso irrazionale della medicina da parte dei migranti sono da ritenersi certamente valide anche se a parere di chi scrive insufficienti a dar conto della complessità che sottende il rapporto tra migrante e medico, specie nei suoi aspetti più conflittuali. La pista interpretativa che intendiamo percorrere quindi è quella proposta da Abdelmalek Sayad il quale sostiene come l'uso della medicina da parte del migrante, etichettato come irrazionale dagli appartenenti alle istituzioni mediche, sia in realtà finalizzato a

322 Di queste tre motivazioni daranno conto gli stessi migranti nella descrizione della loro esperienza di malattia in Italia. Paragrafo 5.3

323 Bianchi S., “La salute errante. Uno sguardo interdisciplinare”, in Pasini N., Picozzi M. (a cura di), *Salute e immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Ismu, Franco Angeli, 2005 p. 134

324 L'uso “disinvolto” dei farmaci ci è stato descritto anche da un altro medico. Egli si riferiva alla pratica di passare i propri farmaci a amici e connazionali che presentano sintomi simili ai propri, senza aver avuto un parere medico. Questo fenomeno è stato descritto anche in altri lavori. A Riguardo: Mazzetti M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*, Torino, L'Harmattan Italia, 1996

risolvere una controversia sociale. Questa controversia oppone il migrante non tanto all'istituzione medica in quanto tale ma in quanto espressione dell'intera società di immigrazione.

Per prima cosa dobbiamo riconoscere il valore che il migrante attribuisce al proprio corpo. Esso è uno strumento fondamentale poiché è al contempo l'oggetto della rappresentazione di sé, espressione della malattia e uno strumento di lavoro, indubbiamente il più importante perché l'immigrato esiste anche ai suoi stessi occhi, oltre che a quelli della società di immigrazione, unicamente attraverso il lavoro. In questo contesto la malattia o anche solo il rischio di ammalarsi incidono negativamente non solo sulla salute in sé ma più profondamente sulla stessa identità dell'immigrato, fino addirittura a negarlo in quanto tale. Come scrive Sayad “ poiché l'immigrato non ha senso ai propri occhi e agli occhi del proprio entourage, e al limite esiste solo attraverso il lavoro, la malattia in sé, ma forse ancora di più il vuoto che essa comporta, può soltanto essere vissuta come la negazione dell'immigrato (...) soprattutto quando esclude l'idea stessa di poter ancora lavorare.”³²⁵La malattia che colpisce l'immigrato provoca un crollo dell'equilibrio che lo sosteneva, fondato sul suo essere un immigrato in quanto abile al lavoro, l'unica ragione che ne giustifica la presenza e che gli permette di rimanere in una comunità diversa da quella originaria.³²⁶ Di conseguenza quando si rivolge all'istituzione medica, l'immigrato si aspetta da essa e dalla guarigione che la scienza biomedica promette la restituzione “quasi magica”, ci dice ancora Sayad, della propria identità e dell'equilibrio scomparso con la malattia. Il suo atteggiamento di rivendicazione della malattia diventa così fermo che egli rivendica l'esigenza di essere curato fino alla sparizione della malattia tanto da insediarsi in essa. La malattia “(...) non può sparire fino a quando l'immigrato non ne ha più bisogno, fino a quando non trova una soluzione al proprio malessere e alle proprie contraddizioni, tutte cose che rivelano o acutizzano la malattia”³²⁷

Il corpo del migrante diventa quindi il luogo sul quale si gioca la definizione dell'identità individuale e del ruolo sociale del migrante stesso. Il corpo infatti può essere definito anche come un testo che parla diversamente a seconda delle culture e delle relazioni in atto. Per comprenderlo “occorre preliminarmente capire chi lo scrive e chi lo legge: i segni, in altri termini, significano non di per se stessi, ma in relazione al rapporto sociale che lega chi li produce e chi li interpreta”.³²⁸Se definiamo il corpo come un testo, possiamo anche definire la malattia una forma di comunicazione. E' in questa definizione che trovano senso le richieste “eccessive” di cura formulate dai migranti ai

325 Sayad A., *La doppia assenza*. cit. p.242

326 Questo ragionamento, che a prima vista può sembrare esclusivamente frutto di un processo di astrazione, attinge invece largamente dalla realtà sociale. Si pensi ad esempio al legame inscindibile tra contratto di lavoro e permesso di soggiorno, uno degli elementi fondanti delle politiche dell'immigrazione italiane.

327 Sayad A., *La doppia assenza*. cit p. 245

328 Stella R., “Il corpo come testo”, in Bucchi M., Neresini F., *Sociologia della salute*, Roma, Carocci, 2001 pp. 265-291

medici di Sokos, come anche le modalità l'espressione dei propri sintomi, "amplificati" fino a renderli assolutamente gravi. Attraverso di esse il migrante cerca di influenzare la valutazione del medico in quanto è esclusivamente la sua parola che certifica lo stato di malattia dell'individuo trasformandolo da malato in paziente rendendo la sua malattia non più una questione meramente individuale ma sociale. La malattia del migrante acquista a questo punto anche la dimensione di *sickness*³²⁹, ossia la percezione della malattia da parte dell'ambiente non medico che circonda il soggetto. Attraverso il medico, l'unico rappresentante "istituzionale" della società di immigrazione disposto ad ascoltarlo, il migrante irregolare cerca un riconoscimento sociale della sua malattia e poiché questa si rivela intimamente connessa alla sua esperienza migratoria, anche della sua identità di migrante, della sua specificità individuale. Da ultimo essere riconosciuti dalla società di immigrazione come malati e quindi legittimi destinatari del diritto alle cure sanitarie, significa uscire dallo stato di invisibilità a cui la stessa società costringe i migranti per mezzo del suo apparato normativo.

Gli elementi di criticità appena descritti segnano altrettante rotture nell'interazione tra paziente e medico. Essa diviene più simile ad un conflitto tra due parti che nell'assolutizzazione delle loro appartenenze culturali, non riescono a superare la loro contrapposizione. Tuttavia, nel corso dell'osservazione partecipante si è notato che questa fase di rottura e contrapposizione che, se non risolta, rischierebbe di prostrarre il problema di salute del migrante, spingendolo addirittura ad "insediarsi" nella sua malattia, viene superata. L'interazione medica subisce infatti un processo di ricomposizione che sostituisce i tratti conflittuali dell'interazione con quelli negoziali. Quali sono i perni attorno ai quali ruota la negoziazione nella relazione medico-paziente in Sokos? Essi sono sostanzialmente due: la possibilità data al migrante di aprirsi uno spazio narrativo e l'aspetto fortemente individuale dell'interazione stessa. Sono gli stessi migranti ad esplicitarci i caratteri della loro relazione con i medici di Sokos.

"(..) loro ti chiedono proprio di tutto. Per esempio, parlando di ***, che lei mi ha fatto diverse visite. Lei mi chiede di tutto, lei mi tratta proprio come una persona. Io ho cominciato a dire quello che c'ho e lei mi ha detto "Sei troppo depressa, si vede" o cose così. Quindi non le parli solo del ginocchio, di questa cosa qua... Vuole capire da dove viene questo dolore e tutto il resto. Per dire, il ginocchio. Lei mi ha fatto dire le cose di quando ero bambina, non parlare proprio di quello che c'è adesso. Ma del passato. Perché tutte le cose che abbiamo, vengono dal passato, secondo me." [M7]

"Per esempio, una volta sono entrato qua e un dottore mi ha chiesto " Quanto tempo sei stato in Spagna?"

329 Morrone A., Mereu F., "La nuova realtà dell'immigrazione: dal singolo alla famiglia. Dinamiche familiari e aspetti socio-sanitari" in Andolfi M. (a cura di), *La Mediazione Culturale tra l'estraneo e il familiare*, Milano, Angeli, 2003

ho detto “Un anno e qualcosa” e ha detto “Tu non sei tranquillo, il tuo cervello ha molto stress, l’importante è che tu ti riposi”. Ma io ho risposto “Non sono tranquillo, perché una volta non dormo, un’altra volta non c’è lavoro” lui ha detto “L’importante è che ti riposi”. Poi mi ha provato la pressione che è molto alta, per questo mi ha chiesto “Cosa fai, per quanto tempo, che lavoro faccio...” “Una volta sono venuto qui con il male alla schiena e mi ha detto “Che lavoro fai?” “Io faccio facchinaggio, lavoro con dei pacchi pesanti”. Mi ha chiesto perché mi faceva mala la schiena e io gli ho dato la risposta.” [M1]

“Sì, glielo ho spiegato, gli dicevo le cose che mi sembrano normali per esempio “ non trovo lavoro”, ma questa cosa qua per me è normale, perché non succede solo ad uno straniero, succede anche ad un italiano di non trovare lavoro. E quindi io pensavo che questa cosa è normale. Invece il medico... “No, non è così” mi ha detto. “Certo è una cosa che succede, però è una cosa che ti dà dei disturbi perché alcune persone la percepiscono in modi diversi, magari un italiano ha la famiglia...certo magari dà fastidio, non si sente bene, ha dei problemi, però tu essendo per esempio che vivi da sola, questo ti dà un disturbo fisico perché lo percepisci in modo più importante insomma, gli dai più importanza”. [M8]

Ciascuno dei migranti intervistati evidenzia molto bene l'importanza della creazione di uno spazio narrativo e dei vantaggi che questo gli procura in termini di una risoluzione positiva della sua relazione con il medico e il più delle volte anche del suo stato di malattia.

Lo spazio narrativo che il medico di Sokos mette a disposizione del migrante è di estrema utilità prima di tutto sotto il profilo terapeutico. La narrazione infatti non ha solo lo scopo di descrivere la sofferenza, ma anche di raffigurarne le origini, rappresentando in tal modo una soluzione alla situazione di crisi in cui si trova il paziente. E' nella narrazione che si situa anche il processo di simbolizzazione, uno degli obiettivi centrali nel processo di guarigione, che consiste nel trovare un'immagine attraverso cui possa prendere forma la narrazione. Il processo narrativo diventa importante alla luce di una concezione della malattia che la considera non solo come un avvenimento che interessa il corpo, ma che si situa anche nel tempo, in un luogo, nella biografia individuale, nel contesto dell'esperienza vissuta e nel mondo sociale. E' per questo che “le narrazioni sono centrali per capire l'esperienza della malattia e per collocare il dolore in relazione ad altri eventi ed esperienze esistenziali”³³⁰

Inoltre, nello spazio narrativo messo a disposizione del migrante, il medico si mette in una posizione di ascolto e cerca di capire il linguaggio della sofferenza e del dolore del paziente interpretandone da osservatore privilegiato i sintomi, ovviamente secondo il proprio schema interpretativo basato sugli assunti biomedici.³³¹ Tuttavia la propensione all'ascolto da parte del

330 Good B. J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità, 1999 p. 204.

331 Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura*. cit. p. 204

medico diventa essenziale perché concede al migrante il tempo per descrivere la sua malattia non solo come un evento meramente corporeo e di servirsi a questo scopo di un lessico che chiama in causa altre dimensioni della sua quotidianità.³³² Il migrante giunge in tal modo a parlare con il medico anche del suo disagio quotidiano, delle contraddizioni insite nella sua condizione di immigrato ed emigrato e dei travagli che segnano così nel profondo la sua “doppia assenza”, ovvero il suo esistere solo per difetto nella comunità di origine e per eccesso nella società che lo riceve. Il migrante sente così di essere riconosciuto dal medico, che a questo punto per lui raffigura il punto più aperto della società dove è immigrato, non solo come malato ma anche come un individuo la cui biografia è stata fortemente mutata dall'esperienza della migrazione. La malattia di conseguenza cessa di apparire come un evento traumatico sconvolgente e di essere assolutizzata fino al punto di inglobare in se stessa il migrante. Piuttosto la condizione di malattia diviene, se considerata secondo una rete di significati personali, sociali e culturali, la cosiddetta *semantic illness network*,³³³ una specie di incidente di percorso accaduto nel corso dell'esperienza migratoria e in quanto tale risolvibile tramite l'aiuto medico. L'opportunità di apertura di un discorso narrativo permette quindi di tenere insieme la componente interpretativa (la comprensione dei significati) e quella esplicativa (la ricerca delle cause).

Il carattere individuale della negoziazione tra pazienti stranieri e medici di Sokos si denota ancora più chiaramente da quanto ci racconta questo medico di Sokos.

“(…)poi ti dirò, non so se faccio bene, ma un po' vado a senso: persona per persona. Quindi non ragiono per schemi precostituiti. Mi baso sulla persona che ho davanti, che mi trasmette determinate sensazioni e quindi automaticamente capisco come posso agire perché magari c'è la persona che ha bisogno che tu sminuisca immediatamente questo suo disturbo, per essere tranquillizzata con una battuta. Però in ogni caso di fondo tu devi degnare di attenzione queste persone perché sono persone che comunque, se si sono presentate da te, hanno un disagio quindi bisogna visitarle per bene, raccogliere l'anamnesi e nella maggior parte dei casi arrivarci pian piano a ridimensionare il problema.” [S4]

Questa intervista ci mostra che il paziente straniero e il medico di Sokos sono coinvolti in una relazione di scambio interpretativo. In questa relazione il migrante è certamente considerato come un individuo appartenente ad una cultura differente dalla propria. Come scrive Sayad infatti “Immigrare è immigrare con la propria storia (...), con le proprie tradizioni, i propri modi di vivere,

332 Come individua acutamente Sayad il linguaggio medico riproducendo la contrapposizione tra corpo (inferiore) e mente (superiore), traduce la verità oggettiva della condizione di immigrato: egli non è altro che corpo.

L'importanza del corpo si traduce nell'utilizzo di quello che viene definito “linguaggio del corpo”, l'unico tipo di linguaggio che l'immigrato sembra essere in grado di usare. Un linguaggio inferiore quindi, che legittima l'inferiorizzazione dell'immigrato stesso. Sayad A., *La doppia assenza*, cit pp. 239-285

333Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura*. cit. p. 181

di sentire, di agire e di pensare, con la propria lingua, la propria religione così come con tutte le strutture sociali, politiche e mentali della propria società, poiché le prime non sono l'incorporazione delle seconde, in breve della propria cultura.”³³⁴ Tuttavia i medici di Sokos non si rapportano con i propri pazienti stranieri secondo una prospettiva *ethnic sensivity*, cioè di una prospettiva che tenga conto esclusivamente dei sistemi culturali di provenienza dei migranti.³³⁵ Sono consapevoli infatti che l'incontro con un paziente straniero sia prima di tutto l'incontro non con una cultura ma con una persona e che “il paziente non è un'identità rigida ma una “storia di vita”, che sta affrontando un processo di transculturazione nel quale la gestione e la metabolizzazione dei cambiamenti avviene in modo lento.”³³⁶ La variabile culturale non risulta quindi essere l'unica chiave interpretativa poiché come scrive Annamaria Rivera “senza negare l'importanza dei contesti culturali, che indubbiamente modellano la percezione di sé, le abitudini e la memoria, è corretto dire che gli individui, all'interno di questo o quel contesto culturale determinato, sono in grado di compiere, e di fatto compiono, delle scelte, sono dunque attori di processi di identificazione”.³³⁷ I medici di Sokos quindi, fanno propria un'interpretazione “allargata” della malattia che, oltre a tener conto della differenza culturale, pone l'accento sulla condizione migratoria in cui sono inclusi i fattori socioeconomici e i fenomeni di tipo strutturale implicati nella riproduzione delle relazioni di dominazione e delle condizioni di svantaggio sociale.³³⁸ Questa interpretazione mette in crisi il “dato per scontato” culturale permettendo ad entrambi i soggetti coinvolti nell'interazione di ottenere dei vantaggi.

Infatti il migrante cessa di essere considerato dal medico soltanto come “l'altro”, portatore di una specificità culturale talvolta irriducibile dalla quale non può smarcarsi. D'altra parte il medico, attraverso l'instaurazione di una relazione con il paziente straniero che mette in luce la quotidianità dell'esperienza migratoria la quale chiama in causa diverse dimensioni tra loro intrecciate, supera un rapporto con il paziente schiacciato sulla dimensione della diversità culturale poiché lo arricchisce di diversi aspetti aumentandone così la complessità. L'adozione di questa prospettiva relazionale consente al medico, in ultima analisi, un miglioramento della capacità di risoluzione del problema di salute del paziente immigrato.

334 Sayad A., *La doppia assenza*, cit.

335 Good B., *Narrare la malattia*. Cit.

336 Mazzetti M., *Livelli di incomprensione medico-paziente straniero*, in in N. Pasini, M. Picozzi (a cura di), *Salute e immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, cit. p. 83

337 Gallissot R., Kilani M., Rivera A., *L'imbroglione etnico*, Bari, Dedalo, 2001, p. 96

338 Siamo consapevoli che anche questa prospettiva, quando ipotizza i fattori socioeconomici come l'unica causa della malattia del migrante rischia di trasformarlo in una sorta di *passive victim*. Per questo motivo è passibile di numerose critiche al pari della prospettiva culturalista.

CONCLUSIONE

Lo scopo di quest'ultimo paragrafo è quello di disegnare un quadro complessivo formato dalle principali rilevanze empiriche emerse dal lavoro di ricerca.

Per prima cosa diamo conto delle rappresentazioni che accompagnano l'esperienza della malattia vissuta dai migranti sia nel paese di origine che in quello di emigrazione, cercando di coglierne le differenze più rilevanti. Per i migranti intervistati, la malattia nel paese di origine coincide, in maniera quasi del tutto esclusiva, con un evento traumatico che rompe una situazione di “equilibrio di salute”, il quale viene solitamente ristabilito dopo un periodo di cura presso una struttura sanitaria. Inoltre la malattia ha la caratteristica di essere “socializzata” di norma all'interno delle reti sociali primarie (famiglia e vicinato), dentro le quali trova supporto per una sua positiva risoluzione. D'altra parte l'esperienza della malattia risulta, salvo ovviamente i casi gravi, scarsamente istituzionalizzata, a causa dei costi elevati delle cure mediche. Anche per questo motivo, i migranti dimostrano di aver sviluppato una buona capacità di prendersi cura di sé, avendo acquisito in ambito familiare un sapere di tipo medico fondato sulla conoscenza di rimedi erboristici e tradizionali. Questo aspetto emerge chiaramente in riferimento alla componente femminile dei nostri intervistati, il cui ruolo nell'ambito della famiglia sembra essere quello di “custodi della salute familiare”.

La malattia nel paese di origine è collocata in una “temporalità remota”. Essa è un evento lontano, che quasi si perde nei ricordi, ancorato al periodo di vita che precede la migrazione, e non sembra ricadere sulla condizione di salute attuale. Differente è invece la rappresentazione che i migranti danno della malattia nel paese di immigrazione, a partire dalla collocazione temporale della sua genesi. Essa coincide con l'inizio della propria migrazione, si radica in essa e la accompagna diventandone un tratto continuativo e quasi quotidiano. In più la malattia in migrazione è associata molto di frequente alla paura della morte.

Inoltre il vissuto della malattia, a differenza di quanto avveniva prima della migrazione, si sposta da un ambito privato- familiare ad uno medico-istituzionale in mancanza di reti di cura familiari, poiché la maggior parte dei migranti irregolari vivono da soli la migrazione per un lungo periodo di tempo.

Tra le cause della malattia nel periodo di migrazione, quelle più rilevanti paiono essere due.

La prima è lo *stress* da transculturazione generato dall'esperienza migratoria stessa che obbliga il migrante a continue operazioni di adattamento alla nuova condizione di vita. Contribuiscono ad amplificare questo *stress* una serie di fattori: la solitudine, l'invisibilità sociale della propria

condizione di irregolarità, la lontananza da casa e la nostalgia per gli affetti familiari. Quest'ultimo aspetto viene sentito particolarmente dalle donne migranti, spesso madri che vivono la lontananza dai figli tra grandi sensi di colpa perché sentono di venir meno al loro ruolo materno.

Il lavoro rappresenta l'altra importante fonte di malattia; in più si lega profondamente ad essa per almeno tre motivi. Prima di tutto la gravosità delle condizioni di lavoro a cui donne e uomini migranti devono sottostare, amplificata dalla mancanza di qualsiasi tutela giuridica derivante dalla loro condizione di irregolarità, li predispone al rischio continuo di ammalarsi. Questo fenomeno risulta particolarmente sentito dalle donne migranti, poiché esse sono impiegate nel lavoro domestico di cura ad alta intensità emotiva, specialmente quello svolto in coabitazione, che genera un forte stress oltre a diversi problemi di salute a livello fisico.

Inoltre, se il lavoro genera la malattia, ne è allo stesso tempo messo in crisi, cosa che comporta il rischio concreto di fallimento del progetto migratorio. Questo rischio, in una relazione circolare, a sua volta alimenta le ansie, gli stati depressivi e lo *stress* che rendono più difficoltosa la guarigione. Infine il bisogno di lavorare, in assenza di una minima protezione sociale, mina anche la possibilità di curarsi adeguatamente, motivo per cui il migrante si vede spesso costretto a convivere con la propria malattia piuttosto che affrontarla adeguatamente.

Per tentare di rompere questo intreccio i migranti mettono in campo quelle che abbiamo definito “strategie di riappropriazione della salute”. Esse sono sostanzialmente due. La prima è la pratica dell'autocura basata sull'assunzione di rimedi erboristici, che di frequente i migranti si fanno spedire dai propri paesi di origine. La seconda consiste nell'attivazione delle conoscenze con gli autoctoni per ottenere un accesso facilitato ai servizi sanitari, in modo da pervenire quanto più semplicemente e velocemente possibile alla risoluzione del proprio problema di salute.

Quest'ultima considerazione ci introduce al tema del rapporto che i migranti intrattengono con i servizi sanitari. Nella ricerca abbiamo focalizzato la nostra attenzione sul presidio del Pronto Soccorso, in quanto l'unico a cui i migranti irregolari possono accedere, anche se sprovvisti di apposito tesserino sanitario (STP).

Dalla nostra analisi emerge che i migranti si relazionano con le strutture di Pronto Soccorso in maniera fortemente conflittuale. Il conflitto non nasce tanto da eventuali disservizi patiti dai pazienti stranieri, quanto invece da un atteggiamento di forte diffidenza che gli operatori sanitari mantengono nei loro riguardi. Tale diffidenza trova giustificazione nello stereotipo del migrante irregolare che lo dipinge come una persona che mente, anche rispetto al proprio stato di malattia (mal valutato o addirittura esagerato), che sottrae impropriamente risorse pubbliche o, alla meglio, che usufruisce dei servizi sanitari in maniera inappropriata. Perciò il bisogno di cura del migrante irregolare non viene assunto direttamente in quanto tale ma deve essere certificato da parte

dell'istituzione sanitaria. Il simbolo che certifica materialmente il bisogno di cura del migrante è il tesserino STP che diventa così il titolo di accesso alle cure sanitarie anche nei casi in cui non è previsto. Si crea così la situazione paradossale nella quale il migrante deve aver già certificato il proprio stato di bisogno di cure mediche prima di presentarsi davanti alla stessa Istituzione medica che avrebbe il compito di certificarlo.

Nell'analisi delle modalità di accesso dei migranti al servizio medico di Sokos abbiamo dovuto individuare in primo luogo i principali elementi distintivi di Sokos, i valori che orientano il suo agire organizzativo, ovvero la cultura di servizio propria di Sokos.

Questa organizzazione assume il diritto alla salute, peraltro coincidente con quello all'assistenza sanitaria, come “universale”, per la quale ogni essere umano deve avere la possibilità di accedere a questo diritto senza alcun tipo di discriminante. Sokos elabora una concezione di salute “ampia”, poiché la salute non si riduce alla sola assenza di malattia ma mira al raggiungimento di uno stato di completo benessere psicofisico. Essa inoltre, non va mai disgiunta dal progetto migratorio intrapreso dall'individuo. Entrambe queste dimensioni sono così tanto correlate che l'interpretazione della malattia del migrante deve tenere necessariamente conto dell'esperienza migratoria entro la quale è collocata.

Nella nostra analisi organizzativa abbiamo infine dato conto delle difficoltà che Sokos incontra nel fornire le prestazioni di medicina di base e specialistica. Tali difficoltà sono dovute a due ordini di fattori. Il primo è stato individuato nella persistente mancanza di risorse economiche e di volontari che opera di lavoro medici e personale di segreteria, i quali si vedono costretti a diminuire la quantità di tempo da dedicare a ciascun paziente. Il secondo fattore critico nell'operato di Sokos è l'attuazione di un *networking* intermittente ed informale che rischia di depotenziare l'azione complessiva dell'organizzazione, limitandola nelle collaborazioni con le altre realtà locali del terzo settore.

Le basi su cui poggia la relazione tra utenza e organizzazione medica sono il riconoscimento, la reciprocità e la fiducia. Sokos riconosce il migrante che si rivolge al suo servizio medico prima di tutto come un individuo che esprime il bisogno di ricevere cure mediche e, solo in un secondo momento, come immigrato. A questo riconoscimento il migrante risponde riponendo fiducia nell'intera organizzazione (fiducia diffusa) che si manifesta nella propensione al racconto biografico in special modo dell'esperienza migratoria. Questo tipo di relazione di reciprocità pervade tutti i settori dell'organizzazione, dalla segreteria agli ambulatori, ma risulta particolarmente evidente nell'interazione medica.

Nell'analisi dell'interazione medica abbiamo proposto il concetto di “doppia centralità”, attorno al quale si informa il rapporto tra medico e paziente. Il paziente straniero, infatti, considera il medico

una figura centrale, la chiave per la risoluzione della propria malattia. D'altra parte anche il medico assume la centralità del paziente, considerandolo non come un destinatario passivo della sua azione di cura, ma un attore fondamentale dell'*iter* di guarigione.

Nel considerare il paziente come centrale, il medico si relaziona nei suoi riguardi andando oltre al suo compito di cura della patologia. Egli agisce nei confronti del paziente straniero attraverso quelle che abbiamo chiamato “azioni sanitarie dirette e indirette”, le quali hanno lo scopo di orientare il migrante nel complesso sistema dei servizi sanitari accrescendone il livello di conoscenza. Per questo motivo abbiamo definito “ibrido” il rapporto medico di Sokos, poiché al suo interno trovano uguale spazio sia la dimensione della cura sanitaria, sia quella relazionale finalizzata al potenziamento del grado di autonomia del soggetto nella gestione della propria salute.

Il nostro lavoro di ricerca, tuttavia, ha evidenziato che questa relazione non segue un andamento lineare ma è disseminata di una serie di rotture e ricomposizioni. Le rotture nell'interazione medica sono generate da una discrasia, talvolta piuttosto accentuata, tra la rappresentazione della malattia che il paziente straniero propone (*illness*) e quella che invece stabilisce il medico (*disease*). I medici contestano ai pazienti stranieri un “uso irrazionale della medicina” che si manifesta nella richiesta eccessiva di cure, oppure nell'utilizzo scorretto dei farmaci e in generale delle terapie. Queste rotture vengono ricomposte grazie alla pratica dell'ascolto (e al tempo ad essa dedicato) che il medico assicura al paziente straniero. Tale pratica rende possibile l'apertura di uno spazio narrativo nel quale il migrante racconta la sua malattia alla luce dell'esperienza migratoria che sta vivendo. Ciò da una parte facilita il superamento dello stato patologico, dall'altra avvia un processo di negoziazione tra medico e paziente altamente individualizzato. Durante la negoziazione la malattia è reinterpretata all'interno della migrazione e solo in essa trova un significato completo. Essa quindi viene relazionata al vissuto quotidiano del migrante, alle sue condizioni di lavoro, alla solitudine, alla lontananza e alla nostalgia sofferte. Attraverso questo processo di negoziazione si giunge ad una definizione condivisa della genesi della malattia, del suo significato e delle cure necessarie alla guarigione.

Ciò è reso possibile perché il medico non considera aprioristicamente il migrante come portatore di una specificità culturale irriducibile, ma come un individuo che interpreta, ridefinisce e modella la cultura di apparenza anche in base all'esperienza migratoria. Questo approccio non esclude la variabile culturale nell'interpretazione della malattia del migrante, piuttosto ne ridimensiona il peso ponendola su un piano paritetico alle variabili di tipo socioeconomico.

Alla luce delle considerazioni fin qui espresse concludiamo sostenendo che pensare Sokos come un servizio sanitario che in quanto tale fornisce ai propri pazienti esclusivamente prestazioni di tipo medico, sia adottare una prospettiva limitante che semplifica eccessivamente le questioni emerse.

Di contro proponiamo una definizione di Sokos come “confine”, attraversato il quale il paziente straniero ottiene una serie di benefici oltre alla risoluzione del suo problema di salute.

Sokos, infatti, è un luogo dove il migrante può ottenere informazioni *extra* mediche (opportunità lavorative, abitative e di regolarizzazione) sia nel contatto con gli operatori, a livello informale, ma soprattutto nell'incontro con altri migranti. Questi scambi di informazioni concorrono alla produzione di un sapere migratorio, tanto più utile al migrante irregolare, quanto più breve è il periodo trascorso dal suo arrivo in Italia.

Inoltre, nell'interazione con Sokos il migrante irregolare si riappropria di uno spazio di umanità perché ottiene di essere riconosciuto come persona e può emergere dall'invisibilità sociale a cui la condizione di irregolarità amministrativa lo costringe.

Oltre a ciò, il percorso che il migrante compie all'interno di Sokos lo mette in condizione di acquisire delle competenze circa le logiche e i meccanismi che regolano il funzionamento dei servizi sanitari. Egli diventa un attore sociale competente, e ciò gli permette di superare le barriere di accesso ai servizi sanitari, poiché conoscere un servizio e sapere come accedervi sono di per sé fattori che proteggono da possibili discriminazioni.

Infine il migrante, grazie alla familiarità acquisita con la subcultura medica, riesce a condurre in prima persona e con maggiore consapevolezza i propri rapporti medici anche al di fuori di Sokos, evita la trappola della “dispersione sanitaria”, diviene più autonomo e protagonista nella gestione del suo stato di salute.

Questa serie di benefici riveste per il migrante un'importanza fondamentale. Essi contribuiscono ad attenuare l'intermittenza che contraddistingue il diritto alla salute dei migranti irregolari, che di frequente termina esclusivamente nell'accesso ai servizi sanitari, mirati o meno. Un effettivo diritto alla salute non può prescindere, infatti, dalla capacità di gestire autonomamente la propria salute nel rapporto con le istituzioni sanitarie e dalla possibilità di rivendicarne i diritti connessi.

A conclusione del nostro discorso ci pare possibile sostenere che il modello di servizio sanitario incarnato da Sokos sia sostanzialmente positivo, poiché, pur essendo Sokos stesso un servizio orientato ad un'utenza specifica, rende concreta la possibilità, presente nel dibattito attorno alla gestione delle istanze di salute della popolazione immigrata, della transizione da servizi sanitari separati a servizi per tutti.

BIBLIOGRAFIA.

- AECA (a cura di), *Voci immigrazione, cittadinanza, lavoro. Indagine sull'immigrazione in Emilia Romagna*, Milano, Franco Angeli, 2003.
- Allievi S., “Corpi migranti. Culture, religioni, salute e malattia in una società plurale”, in Guizzardi G., *Star bene. Salute, salvezza tra scienza esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Bologna, Il Mulino, 2004
- Ambrosini M., *L'inserimento economico degli immigrati in Italia*, in Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, Milano, Franco Angeli, 2000.
- Ambrosini M., *Sociologia delle migrazioni*, Bologna, Il Mulino, 2005
- Ambrosini M., *Utili invasori, l'inserimento degli immigrati nel mercato del lavoro italiano*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- Anastasia B., Bragato S., Rasesa M., “Il lavoro nero degli immigrati. Una lettura delle divergenze tra regolarità amministrativa della presenza in Italia e regolarità contributiva del lavoro svolto”, in M. Centorrino, M. Limosani (a cura di), *Il mercato del lavoro nero*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2005.
- Andall J., *Gender, Migration and Domestic Service. The politics of black women in Italy*, Aldershot, England, Ashgate, 2000.
- Andolfi M. (a cura di), *La Mediazione Culturale tra l'estraneo e il familiare*, Milano, Angeli, 2003
- Bailey K. D., *Metodi della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino, 1994
- Barbagli M., Colombo A. e Sciortino G., *I sommersi e i sanati*, Bologna, Il Mulino, 2004.
- Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, Milano, Franco Angeli, 2000.
- Beneduce R., Costa G., Favretto A.R., Frigessi D., *La salute straniera. Epidemiologia, culture e diritti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1994
- Bergamaschi M., *Ambiente urbano e circuito della sopravvivenza*, Milano, Franco Angeli, 1999
- Bianchi S., “La salute errante. Uno sguardo interdisciplinare”, in Pasini N., Picozzi M. (a cura di), *Salute e immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Ismu, Franco Angeli, 2005
- Bonciani M., “La salute come diritto di cittadinanza: un approccio socio-antropologico”, in Bracci F., Cardamone G. (a cura di), *Presenze. Migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2005
- Bordogna M. T., “La famiglia che cambia”, in Vicarelli G., *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Roma, EDS, 1994.
- Bourdieu P., “Introduzione”, in Sayad A., *L'immigrazione o i paradossi dell'alterità*, Verona, Ombre Corte, 2008
- Bruni A., *Lo studio Etnografico delle organizzazioni*, Roma, Carocci, 2003
- Bruni A., Fasol R., Gherardi S., *L'accesso ai servizi sanitari*, Roma, Carocci, 2007
- Bucchi M., Neresini F., *Sociologia della salute*, Roma, Carocci, 2001

- Caputo B., "L'etnicizzazione della malattia in un contesto migratorio: una prospettiva antropologica", in Pasini N, Picozzi M. (a cura di), *Salute e immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Ismu, Franco Angeli, 2005
- Cardamone G., Bracci F., *Presenze, migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2005
- Cardano M., *Tecniche di ricerca qualitativa*, Roma, Carocci, 2003
- Caritas/Migrantes, *VXI Dossier Statistico Immigrazione*, Roma, IDOS, 2006
- Castagnone E., Eve M., Petrillo E. R., Piperno F., "Madri Migranti. Le migrazioni di cura dalla Romania e dall'Ucraina in Italia: percorsi e impatto sui paesi di origine", *Working Paper CeSPI 34/2007*, marzo 2007
- Castel R., *L'insicurezza sociale*, Torino, Einaudi, 2004
- Ciaborra C., Lanzara G. F., *Labirinti dell'innovazione. Tecnologia, organizzazione ed apprendimento*, Milano, Etas Libri, 1999
- Cipolla C. (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Milano, Franco Angeli, 1998
- Clifford J., Marcus G., (a cura di), *Scrivere le culture. Poetiche e politiche in etnografia*, Roma, Colozzi I., *Le nuove politiche sociali*, Roma, Carocci, 2003
- Coluccia A. Mangia M.L. "Immigrazione e problematiche sanitarie con particolare riferimento alla relazione medico-paziente", *Difesa sociale*, anno LXXVIII n° 5 settembre/ottobre 1999. p.87
- Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Milano, Colobrì, 2003
- Cozzi S., *Migranti e clandestini. Questioni di confine*, Roma, Sapere 2000, 2007.
- Dal Lago A. (a cura di), *Lo straniero e il nemico*, Genova, Costa e Nolan, 1998
- Dal Lago A. De Biasi R., *Un certo sguardo*, Roma-Bari, Laterza, 2002
- Dal Lago A., *Non Persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Milano, Feltrinelli, 1999.
- Dal Lago A., Quadrelli E., *La città e le ombre. Crimini, criminali, cittadini*, Milano, Feltrinelli, 2003.
- De Micco V. (a cura di), *Le Culture della Salute*, Liguori Editore, Napoli, 2002
- Donati P., *Sociologia del terzo settore*, Roma, Nis, 1996
- Ehrenreich B., Hochschild A. R., *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Milano, Feltrinelli, 2004.
- European Migration Network, *Irregular migration in Italy*, Roma, IDOS, 2005.
- Eve M., Favretto A. R., Meraviglia C., *Le disuguaglianze sociali*, Roma, Carocci, 2003.
- Fondazione Ismu, *Dodicesimo rapporto sulle migrazioni 2006*, Milano, Franco Angeli, 2007.
- Gaetano A., Geraci S., "Costi e benefici dell'assistenza sanitaria agli immigrati: prime ipotesi e considerazioni", in *VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati
- Gallissot R., Kilani M., Rivera A., *L'imbroglio etnico*, Bari, Dedalo, 2001
- Gambino F., *Migranti nella tempesta*, Verona, Ombre Corte, 2003.
- Gambino F., Sacchetto D., *Un arcipelago produttivo. Migranti e imprenditori tra Italia e Romania*, Roma, Carocci, 2007.

- Geraci S.(a cura di), *Argomenti di medicina delle migrazioni*, Roma, Associazione Peri Tecnes, 1995
- Geraci S., “Gli immigrati nel sistema salute Italiano”, in Caritas/Migrantes, *VXI Dossier Statistico Immigrazione*, Roma, IDOS, 2006
- Geraci S., Marceca M., Mazzetti M., “Migrazioni e salute in Italia” in Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, *Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*, Roma, luglio 2000
- Gherardi S., Bruni A., Fasol R., “Devo aspettare qui?": *uno studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari nella città di Bologna*, report di ricerca, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale Università di Trento, 2005
- Giovannini G., “La scuola”, in Fondazione Ismu, *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, Milano, Franco Angeli, 2006.
- Girotti F., *Welfare State. Storia, modelli e critica*, Roma, Carocci, 1998.
- Gobo G., *Descrivere il mondo*, Roma, Carocci, 2001
- Goffman E., *Asylums*, Torino, Einaudi, 2001
- Goffman E., *Il rituale dell'interazione*, Bologna, Il Mulino, 1988
- Goffman E., *L'ordine dell'interazione*, Roma, Armando 1998
- Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Bologna, il Mulino, 1986
- Goffman E., *Stigma*, Verona, Ombre Corte
- Good B. J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità, 1999
- Guarnieri R., “Cultura, salute, immigrazione: le malattie sessualmente trasmesse in Europa” in *VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati
- Guarnieri R.; “ Migrazioni e malattie: attualità emergenti” in *VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati
- Guizzardi G., *Star bene. Salute, salvezza tra scienza esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Bologna, Il Mulino, 2004
- Harris N., *I nuovi intoccabili*, Milano, Il Saggiatore, 2000.
- Inps, *Un fenomeno complesso: il lavoro immigrato*, Roma, Coordinamento e Supporto Attività Connesse al Fenomeno Migratorio, 2007.
- IREF., *Il welfare fatto in casa.. Indagine nazionale sui collaboratori stranieri che lavorano a sostegno delle famiglie italiane*, www.patronato.acli.it
- Istituto Superiore di Sanità, “L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia” , A. Spinelli, E. Forcella, S. Di Rollo, M. E. Grandolfo (a cura di), *Rapporto istisan 06/17*
- Jelloun T. B., *Le pareti della solitudine*, Torino, Einaudi, 1997
- Keough L. J., “Globalizing post-socialism: mobile mothers and neoliberalism on the margins of Europe”, *Anthropological Quarterly*, vol. 79, n. 3, 2006
- Landuzzi C., “Migrazioni e nuovi ambienti urbani. Il caso dell'area metropolitana di Bologna”, *Rivista*

- Theomai*, Universidad Nacional de Quilmes, Argentina, 2003.
- Lavati A. , “Quando la salute non c'è”, *Orientamenti, rivista monografica di formazione sociale e politica* n° 5/6 1999
- Locantore F., *Transizione al mercato e crisi demografica in Ucraina*, 2003, www.unifi.it/dpssec/sviluppo/doc/locantore03.pdf
- Longo V., *Dando l'anima alla città galleggiante. Il lavoro emotivo nelle navi da crociera*, Tesi di dottorato di ricerca in sociologia dei processi comunicativi nella sfera pubblica
- Lucifora C., *Economia sommersa e lavoro nero*, Bologna, Il Mulino, 2003
- Madge J., *Lo sviluppo dei metodi di ricerca empirica in sociologia*, Bologna, il mulino, 1966
- Mancini A. M., Aldini N. N., *L'Emilia Romagna di fronte ai problemi sanitari dell'immigrazione*, Bologna, Cappelli editore, 1998
- Marzano M., *Etnografia e ricerca sociale*, Bari, Laterza, 2006
- Mazzetti M., “Livelli di incomprensione medico-paziente straniero”, in Pasini N., Picozzi M. (a cura di), *Salute e immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Ismu, Franco Angeli, 2005
- Mazzetti M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*, Torino, L'Harmattan Italia, 1996
- Medici senza frontiere, “Rapporto sui Cpt,” www.medicisenzafontierei.it
- Medici senza Frontiere, “Una stagione all'inferno: rapporto sulle condizioni degli immigrati impiegati nell'agricoltura nel sud Italia”, www.medicisenzafontiere.it
- Mezzadra S., *I confini della libertà. Per un'analisi politica delle migrazioni contemporanee*, Roma, Derive Approdi, 2004.
- Minardi E., Cifiello S., *Ricercazione*, Milano, Franco Angeli, 2005
- Morrone A., “Problematiche sanitarie in una società multiculturale”, in De Micco V. (a cura di), *Le Culture della Salute*, Liguori Editore, Napoli, 2002
- Morrone A., Mazzali M. (a cura di), *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti ed ingiustizie*, Milano, Franco Angeli, 2000
- Morrone A., Mereu F., “La nuova realtà dell'immigrazione: dal singolo alla famiglia. Dinamiche familiari e aspetti socio-sanitari” in Andolfi M. (a cura di), *La Mediazione Culturale tra l'estraneo e il familiare*, Milano, Angeli, 2003
- Osservatorio delle immigrazioni della Provincia di Bologna, *Immigrati, salute e sanità*, anno n°2 e n° 3 anno 2002
- Osservatorio Provinciale delle Immigrazioni di Bologna, “Dossier Generale 2006”
- Osservatorio provinciale delle Immigrazioni. *La salute e i servizi per la popolazione immigrata nella provincia di Bologna*, n° 2 anno 2006
- Palidda S., “Le migrazioni come crimine”, in Basso P. Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, Milano, Franco Angeli, 2000.

- Parsons T., *Il sistema sociale*, Milano, Comunità, 1981
- Pasini N, Picozzi M. (a cura di), *Salute e immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Ismu, Franco Angeli, 2005
- Pasini W. , *Il medico e il paziente immigrato, manuale per il medico*, Bologna , Alfa Wasserman news e views, 1996
- Pavarin R. M. (a cura di), *Disagio sociale e marginalità a Bologna*, Roma, Carocci, 2006
- Perrotta M., “Immigrati romeni tra lavoro regolare e irregolare. Ricerca etnografica in un cantiere edile di Bologna”, in Gambino F., Sacchetto D (a cura di), *Un arcipelago produttivo. Migranti e imprenditori tra Italia e Romania*, Roma, Carocci, 2007.
- Pizza G., *Antropologia medica*, Roma, Carocci, 2005
- Powell P., Di maggio P. J. (a cura di), *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Torino, Edizioni di Comunità, 2000
- Pugliese E., Mingione E., *Il lavoro*, Roma, Carocci, 2003.
- Quintavalla E., “Il sostegno al lavoro di cura delle donne immigrate”, *Animazione Sociale*, Anno 35, n. 192, 2005.
- Rahola F., *Zone definitivamente temporanee. I luoghi. dell'umanità in eccesso*, Verona, Ombre Corte, 2003.
- Regione Emilia Romagna., “Quaderni di statistica: gli stranieri residenti in Emilia Romagna al 1.1.2006”, “I lavoratori comunitari in Emilia Romagna ”
- Reyneri E., *Sociologia del mercato del lavoro*, Bologna, Il Mulino, 2002.
- Sacchetto D., *Il Nordest e il suo Oriente. Migranti, capitali e azioni umanitarie*, Verona, Ombre Corte, 2004.
- Sassen S., “ Città globali e circuiti di sopravvivenza”, in Ehrenreich B., Hochschild A. R., *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Milano, Feltrinelli, 2004.
- Sassen S., *Migranti, coloni rifugiati. Dall'emigrazione di massa alla fortezza Europa*, Milano, Feltrinelli, 1999.
- Sayad A., *L'immigrazione o i paradossi dell'alterità*, Verona, Ombre Corte, 2008
- Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Schwartz h., Jacobs J., *Sociologia qualitativa. Un metodo nella follia*, Bologna, Il Mulino, 1987
- Sciortino G., “Sistemi migratori irregolari e politiche di contrasto”, in Fondazione Ismu, *Dodicesimo rapporto sulle migrazioni 2006*, Milano, Franco Angeli, 2007.
- Sen A. K., *Il tenore di vita. Tra benessere e libertà*, Venezia, Marsilio, 1993,
- Silverman D., *Come fare ricerca qualitativa*, Roma, Carocci, 2002
- Simmel G., *La metropoli e la vita dello spirito*, Roma, Armando, 1995
- Simmel G., *Sociologia*, Milano, Comunità, 1989
- Società italiana di Medicina delle Migrazioni .; *VIII Consensus Conference sull'immigrazione*, VI Congresso nazionale SIMM, Lampedusa, 5-8 maggio 2004 atti pubblicati
- Sociologia dei Processi Interculturali e Comunicativi nella Sfera Pubblica.

- Stalker P., *L'immigrazione*, Roma, Carocci, 2003.
- Stella R., "Il corpo come testo", in Bucchi M., Neresini F., *Sociologia della salute*, Roma, Carocci, 2001
- Vianello F. A., "La migrazione femminile romena in Italia: traiettorie di vita e di lavoro", in Gambino F., Sacchetto D (a cura di), *Un arcipelago produttivo. Migranti e imprenditori tra Italia e Romania*, Roma, Carocci, 2007.
- Vianello F. A., *Migrando sole: pratiche femminili di mobilità transnazionale tra Ucraina e Italia*, Tesi di dottorato di ricerca in sociologia dei processi comunicativi nella sfera pubblica
- Vicarelli G., *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Roma, EDS, 1994.
- Weber M., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Milano, Mondadori, 1974
- Weik K., *Senso e significato nell'organizzazione*, Milano, Raffaello Cortina, 1997
- Whyte T. F., *Litte Italy*, Bari, Laterza, 1968
- Zanfrini L., "Il lavoro", in Fondazione Ismu, *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, Milano, Franco Angeli, 2006.
- Zanfrini L., *Sociologia delle migrazioni*, Roma-Bari, Laterza, 2004.
- Zincone G., "Italia Tra Clandestini e Lavoratori in nero", *La Repubblica*, 7 dicembre 2000.

SITI INTERNET:

<http://fortresseurope.blogspot.com>

www.carta.org

www.cestim.it

www.ilmanifesto.it

www.ires.it

www.meltingpot.org

www.msf.it

www.osservatorioimmigrazione.provincia.bologna.it,

www.patronato.acli.it

www.regioneemilia-romagna.it

www.Sokos.it

www.venetolavoro.it

www.ars.marche.it

APPENDICE.

Schema sintetico dei migranti intervistati.

Intervista	Stato di provenienza	Sesso	Età	Luogo intervista	Data intervista
M1	Marocco	Maschio	29	Bologna	Novembre 2007
M2	Togo	Maschio	30	Bologna	Novembre 2007
M3	Marocco	Femmina	38	Bologna	Novembre 2007
M4	Russia	Femmina	22	Bologna	Ottobre 2007
M5	Moldova	Femmina	35	Bologna	Novembre 2007
M6	Marocco	Femmina	33	Bologna	Novembre 2007
M7	Ucraina	Femmina	22	Bologna	Dicembre 2007
M8	Albania	Femmina	26	Bologna	Ottobre 2007
M9	Etiopia	Femmina	47	Bologna	Gennaio 2008
M10	Moldova	Femmina	27	Bologna	Ottobre 2007
M11	Ucraina	Femmina	46	Bologna	Ottobre 2007
M12	Ucraina	Femmina	45	Bologna	Ottobre 2007
M13	Moldavo	Maschio	29	Bologna	Dicembre 2007
M14	Albania	Maschio	27	Bologna	Novembre 2007
M15	Romania	Femmina	54	Bologna	Novembre 2007

Schema sintetico del personale Sokos intervistato

Intervista	Qualifica	Sesso	Età	Luogo intervista	Data intervista
S1	Operatore di segreteria	Femmina	50	Bologna	Dicembre 2007
S2	Medico	Femmina	49	Bologna	Novembre 2007
S3	Medico	Femmina	52	Bologna	Novembre 2007
S4	Medico	Maschio	29	Bologna	Gennaio 2008
S5	Operatore di segreteria	Maschio	53	Bologna	Novembre 2007

Traccia di intervista migranti.

Prima parte. Biografia.

Informazioni biografiche

La storia della propria migrazione e del progetto migratorio.

Parte seconda. Salute e malattia nel paese di origine.

Racconto di esperienze di malattia vissute nel paese di provenienza.

Si cercherà di far particolare attenzione a questi aspetti:

- Come funziona il sistema sanitario.
- Il rapporto con i medici
- Quali altri soggetti intervengono nel mio percorso di cura.
- Prassi di cura tradizionali/auto cure.

Parte terza. Salute e malattia in Italia.

Racconto di esperienze di malattia e cura nel paese di immigrazione.

Si farà particolare attenzione a questi aspetti.

8. Difficoltà e positività degli avvenimenti vissuti (con particolare riferimento al P.S)
9. Vivere la malattia (paure e preoccupazioni, chi mi cura ecc.)

10. I Sokos: Racconto “vado dai Sokos...”

Nel racconto si focalizza l'attenzione su:

- **Nell' ambulatorio.**

Perché vengo qui.

Come mi trovo con il medico

Cosa mi chiede

Che cosa gli racconto come riesco ad esprimermi.

Aspettative.

Adesione alle prescrizioni mediche

- **Nell'accoglienza.**

Racconto di come avviene la relazione.

- **Il valore e l'uso del tesserino S T P**

Traccia di intervista medici

Parte prima. La propria storia dentro i Sokos.

Individuare le motivazioni, le routines, gli aspetti positivi e negativi del proprio lavoro

Arrivare a tracciare una sorta di profilo biografico-organizzativo e individuare la percezione del significato del proprio operato.

●Considerazioni(a livello personale ed organizzativo) riguardo al concetto di “Diritto alla salute”.

Parte seconda. Rapporto con i pazienti.

Attraverso il racconto di casi verificare:la percezione e la valutazione di eventuali differenze tra pazienti italiani e stranieri, aspettative sul comportamento di questi ultimi, il modo di svolgimento dell'interazione medica(linguaggio e altri modi di espressione) ed aspetti critici della stessa.

Arrivare ad una definizione della situazione e capire se e come avviene il processo di traduzione dell' alterità culturale.

Descrizione delle patologie riscontrate e considerazioni riguardo ad esse(cambiamenti nel tempo)

Come i migranti esprimono la loro malattia.

Conflitti eventuali su diagnosi e cure.

Informazioni date e fornite durante l'interazione con il paziente.

Considerazioni sulle reti di cura dei migranti e sulle pratiche di auto-cura.

Percorsi di cura dei pazienti stranieri.

Quali sono i rapporti e le esperienze che i migranti hanno con altre strutture mediche.

Traccia di intervista personale di segreteria.

Parte prima. La propria storia dentro i Sokos.

Individuare le motivazioni, le routine, gli aspetti positivi e negativi del proprio lavoro
Arrivare a tracciare una sorta di profilo biografico-organizzativo e individuare la percezione del significato del proprio operato.

Parte seconda. Il rapporto in accoglienza con i migranti.

Attraverso il racconto di casi individuare come si struttura al momento dell'accoglienza del migrante (nuovo e vecchio utente). Individuare all'interno della relazione: percezioni di differenze, positività e criticità, tipo di informazioni fornite al migrante, quali sono i percorsi di cura.

Come si struttura il momento dell'accoglienza?

Profilo di chi si presenta in accoglienza e quali atteggiamenti assume

Informazioni fornite

Informazioni ricevute

Problematiche riscontrate(a livello medico e a livello di rapporti con altre strutture sanitarie)

Cambiamenti nel tempo dell'utenza

Positività e criticità nei rapporti con gli utenti del servizio