

# **LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI IN PIEMONTE a cura di ALESSANDRO BERGAMASCHI(Migrantes –Caritas diocesi provincia Cuneo) settembre 2005**

## **1) LA “QUESTIONE” IMMIGRAZIONE E SALUTE.**

Da elemento oramai strutturale della nostra società, il fenomeno migratorio “fa sentire” la sua presenza anche all’interno degli ambienti sanitari. Questa semplice affermazione è il risultato di differenti indicatori. Innanzitutto la percentuale dei pazienti di cittadinanza non italiana sul totale dei ricoveri ospedalieri sta progressivamente crescendo su tutto il territorio nazionale. In secondo luogo, i suoi effetti sono tangibili in settori ben definiti. Infine, questo si traduce in atteggiamenti e risposte precise da parte della sanità pubblica italiana.

Da alcuni anni, praticamente dalla fine del secolo scorso, la “questione” immigrazione e salute sta progressivamente prendendo corpo sia nei classici studi migratori, sia in quelli più prettamente medico-epidemiologico. Il fatto che il fenomeno sia studiato significa già di per sé che è racchiuso in una dimensione problematica (senza però che ciò si traduca necessariamente nell’esistenza di effettivi problemi da lui generati). Inoltre va sottolineato che si ha a che fare con una materia estremamente delicata perché, in ultima istanza, va a toccare la base primaria dell’esistenza stessa: il corpo, ovvero la vita.

Premesso questo, va sottolineato che non è nostro interesse portare il lettore a riflettere su un discorso di carattere medico perché la “questione” immigrazione e salute come dice Didier Fassin medico e antropologo francese che da anni si occupa a livello internazionale di questo tema, è di carattere eminentemente politico e sociale<sup>1</sup>.

## **2) LA DELICATA RELAZIONE TRA IMMIGRAZIONE, INTEGRAZIONE E SALUTE**

Abbiamo iniziato a dire che gli immigrati sono sempre più presenti nei nostri ospedali, ad esempio a livello della regione Piemonte le ospedalizzazioni di stranieri nel 2000 rappresentavano il 3% dell’universo complessivo e quattro anni più tardi, nel 2004, il loro peso è passato al 4,6%. Aggiungiamo che, per l’Italia nel suo complesso, la loro presenza a livello ospedaliero sta crescendo da un anno all’altro a ritmi più sostenuti rispetto a quelli della popolazione autoctona<sup>2</sup>. Secondariamente abbiamo detto che sono noti i settori nei quali questa si concentra: in genere nei reparti ginecologici e pediatrici. Legato a questo punto iniziamo ad aprire una breve ma doverosa parentesi relativa ad alcune patologie che colpirebbero gli stranieri in modo più significativo rispetto alla popolazione locale; purtroppo si tratta di malattie o stati di malessere importanti: ad esempio i tassi di incidenza di infezioni da Hiv, di tubercolosi, di intossicazioni da monossido di carbonio e di interruzioni volontarie di gravidanza sono più alti di quelli registrati per la popolazione italiana. Detto ciò, le autorità sanitarie così come il mondo intellettuale si stanno adoperando da un lato per comprendere i motivi di tali tendenze e contemporaneamente per cercare di dare delle risposte immediate a una situazione che così come abbiamo appena presentato parrebbe avere dei toni drammatici; due delle patologie appena citate sono di carattere infettivo e in particolare per la tbc la trasmissione è relativamente facile. Nelle pagine seguenti sarà nostro dovere approfondire ulteriormente quanto esposto in queste ultime righe.

Prima di concludere questa parte introduttiva prendiamo da ultimo in considerazione che cosa intendiamo con il **concetto di salute**. Questa non è da intendersi sotto il profilo eminentemente

---

<sup>1</sup> Per un approfondimento sul tema : Didier Fassin, *L’espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996 ; Didier Fassin Alain Maurice Catherine Quiminal, *Les lois de l’inhospitalité*, Paris, La Découverte, 1997 ; Bastidiana, *Migrations et Santé*, n° 39-40, Paris, Centre National du Livre, 2002 ; Didier Fassin, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2002.

<sup>2</sup> *Dossier Statistico Immigrazione 2003*, Roma, ed. Anterem, 2003, pg. 183

medico ovvero di una condizione di assenza di malattia ma deve necessariamente essere interpretata su scala decisamente più ampia. Troppo spesso anche negli ambienti medici viene dimenticata la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo la quale la salute di un individuo è la capacità di effettuare in modo adeguato le sue funzioni nei tre seguenti campi: la sfera fisica (ovvero l'insieme delle attività che richiedono in primo luogo la capacità di movimento e di azione) la sfera psicologica (l'insieme delle funzioni cognitive dell'individuo – linguaggio, memoria e pensiero – e l'autopercezione) la sfera sociale (è il lato relazionale dell'individuo, la sua vita con gli altri, il lavoro, il tempo libero, ecc.)<sup>3</sup>. Tale definizione ha come merito di prendere in considerazione la persona nella sua globalità e vedremo che una volta applicata a chi per varie ragioni si trova in terra straniera, la sua ragion d'essere e la sua efficacia verranno legittimate ulteriormente. Quello che andremo a prendere in considerazione in questo capitolo è inerente da un lato alla figura del migrante in queste tre sfere di salute e dall'altro si concentrerà sulla relazione che quest'ultimo intrattiene con le Strutture e i Servizi sanitari.

In sostanza, chiediamoci ancora perché questo tema rappresenta una materia importante? La risposta è lineare: seguire le dinamiche, le tendenze e le caratteristiche della “questione” immigrazione e salute rappresenta un ottimo indicatore della qualità del processo di integrazione del migrante e, d'altro canto, non è possibile parlare di una sua piena integrazione sociale finché tale ambiente presenta ancora delle criticità. Quindi, sebbene un qualsiasi operatore sociale possa avere l'impressione di trattare un settore molto specialistico - addirittura marginale rispetto al suo lavoro o al suo impegno - non dimentichi che invece si sta parlando a pieno titolo di Integrazione e di conseguenza costituisce una sfera importante non solo per il medico, ma per tutti coloro che si occupano del fenomeno.

### 3) UN QUADRO TEORICO D'INSIEME

Perché si parla, si discute e si studiano le “caratteristiche” socio-sanitarie del migrante? Presentiamo la questione con un quadro teorico d'insieme. Generalmente gli studi che trattano tale materia prendono le mosse da una posizione di carattere medico nel senso che l'allogeno, una volta nel paese ospitante può manifestare patologie che: a) ha importato dal suo Paese (*dato endemico*); b) ha sviluppato nella società che lo sta ospitando perché in possesso di difese immunitarie differenti rispetto alla popolazione locale (*dato epidemiologico*). Questa posizione, nonostante conservi una validità esplicativa importante presenta un immediato difetto di carattere politico, nel senso che sia nell'uno quanto nell'altro caso il migrante viene visto come un agente patogeno, un potenziale vettore di trasmissione. È una concezione che ad esempio era presente nella legge Martelli: “*Il permesso di soggiorno può essere rifiutato [...] ove ostino motivate ragioni attinenti alla sicurezza dello Stato e all'ordine pubblico o di carattere sanitario*”<sup>4</sup>. In secondo luogo, esiste molto forte il pericolo che emergano interpretazioni di stampo culturalista, nel senso che si tenti di spiegare gli stati morbosi facendo riferimento ad usi, abitudini e tradizioni tipiche al gruppo del migrante. Non è difficile comprendere che i rischi di carattere politico, nonché gli effetti antipedagogici di queste posizioni sono più che evidenti e su questo ritorneremo più approfonditamente in seguito.

Ultimamente si sta diffondendo un'ulteriore posizione secondo la quale il migrante, una volta nella società di approdo, può manifestare *patologie da adattamento*, ovvero che sono strettamente inerenti alle sue vicissitudini esperite ed alla qualità del suo processo di integrazione<sup>5</sup>. Questo approccio, che non esclude quello precedente ma lo integra, presenta un aspetto molto importante, nel senso che conferisce alla problematica socio-sanitaria una dimensione politico-sociale, evitando in questo modo di astrarre l'individuo dall'ambiente in cui si trova magari improvvisamente inserito.

---

<sup>3</sup> Massimiliano Bucchi, Federico Neresini, *Sociologia della Salute*, Roma, Carrocci, cap. 3.

<sup>4</sup> Legge 28 février 1990, n. 39, art. 4, c. 12.

<sup>5</sup> Vedi: Nicola Pasini, Mario Picozzi, *Salute e Immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano Franco Angeli, 2005. Su questo tema sono di interesse le pubblicazioni coordinate da Salvatore Geraci e Aldo Morrone presenti sul sito internet: [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it).

D'altronde ai giorni nostri la salute, sia pubblica che privata, non è una questione in carico primariamente alla politica ?

Secondariamente è necessario prestare attenzione a quelle dinamiche che si sviluppano nel contesto di partenza e che portano alla realizzazione della partenza. Nei capitoli precedenti abbiamo già detto che l'emigrazione è un atto che non tutti possono compiere, in quanto è necessario possedere qualità morali e intellettuali superiori alla media, ma non solo. Chi parte, generalmente, è in possesso di un buon patrimonio di salute, è il figlio o la figlia più sana e più forte, d'altronde sarebbe assurdo far intraprendere una tale iniziativa a una persona già costituzionalmente fragile. Ci troviamo quindi dinnanzi ad una prima selezione di carattere "naturale" che avviene al Paese di origine. Questo si traduce nel concetto dell' "*effetto migrante sano*": la giovane età e una costituzione fisica sana sono prerequisiti di primaria importanza per affrontare le innumerevoli difficoltà che quotidianamente si incontrano nel romanzo migratorio; per farla breve, non tutti possono permettersi una simile esperienza<sup>6</sup>. Nonostante ciò, questo valido patrimonio di salute è soggetto in molti casi ad un rapido deterioramento a causa di un contesto sociale di inserimento molto difficile; è sufficiente pensare alle difficoltà relative a trovare una casa decente o, considerata l'attuale precarietà del mercato del lavoro, un lavoro stabile e non di basso profilo come sempre accade per la popolazione immigrata. Quindi, ci troviamo dinnanzi a quello che viene definito l' "*intervallo di benessere*", ovvero un arco temporale ove il buon patrimonio di salute di cui parlavamo mantiene la sua validità e oltre il quale invece inizia un suo danneggiamento. È interessante riportare che negli anni novanta si stimava che tale intervallo potesse raggiungere anche i 24 mesi, in questi ultimi anni si sta invece registrando una sua brusca riduzione tanto che per alcune fonti non è superiore ai 6 mesi<sup>7</sup>. In genere le conseguenze sono, come viene rilevato dalle ricerche condotte dai membri della Società Italiana di Medicina della Migrazione: affezioni a livello gastroenterico (conseguenze di una dieta povera e sbilanciata) problemi dermatologici (impossibilità di effettuare una buona igiene personale) e alle vie respiratorie (difficoltà a proteggersi adeguatamente dal nostro clima freddo). A questo vanno aggiunte manifestazioni più importanti che possono essere la conseguenza di infortuni sul lavoro, di gravidanze indesiderate, di intossicazioni da sostanze o gas pericolosi e del contagio con i virus di cui abbiamo parlato precedentemente. Il ruolo delle determinanti sociali è già molto evidente.

#### 4) IL PROCESSO DI INSERIMENTO.

##### 4.1) L'ADATTAMENTO AMBIENTALE.

Cerchiamo ora di affrontare questo tema gradualmente e integrandolo con esperienze di ricerca che abbiamo condotte all'interno della regione Piemonte.

Partiamo da un dato che pare troppo spesso dimenticato dagli studi che si occupano di integrazione del migrante e che precede tutte le varie difficoltà di carattere materiale e psicologico che si incontrano nella società ospite: l'**adattamento ambientale**. L'analisi del materiale qualitativo raccolto ha permesso di approfondire maggiormente quella che si potrebbe definire una delicata relazione tra il dato biologico (il corpo, le sue sensazioni e reazioni) e il dato sociologico/ambientale (il contesto, l'ambiente, in cui si è inseriti) e soprattutto come sia possibile attribuire a quest'ultimo, un forte potere di influenza sul primo.

Seppur eticamente spiacevole, è opportuna in primo luogo una suddivisione della popolazione immigrata in coloro che provengono da climi tropicali e coloro che provengono da climi continentali. Generalmente gli studi sociologici che indagano il livello di integrazione degli immigrati nei Paesi di accoglienza trascurano troppo spesso che al processo di acculturazione precede inevitabilmente un'opera di *adattamento al nuovo ambiente*, nel senso prettamente

---

<sup>6</sup> È chiaro che si sta parlando in prevalenza delle migrazioni di carattere volontario, dove è la persona stessa che decide di partire; nei casi di sffollamenti e di esodi di profughi questa forma di selezione volontaria viene meno.

<sup>7</sup> Le Quyên Ngô Dinh, *L'immigrazione a Roma. L'esperienza della Caritas*, Atti del Convegno Internazionale – Roma 12/14 luglio 2000, Dossier di ricerca volume II, Caritas Diocesana di Roma.

biologico del termine; questo è un aspetto che è emerso chiaramente dalle interviste. Non è cosa da poco per chi è abituato ad un clima tropicale, caratterizzato dalla stagione delle piogge calda e umida e da quella estiva molto calda e secca, trovarsi improvvisamente in un Paese a clima continentale dove si avvicendano quattro stagioni, due delle quali con temperature infinitamente più basse rispetto alle minime del proprio Paese di origine. Genevieve, camerunese, esprime molto bene questo aspetto sintetizzabile in quello che chiama “terrore del freddo”:

*“ La difficoltà è quella di affrontare il freddo, di potere vincere la paura di non uscire, di stare a casa. Affrontare il freddo e potere uscire, essere attivo e quindi esci e vai a lavorare, a fare la spesa oppure a fare una passeggiata. All'inizio influisce molto, sì. All'inizio ci sarebbe quasi la tendenza a non uscire di casa per andare a lavorare”*

E' inevitabile che sia stata lamentata una maggiore frequenza di patologie da freddo, stati morbosi, per chi proviene da regioni tropicali, precedentemente poco conosciuti. L'aspetto problematico è che queste situazioni possono entrare in sinergia con disagi di carattere socio – economico come ad esempio l'essere sprovvisti delle risorse materiali o legali per affittare una casa fornita di tutti quegli elementi ritenuti oggi essenziali per condurre una vita sana. Così come è stato espresso dai “diretti interessati”, non vi è da stupirsi se tra i comportamenti messi in atto per difendersi da questa difficoltà, vi sia la tendenza a tenere sigillate le finestre, ad improvvisare metodi di riscaldamento tutt'altro che sicuri – i cui effetti perversi sono ad esempio i casi di intossicazione da monossido di carbonio che ultimamente sono quasi esclusivamente a carico di immigrati – e a ridurre le misure per l'igiene personale con conseguenti problemi dermatologici.

#### **4.2) IL PROCESSO DI “ADATTAMENTO SOCIALE”: IL RUOLO PIVOT DELL'IDENTITÀ E DELLA STRUTTURA SOCIALE.**

Passiamo ora a prestare attenzione agli aspetti più propriamente contestuali della relazione tra migrazione, integrazione e salute.

Innanzitutto, trovarsi in un nuovo contesto sociale, caratterizzato da un lingua, stili di vita e di lavoro, una gerarchia di valori e delle modalità tipiche di interazione molto differenti rispetto alle proprie, rappresenta per il migrante un impatto traumatico. È inevitabile che tutto ciò vada a toccare quegli elementi da lui socializzati al suo Paese di origine e, in fondo, il suo sistema di credenze e la rappresentazione di se stesso. Stiamo abordando una questione molto importante e dibattuta negli studi sull'immigrazione, quella dell'**identità**. Per semplicità definiamo l'identità come la risposta che l'individuo dà alla seguente domanda: chi sono io? Quando una persona si trova di fronte ad un universo simbolico differente rispetto a quello in cui si è socializzato per tutti gli anni della sua vita, è inevitabile che la sua identità subisca degli scossoni importanti. Stiamo parlando di tensioni identitarie che possono condurre il soggetto a interrogarsi sulla fondatezza e sulla legittimità delle proprie credenze e valori originari. Un buon esempio è fornito da Simon, un camerunese di 35 anni che di fronte alle maggiori libertà, inibizioni e concessioni che caratterizzano le relazioni sentimentali “occidentali” non esita a mettere in discussione e a criticare le usanze tipiche del suo Paese che invece impongono di condurre una vita sentimentale più fredda e distaccata propria di un'organizzazione familiare estesa.

In secondo luogo, possiamo ora approfondire maggiormente il concetto di “doppia assenza” che abbiamo accennato nei capitoli precedenti. Abbiamo visto che la concezione di salute adottata per le nostre finalità contempla in modo significativo le sfere sociali e psicologiche della persona, nel caso del migrante è necessario abbozzare un altro stato psicosociale che caratterizza sovente la vita della popolazione immigrata. Mentre il suo cammino di inserimento nel mercato del lavoro, di socializzazione della nuova struttura sociale e di radicamento della famiglia continuano e progrediscono, parallelamente si fa strada un sentimento ben descritto da Abdelmalek Sayad, quello

della *doppia assenza*<sup>8</sup>. Questa condizione da un lato è il risultato dell'abbandono della sua comunità d'origine e della perdita dei propri ruoli e status originari, dall'altro è la conseguenza di un'integrazione difficile da realizzare nella società accogliente, ovvero la difficoltà a trovare un ruolo specifico e il conseguente riconoscimento sociale; aspetti, questi ultimi, che contribuiscono a conferire giustificazione e legittimazione al proprio progetto migratorio. Il nocciolo è però rappresentato dal fatto di essere coscienti dell'impossibilità di ritornare sui propri passi e ricominciare di nuovo un'altra vita nel suo Paese di origine. È sempre Simon che ci offre un buon esempio di ciò che stiamo spiegando:

*“Dunque, perché ho fatto l'immigrazione? Io non ero... ho sbagliato a fare l'immigrazione perché tutti problemi che vivo qua ora a casa mia non li avrei; ma ora vivo qua, io morirò qua, ora non posso tornare indietro perché ho perso tutto...”*

Sebbene possa sembrare un po' una forzatura, stiamo sempre parlando a pieno titolo di salute e, in particolare, vediamo come questa sia strettamente connessa con la realtà dell'integrazione.

Dopo gli impatti con la nuova società, rappresentati dal trauma identitario o la cosiddetta *“malattia dell'identità”*<sup>9</sup>, aspetti che rappresenteranno la colonna sonora di tutta l'esistenza futura del migrante, incontriamo ugualmente dei fattori di malessere di ordine più materiale. Queste difficoltà sfociano in sofferenze che, rispetto a quelle appena descritte, sono più immediate da comprendere in particolare perché coinvolgono in modo più importante il lato fisico dell'individuo.

A questo proposito iniziamo nel vedere che la realtà del **lavoro** si impone influenzando significativamente la sensazione di benessere del migrante. Questo non è da intendersi semplicemente nel senso che i lavori svolti dalla popolazione straniera sono generalmente poco salubri se non pericolosi, ma soprattutto sotto l'aspetto dei ritmi imposti dal nostro mercato del lavoro che sono estremamente più veloci e frenetici di quelli in vigore nella maggior parte dei Paesi di emigrazione. È esemplare quanto ci comunica a questo proposito Genevive, una giovane congolese appena ricongiuntasi con suo marito e che non ha remore nel dire che in Africa, a differenza dell'Italia, ci sono otto ore AL lavoro e non DI lavoro, nel senso che i ritmi e gli obblighi sono molto più flessibili rispetto a quelli in vigore qui da noi.

*“Da noi se dico otto ore al lavoro vuol dire che da noi puoi arrivare al lavoro alle 8, lavorare una o due ore e poi uscire a prenderti il caffè, un'ora o un'ora e mezzo giri... Quello è otto ore al lavoro, lavori otto ore veramente. Qui invece lavori otto ore, quindi otto ore di lavoro”*

Stanchezza persistente, astenia, dolori da stress fisici sono le dirette conseguenze lamentate da tutti gli immigrati intervistati. Ma gli effetti non sono limitati a questo, è infatti interessante riportare alcuni dati presenti negli archivi Inail. Secondo tale Istituto in questi ultimi anni gli infortuni sul lavoro a carico dei lavoratori extracomunitari sono aumentati: *“gli immigrati incidono per il 4,2% sulla popolazione residente e per il 10,9% sulle denunce di infortuni; essi sono uno ogni venticinque residenti e sono coinvolti in uno ogni nove incidenti denunciati”*<sup>10</sup>.

**Sempre relativamente al tema del lavoro, ci siamo anche imbattuti in casi di migranti che sono stati costretti a trascurare il proprio stato di salute a causa degli obblighi lavorativi. E' il caso di Souad, una marocchina di 25 anni che è qui in Italia dal 2002. Per due anni ha accudito una persona anziana non più autosufficiente per sei giorni alla settimana. I parenti andavano a trovarla solo una o due volte la settimana giusto per vedere se non avesse degli aggravamenti. Dopo i primi mesi Souad ha incominciato ad accusare malesseri a livello**

---

<sup>8</sup> Abdelmalek Sayad, , *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.

<sup>9</sup> Migration et société, vol. 14, n° 83, septembre 2002, CIEMI, Paris, 2002.

<sup>10</sup> *Dossier statistico immigrazione 2004* - Idos, Roma, ed. Anterem pg 310.

**digestivo e il tipico prurito sine forma che spesso colpisce il migrante. Il problema era che la persona assistita necessitava di una veglia costante, cosa che i suoi parenti più giovani non erano disposti a fare neppure la volta in cui la giovane marocchina ha chiesto loro esplicitamente una mezza giornata libera per recarsi dal medico curante. Durante l'intervista ci siamo subito resi conto del suo carattere molto timido e quindi probabilmente poco disposto ad insistere di fronte ad un datore di lavoro. Inoltre, essendo al tempo in possesso di un permesso di soggiorno per attesa occupazione (della durata di soli 6 mesi) sapeva bene che presentarsi alla Questura per la seconda volta senza un contratto di lavoro avrebbe comportato la non concessione di un secondo titolo. Quindi la conservazione del posto di lavoro, sebbene sgradito, era un imperativo da sopportare ad ogni costo. Alla fine Souad è riuscita ad andare dal medico ma solo dopo alcuni mesi dall'insorgere dei disagi e soprattutto uscendo di nascosto.**

Indubbiamente vanno anche considerate le **difficoltà di carattere economico**. Dicendo questo non ci riferiamo semplicemente al fatto che il migrante ha un potere di acquisto basso e quindi è costretto a vivere modestamente ma ci riferiamo in particolare ad un altro dato. L'immigrato si sente generalmente responsabile di due famiglie, quella che ha qui nella società di accoglienza e i parenti che sono rimasti al suo Paese nei confronti dei quali il mensile invio di "rimesse" rappresenta un dovere da rispettare assolutamente. Cosa può determinare questo? In parte ne abbiamo già parlato, essere costretti a vivere scegliendo ciò che è meno caro, ad esempio condizioni abitative precarie con sistemi di riscaldamento insufficienti, assenti o peggio ancora improvvisati; la presenza di casi di tbc è uno stato morboso che secondo il personale medico contattato è strettamente legato a simili situazioni alloggiative. In secondo luogo sono stati lamentati bruschi cambiamenti della dieta che vedono la riduzione di frutta e verdura in particolare nei mesi freddi e questo a causa dei loro costi elevati. La maggiore incidenza di patologie da freddo rispetto a quando si viveva nei propri Paesi di origine è un aspetto che per gli immigrati intervistati è il risultato della sinergia delle modificazioni climatiche insieme ai cambiamenti coatti degli usi alimentari appena discussi. Lapidariamente un marocchino ci dice che *"le arance in Marocco costano 20 centesimi al chilo, qui invece costano 3 euro"*.

Infine, anche se non rappresenta un'informazione di carattere sanitario, la tendenza spesso riscontrata nei vari Pronto soccorso di ottenere impossibili forme di agevolazione economica, anche in questo caso può essere interpretata come l'effetto di queste difficoltà economiche.

Un comune denominatore presente in tutte le aree sociali in cui si muove il migrante è quello delle **discriminazioni**. I suoi effetti non sono semplicemente diretti ma anche indiretti ed hanno conseguenze che si cumulano con situazioni di difficoltà preesistenti. Il fatto che ai migranti siano riservate le mansioni più dure e meno qualificate è una delle manifestazioni più dirette ed evidenti. Non di rado si riscontrano stati di frustrazione soprattutto quando la persona è in possesso di titoli di studio elevati e si ritrova a fare mansioni di profilo estremamente basso. In secondo luogo, la pericolosità dei lavori svolti non si traduce in una copertura assicurativa simmetrica. Infatti, come nota l'Istituto Italiano di Medicina Sociale, il tasso di accoglienza delle richieste di indennizzo da parte di lavoratori stranieri è inferiore rispetto a quello dei lavoratori nazionali (63,6% per i primi e 64,8% per i secondi)<sup>11</sup>.

L'effetto delle discriminazioni è forse ancora più evidente in ambito abitativo. Chiunque lavori a contatto con le problematiche degli stranieri conosce quanto grande sia la difficoltà nel reperire una casa che, a prezzi ragionevoli, risponda ai canoni della vivibilità e della decenza. Delle conseguenze abbiamo in parte già parlato e ci limitiamo ad aggiungere che a livello della regione Piemonte il tasso di tbc per la popolazione italiana è pari allo 0,01% mentre per la popolazione straniera regolare è dello 0,11%<sup>12</sup>. A detta del personale medico contattato, questo è una diretta conseguenza di condizioni abitative pessime, da un lato risultato diretto di una forte discriminazione da parte del mercato immobiliare e dall'altro di una discriminazione indiretta operata dalle istituzioni. Come

---

<sup>11</sup> Dossier statistico immigrazione 2004 - Idos, Roma, ed. Anterem, 2004 pg 312

<sup>12</sup> Osservatorio Epidemiologico Regionale, elaborazione propria.

aveva già notato d. Fredo Olivero la giunta regionale di centro-destra che è rimasta alla guida del Piemonte fino alla primavera del 2005 relativamente alla “questione immigrazione” alternava atteggiamenti di aperture con altri di forte chiusura. Le sue disposizioni in materia di Edilizia Residenziale Pubblica penalizzano duramente la popolazione straniera, perché attualmente è estremamente difficile essere in possesso di un permesso di soggiorno di durata almeno biennale, come prevede la legge “Bossi-Fini” e dimostrare di lavorare in modo continuativo da almeno tre anni (requisito imposto con legge regionale per poter presentare la domanda al bando dell’ERP)<sup>13</sup>; le alternative rimangono quindi quelle di accettare ciò che offre il mercato.

L’importanza di queste ultime informazioni, di carattere eminentemente politico, economico e sociale, risiede nel fatto che ci permettono di vedere quanto sia stretto il legame tra integrazione sociale del migrante e le sue condizioni di salute. Se si vuole trattare di quest’ultima e affrontarne costruttivamente gli aspetti critici è essenziale non prestare attenzione solo al lato medico, che in questi casi non rappresenta che la punta di un iceberg; di conseguenza, la tutela della salute richiede imperativamente l’adozione di un approccio olistico.

Per concludere soffermiamoci ancora un istante sul ruolo della struttura sociale nello sviluppo di particolari stati di malessere. Paradossalmente anche tra i migranti capita di imbattersi nelle cosiddette patologie da benessere come sovrappeso e problemi cardiocircolatori. Spesso questi sono gli effetti perversi di una **socializzazione distorta** di stili ed abitudini presenti nelle “nostre” società a benessere diffuso. Dalle interviste con mediatori culturali operanti in ambito ospedaliero, è emerso che chi ha vissuto la vita intera in situazioni di ristrettezze e si trova improvvisamente in possesso di capacità economiche, almeno ai suoi occhi, molto superiori rispetto a quelle esperite precedentemente può essere portato ad esempio a compiere eccessi alimentari o a condurre una vita molto sedentaria perché finalmente in possesso della tanto sognata automobile privata. Questo può anche avere delle ripercussioni sulla compliance (il livello di adesione alle terapie consigliate) perché difficilmente viene compresa la prescrizione di mettersi a dieta o di aumentare l’attività fisica quando finalmente si è raggiunto un stile di vita che è sempre stato oggetto di desiderio. Piuttosto di rinunciare viene domandato di risolvere il problema con i farmaci, quando invece non ce ne sarebbe assolutamente bisogno. Gli stessi mediatori intervistati riferiscono che spesso assistono a situazioni caratterizzate da quella che si potrebbe definire “fame di tecnologia”, che in questo caso si manifesterebbe in un’eccessiva richiesta di farmaci; aspetto che potrebbe essere percepito come un indicatore di un’esasperata imitazione dei nostri modelli di vita in generale e di salute nello specifico.

## 5) TRE IMPORTANTI AREE DI INDAGINE

### 5.1) LE MALATTIE INFETTIVE

Prestando ora attenzione al lato più prettamente medico-sanitario, tre sono le aree di riflessione che riteniamo importanti per il nostro intento. Iniziamo volgendo attenzione ad un tema molto delicato, quello della **malattie infettive**. La ragione di questa scelta non è dettata solo dall’importanza dell’argomento ma soprattutto perché ci troviamo di fronte ad un ambito ove emerge con forza il peso condizionante del disagio sociale. Non è il caso di addentrarci nelle cifre, perché è sufficiente sottolineare che i tassi di incidenza di queste patologie sono più elevati per gli stranieri che per gli italiani; da questo conseguono due focus di attenzione. Il primo ha a che vedere con la natura stessa di queste malattie e stiamo parlando in particolare della tubercolosi e del virus dell’Hiv. Della prima e delle sue caratteristiche sociali di sfondo abbiamo già parlato a sufficienza. Per quanto riguarda l’Hiv, se tra la popolazione autoctona non è necessariamente un indicatore di disagio sociale, dalle informazioni ottenute pare esserlo invece per il migrante e stiamo parlando di tutti quei casi in cui si è scelto di emigrare perché ammaliati da miraggi di ricchezza e alla fine si finisce nel circolo della prostituzione. In secondo luogo, sempre per il migrante, nell’area delle malattie infettive il disagio

---

<sup>13</sup> Legge regionale, n. 22, 3 settembre 2001. BUR Piemonte, 9 settembre 2001, n. 36

sociale è una variabile estremamente rilevante che rappresenta non solo una causa importante per la contrazione della patologia, ma si configura come un fondamentale elemento che può condizionare fortemente il percorso di cura, la possibilità che il soggetto segua fedelmente quanto prescritto dall'operatore sanitario. Prendiamo ad esempio il classico caso dell'immigrato che lavora in nero. Chi lavora irregolarmente e di conseguenza è già inserito in un contesto tutt'altro che facile, deve tenere a mente che se viene ricoverato in ospedale e quindi per un certo periodo di tempo non potrà andare a lavorare, il suo "datore" non avrà nessun problema a cercarsi un sostituto. Il peso di una simile tegola viene amplificato dal fatto che le "sue famiglie", quella qui in Italia e i cari rimasti al Paese di origine, si troveranno d'improvviso senza risorse economiche. Considerato ciò la richiesta di firmare il foglio per la dimissione sotto la propria responsabilità è la prima decisione che si prende, senza riflettere minimamente sulla patologia e la conseguente terapia. Situazioni molto simili sono vissute con le prostitute. Non è infrequente che queste abbandonino il reparto perché sanno che se non tornano immediatamente al lavoro il protettore trattiene loro il passaporto. Al di là delle opinioni di carattere morale, questo per loro è un lavoro, costituisce una fonte di reddito e quindi ha precedenza rispetto a tutto il resto. Sempre nell'ambito della malattie infettive, resistenze alla compliance sono state anche riscontrate per ragioni di carattere culturale. Ad esempio il significato di morte per molte realtà è differente dal nostro, ovvero un qualcosa da combattere sino all'ultimo con tutte le risorse a disposizione. Altrove ha un significato differente, meno conflittuale, e una volta diagnosticata e comunicata al paziente una patologia che contempla la possibilità di un esito infausto può capitare che il soggetto si abbandoni alla sorte ed eviti qualsiasi forma di intervento.

Se la manifestazione patologica necessita la giusta attenzione da parte dell'operatore sanitario, in base all'esperienza di ricerca abbiamo visto che questa dev'essere interpretata come il sintomo di un contesto sociale assolutamente influente e determinante che, se non preso in giusta considerazione non permette di comprendere a fondo le ragioni di certi comportamenti, abitudini ed atteggiamenti del migrante che ad un'osservazione superficiale possono sembrare non razionali ed ostacolanti il rapporto medico-paziente.

## 5.2) VIVERE IL MALESSERE

E' importante dedicare ora un breve spazio ai cosiddetti **comportamenti in malattia** per vedere come in questo caso l'elemento culturale è una variabile esplicativa di grande importanza. Per chi proviene da società ove il peso della tradizione è forte, il ruolo dell'ammalato presenta delle prescrizioni molto pervasive per il soggetto che gode di una sfera di diritti e benefici molto più ampia di quella esperita nelle società industrializzate. L'ammalato generalmente è oggetto di una forte compartecipazione da parte di parenti ed amici che gli consentono di vivere il periodo del malessere in una dimensione estremamente protetta ed aiutata. Il rapporto esistente fra persona malata e parentela è stato ben espresso durante l'intervista con una mediatrice culturale Sudafricana:

*"Il caro malato non è un problema come per voi. Siamo molto vicino alla persona, gli amici possono anche andare a dormire a casa del malato quando possono per creare il conforto, per far vedere che siamo con lui e dividiamo le sue pene assieme alla persona".*

Non è quindi percepito al pari di una rottura dell'ordinaria quotidianità come avviene nelle nostre società altamente stratificate, un impegno a cui la parentela, se ha tempo, vi fa fronte spesso malvolentieri, ma un elemento che entra tranquillamente a far parte della routine giornaliera, anzi che va ad occuparne un posto quasi privilegiato rispetto ad altri momenti. Naturalmente durante l'emigrazione l'assenza di tali reti di sostegno è causa di forte sofferenza.

Altro dato importante è che generalmente fra i membri delle società tradizionali vi è l'usanza di non rendere partecipe e consapevole l'ammalato se questo è stato colpito da patologie gravi. Vi è la tendenza a lasciarlo all'oscuro di tutto. E' stato comunque riconosciuto dai mediatori culturali

intervistati che questo atteggiamento può portare a forti stati di passività e di abbandono alla sorte da parte del paziente. L'importanza della consapevolezza e della partecipazione alla malattia in vigore presso le società industrializzate è un aspetto che, dall'analisi delle interviste, pare essere ampiamente condiviso.

Legato a quanto appena detto anche la qualità dell'adesione alle terapie merita una breve trattazione. La *compliance* è preceduta da un momento in cui il migrante attiva un profondo processo di autoriflessione sulle proprie credenze ed esperienze passate. Come è stato riferito dagli immigrati intervistati se il paziente proviene da contesti molto tradizionali la diagnosi di un disturbo e il relativo percorso di cura indicato dal terapeuta sono il risultato di un forte "processo di negoziazione" tra medico e paziente in cui le considerazioni di quest'ultimo sono valutate attentamente<sup>14</sup>. Premesso ciò, trovarsi in un contesto ove il suddetto rapporto è altamente personalizzato e molto delegato alla tecnologia diagnostica può generare non poche perplessità e resistenze da parte di chi si sente dire che è affetto dalla patologia x dopo che sono stati letti alcuni numeri su un pezzo di carta. E' enorme quindi la differenza della realtà che spesso un migrante incontra nel paese ospite, ove vige in questo caso una cultura medica il cui principale obiettivo dopo aver esaminato il quadro clinico del soggetto, è quello di costruire una diagnosi il più possibile incasellabile nei protocolli terapeutici codificati a prescindere da quelle che sono le considerazioni del paziente. E' inevitabile che questo *modus operandi* per "noi" assolutamente legittimo e corretto possa essere fonte di dubbi e perplessità per chi è abituato ad un sistema diametralmente opposto in cui il rapporto terapeuta-paziente è caratterizzato da forte compartecipazione.

### 5.3) LA "QUESTIONE" GRAVIDANZA MATERNITA'

Da ultimo, relativamente alla popolazione straniera pare legittimo parlare di una questione **gravidanza-maternità**. Questo momento così delicato della vita di una donna e di una famiglia, pare assumere in un contesto distante da quello originale delle caratteristiche altamente problematiche. Vediamone più dettagliatamente i motivi. Stiamo parlando di persone che provengono da contesti di provenienza con bassa divisione del lavoro, una forte gerarchizzazione e separazione dei ruoli famigliari. Tutto questo ha come logica conseguenza che durante un momento molto particolare come la gravidanza e la maternità si generino attorno alla gestante delle precise strutture di relazione animate esclusivamente da donne che rappresentano una vera e propria dimensione sociale a se stante da quella del coniuge e degli altri parenti uomini. Per dirla in parole povere la gravidanza e la maternità sono momenti da vivere esclusivamente al femminile. Con la migrazione si producono per la donna, ma anche per l'uomo, una forte trasformazione di queste strutture relazionali che le vede decisamente ridimensionate. E' emerso che il migrante si trova spesso privo di legami a maglie strette e una gravidanza fuori dai contesti di origine è frequentemente vissuta dalla donna in estrema solitudine in quanto la madre, la nonna e la più generica famiglia allargata è assente. Si ritrova priva di tutta quella rete di sostegno necessaria per farle vivere un momento così prezioso nel modo più consono alle sue esigenze fisiche, psicologiche e culturali. Tutto questo ha inevitabili conseguenze sulla vita sociale del marito, il quale affinché la propria moglie possa vivere questa parentesi con meno traumatismi possibili, è costretto a un non agevole ribaltamento di ruolo andando ad assolvere quelle norme e prescrizioni tipiche dei ruoli femminili. Questo comporta difficoltà non solo a livello identitario ma anche nella quotidianità, pensiamo ad esempio ai permessi sul lavoro che si è costretti a domandare al fine di poter accompagnare la moglie alle varie visite e alle conseguenze spiacevoli che ne possono derivare. Inoltre, nella sua solitudine la donna è concentrata ossessivamente sul suo stato fisiologico e questo può portare a importanti forme di iperemesi, le cui origini psicosomatiche sono più che note e sono interpretabili come il risultato di gravidanze vissute in situazioni di stress e forte disagio.

Se la gravidanza è stata definita come un momento difficile, l'assenza di legami a maglie strette pare avere ripercussioni ancora più forti nella gestione del neonato. La totale assenza di un sistema

---

<sup>14</sup> Piero Coppo, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003; Tobie Nathan, *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

di cura primario, rappresentato in questo caso da reti strette al femminile, comporta un' incapacità nel gestire quelle piccole quotidiane esigenze del lattante (ad es. riconoscere quanto ha fame) che sono generalmente tramandate da madre a figlia. Come è stato riferito, non vi è da stupirsi se al minimo pianto la giovane coppia si precipita al Pronto soccorso andando in questo modo ad accrescere l'entità degli accessi impropri.

In secondo luogo, in molti contesti tradizionali la gravidanza è percepita dalla donna come uno stato di benessere, esaltante, come un segno di buona salute e quindi non necessario dell'intervento del medico. Il dover compiere numerosi esami, come è prescritto dai nostri Sistemi sanitari è fonte di stupore e perplessità come viene ben espresso in un caso narrato dalla mediatrice di cultura albanese

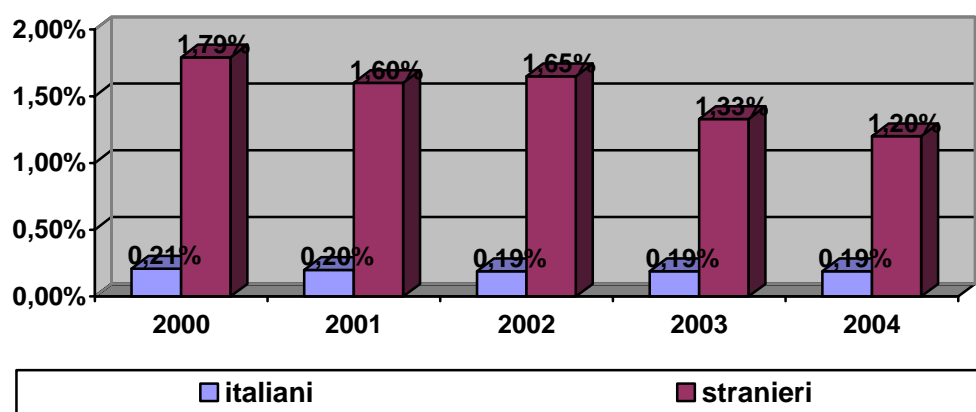
*"[...] ho visto qualche settimana fa una donna di 35 anni e mi ha detto che deve fare questi controlli [esami del sangue ed ecografie, ndr.]. Non so perché [raccontava la paziente, ndr.], da noi ci sono donne con anche più di quarant'anni che fanno i bambini e non hanno problemi. Mi hanno detto che devo fare un'ecografia per vedere se il bambino sta bene, ma non ha problemi, che problemi deve avere [ride ndr.] >>.*

### 5.3.1) L'AREA CRITICA DELLE INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

All'interno del più ampio quadro sulla gravidanza-maternità, è necessario aprire una parentesi relativa ad un problema che sta assumendo caratteri drammatici, quello dell'interruzione volontaria di gravidanza (ivg). Siamo di fronte ad un fenomeno che se da un lato è frutto di ignoranza e impreparatezza a livello di educazione alla sessualità - questo in particolare per la popolazione autoctona - dall'altro lato è un importante indicatore di malessere e disagio sociale soprattutto per la popolazione straniera. Al fine di giustificare i toni che stiamo adottando, presentiamo brevemente alcuni dati relativi alla sola regione piemontese.

Come illustra il grafico seguente, dal 2000 al 2004 il peso delle ivg ha colpito in modo ben differenziato la popolazione italiana rispetto quella straniera regolare

*Tasso di Ivg per la popolazione italiana e straniera regolare nella Regione Piemonte. Anni 2000 - 2004*



Fonte : Osservatorio Epidemiologico Regionale, elaborazione propria.

L'incidenza delle interruzioni volontarie di gravidanza, a livello statistico, è decisamente più forte per la popolazione straniera regolare rispetto a quella italiana, nonostante la serie storica registri per la prima un suo costante decremento. Mediamente possiamo sostenere che il gruppo non italiano è colpito circa dieci volte di più rispetto a quello nazionale. Purtroppo,

non disponendo di alcun dato certo per la popolazione irregolare (in termini di denominatore) non è possibile effettuare il medesimo calcolo del tasso di incidenza ma, a titolo di informazione, è importante riportare che dal 2000 al 2004, circa il 30% delle ospedalizzazioni con pazienti di quest'ultimo gruppo, notificate negli ospedali piemontesi, è avvenuto per effettuare aborti volontari<sup>15</sup>.

Quello delle interruzioni volontarie di gravidanza è un fenomeno che deve per forza essere letto in una chiave qualitativa, nel senso che abbiamo di fronte la manifestazione di un disagio che è primariamente di natura sociale. Come sostengono le ricerche condotte su questo tema dal gruppo di studio dell'associazione Almamater, quando si parla di Ivg non bisogna pensare esclusivamente ai casi delle ragazze di strada, che indubbiamente rappresentano un segmento in estrema difficoltà, ma piuttosto a donne che si trovano inserite in precise relazioni sociali come il lavoro, le difficoltà economiche, la solitudine, la vulnerabilità psicologica, le false promesse e i raggiri da parte di partners (spesso italiani) che in quel momento rappresentano dei vincoli che non consentono di prendere in considerazione la possibilità di mettere al mondo dei figli.

Sono informazioni il cui scopo non è semplicemente quello di testimoniare il problema ma piuttosto che dovrebbero essere fonte di stimolo a livello di politiche pubbliche e in particolare di politica migratoria.

## **6) CONCLUSIONI: UNA VULNERABILITA' CHE NON DEVE PREOCCUPARCI MA CHE RICHIEDE INTERVENTI APPROPRIATI.**

Quello che abbiamo cercato di trattare in uno spazio estremamente breve ha avuto come scopo di presentare la forte complessità e multisettorialità della "questione" salute e immigrazione. Abbiamo visto come questa rappresenti un'eccellente lente di ingrandimento per meglio leggere il percorso di integrazione del migrante e soprattutto che le sue implicazioni politiche e sociali sono di grande rilevanza. Inoltre, è proprio prestando attenzione alle caratteristiche sanitarie della popolazione immigrata che la definizione di salute proposta dall'OMS assume un valore euristico che altrimenti difficilmente si vedrebbe attribuito.

Ciò che è emerso è il grande ruolo delle determinanti sociali sulla salute della persona: l'impatto con la nuova società, il lavoro, l'abitazione, le difficoltà economiche, le discriminazioni, ecc. La legislazione italiana in merito è stata lungimirante e, a partire dal momento in cui l'immigrazione stava diventando un caso sociale, la prima metà degli anni novanta, alla popolazione straniera è stata subito riconosciuta la parità di servizi sanitari erogati con la popolazione nazionale. Anche per quanto riguarda gli stranieri irregolarmente presenti, a partire dal '98 questi beneficiano di una piena assistenza sanitaria. Nonostante la macchina legislativa si sia mossa in modo relativamente veloce, numerosi sono ancora i problemi da affrontare. Ad esempio abbiamo detto che per quanto riguarda precise patologie i tassi di incidenza evidenziano degli scarti importanti rispetto alla popolazione locale. Questo è un dato a prima vista preoccupante, richiede però un'analisi molto più approfondita che non si deve limitare alla semplice lettura dei suddetti tassi. Ad esempio per la regione Piemonte, se si comparano le variazioni percentuali annuali relative all'andamento di tali patologie (Hiv e Tbc) con la variazione percentuale della crescita della popolazione soggiornante nel suo complesso, si vedrà come le percentuali delle prime – sempre negative - sono inferiori alla seconda – sempre positiva -, nel senso che il loro ritmo di crescita, sebbene più importante rispetto a quello della popolazione autoctona, è inferiore al ritmo di crescita della popolazione complessiva. Quindi non ci troviamo di fronte ad una popolazione che, da un punto di vista epidemiologico, può danneggiare quella autoctona, ma che presenta semplicemente una vulnerabilità maggiore. Inoltre un dato significativo è che il privato sociale continua sempre più ad offrire servizi di carattere socio-sanitario come ambulatori medici, odontoiatrici o di sostegno psicologico e fra la maggioranza dei

---

<sup>15</sup> Osservatorio Epidemiologico Regionale, elaborazione propria.

suoi utenti non abbiamo solo immigrati irregolari, ma anche regolarmente soggiornanti. Sono questi i temi su cui la macchina politica e legislativa deve riflettere per implementare delle azioni efficaci. Ciò premesso, non dobbiamo però lasciarci tentare di definire le esigenze socio-sanitarie del migrante equipollenti a quelle delle cosiddette fasce deboli, perché nonostante mantenga una sua parziale verità, è un approccio mentale che deve per forza essere corretto. Contemporaneamente non si deve tradurre nella funzione *immigrato = caso sociale*, cioè che necessita per forza di essere accompagnato nel suo percorso di inserimento, ma semplicemente che le sue difficoltà esperite nella società di accoglienza, che abbiamo visto come prettamente di ordine sociale, si cumulano con un ritmo e degli effetti più forti rispetto alla popolazione autoctona.

Per concludere, la sinergia delle difficoltà relative alla struttura sociale va a costituire quella che per il migrante rappresenta una rigida *gerarchia delle priorità*: il processo di inserimento nella nuova società impone di prestare attenzione in primo luogo al lavoro, allo status legale, all'abitazione, alla lingua e poi verrà tutto il resto... anche la salute.

## Bibliografia

- Abdelmalek Sayad, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Bastidiana, *Migrations et Santé*, n° 39-40, Paris, Centre National du Livre, 2002.
- Didier Fassin Alain Maurice Catherine Quiminal, *Les lois de l'inhospitalité*, Paris, La Découverte, 1997.
- Didier Fassin, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2002.
- Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.
- Dossier Statistico Immigrazione 2003, Roma, ed. Anterem, 2003.
- Dossier statistico immigrazione 2004 - Idos, Roma, ed. Anterem.
- Le Quyen Ngo Dinh, *L'immigrazione a Roma. L'esperienza della Caritas*, Atti del Convegno Internazionale – Roma 12/14 luglio 2000, Dossier di ricerca volume II, Caritas Diocesana di Roma.
- Legge 28 febbraio 1990, n. 39, art. 4, c. 12.
- Legge regionale, n. 22, 3 settembre 2001. BUR Piemonte, 9 settembre 2001, n. 36
- Massimiliano Bucchi, Federico Neresini, *Sociologia della Salute*, Roma, Carrocci, 2005.
- Migration et société, vol. 14, n° 83, septembre 2002, CIEMI, Paris, 2002.
- Nicola Pasini, Mario Picozzi, *Salute e Immigrazione, un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano Franco Angeli, 2005.
- Piero Coppo, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Tobie Nathan, *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.