

# LA NUOVA REALTÀ DELL'IMMIGRAZIONE: DAL SINGOLO ALLA FAMIGLIA DINAMICHE FAMILIARI E ASPETTI SOCIO-SANITARI

Aldo Morrone e Federica Mereu

«*Ma petite fille,  
(...)  
depuis que j'ai remarqué que tu ne baissais plus les yeux  
en t'adressant à moi ou à ta mère,  
je préfère éviter un affrontement dont ni toi ni moi n'avons l'habitude. (...)  
Je ne voudrais plus passer de nouvelles nuits blanches à penser à toi,  
nous causant des soucis,  
allant plus vite que ce que nous sommes capables d'accepter.  
Tu vas trop vite.  
Je sais que Paris est une ville où même les grands se perdent.*»

Tahar Ben Jelloun, *Les yeux baissés*, Edition du Seuil, Paris, 1991

## 1. Introduzione

Il fenomeno migratorio ha assunto negli ultimi tempi dimensioni, complessità e aspetti strutturali assolutamente inimmaginabili solo 20 anni fa. Eppure nonostante le pur pregevoli analisi e ricerche condotte su questa realtà, con l'ausilio di metodologie e tecniche anche sofisticate, si osserva un *gap* terribile tra accuratezza d'indagine e scarsa applicazione dei risultati in sede di attuazione di politiche complessive sul fenomeno.

In questo ampio e difficile dibattito che si è aperto in questi anni sulla realtà dell'immigrazione troppo spesso si è rinunciato a un'analisi più elaborata sul piano storico, economico e culturale di questo evento. Non siamo ancora stati capaci di approfondire le reali cause politiche e socio - economiche che conducono oggi milioni di poveri, di esclusi dalla storia, a lasciare la propria terra di origine, per cercare di riappropriarsi di una parte di quella ricchezza di cui sono stati violentemente espropriati in un passato non troppo remoto. I punti di vista del sud del mondo, le ragioni dei tre quarti degli abitanti del nostro pianeta continuano a essere ignorati dal nord, cioè da quel 20 per cento del pianeta che consuma più dell'86 per cento delle ricchezze di tutti.

Troppe volte, in un'ottica culturale unilaterale, ci siamo limitati a un'analisi eurocentrica e androcentrica, ignorando completamente le ragioni delle rivendicazioni del Sud del mondo, in particolare delle donne, prigionieri come siamo del mito della nostra superiorità culturale e storica, anche nell'analisi dei fenomeni migratori.

Oggi i settori più attenti e sensibili della società civile si interessano al problema dell'immigrazione cercando di dare risposte concrete a situazioni di disagio e sofferenza, per rendere questo *esodo biblico* il meno doloroso possibile. Eppure, talvolta ancora si può cogliere in questo atteggiamento un'accondiscendenza culturale al mito dell'uomo bianco superiore, anche nella bontà, anche nella solidarietà: dopo essere stato il protagonista di politiche colonialiste e neo-colonialiste, è convinto che sia "lui" il motore di ogni cambiamento. È invece il bisogno di giustizia del Sud, il desiderio di una vita dignitosa per tutti nel nuovo *villaggio globale* che deve porre oggi in crisi i nostri modelli culturali, economici e politici.

La crisi della nostra civiltà, che con difficoltà ha trovato una soluzione al tragico genocidio che si è compiuto accanto a noi, a pochi chilometri di distanza nei territori dell'ex Jugoslavia, e che non riesce a risolvere il problema della violenza, della guerra e della povertà in tante parti del mondo: Albania, Ruanda, Repubblica Democratica del Congo, è ormai irreversibile. Questo nostro modello di sviluppo ha creato troppa esclusione, sofferenza, ingiustizia, per poter essere ancora utilizzato nella progettazione del futuro anche degli immigrati presenti in Italia. In particolare dopo la tragedia dell'11 settembre a New York, non si può continuare ancora con l'accondiscendenza verso nuove guerre in Afghanistan e in Iraq. Le vittime delle Torri Gemelle meritano rispetto e non

cieca vendetta. Quel rispetto che merita ogni vittima innocente la cui vita e dignità è cancellata e uccisa dalla nostra indifferenza e soprattutto dalle politiche economiche e sociali inique che non riusciamo a modificare.

Si fa sempre più urgente la creazione di un nuovo modello etico, culturale ed economico che privilegi la vita di tutti, a partire da quella dei più deboli, emarginati e sofferenti.

Il rispetto della natura, degli esseri umani nella loro diversità di uomini, donne e bambini, la ricerca della pace per tutti, di una nuova qualità della vita deve essere il nostro nuovo imperativo categorico.

## 2. Il fenomeno immigratorio nel contesto nord-sud del pianeta

Le migrazioni hanno rimescolato completamente la geografia umana del pianeta. Le nette demarcazioni, i confini nazionali imposti dall'occidente con violenza sono stati praticamente abbattuti. Il crollo del muro di Berlino è stato salutato con gioia e speranza in tutto il mondo. Con angoscia ed apprensione invece è stato vissuto l'incidente nucleare di Chernobyl nell'aprile 1986 che ha provocato una vera e propria strage dalle proporzioni drammatiche nello spazio e, soprattutto nel tempo, essendo gli effetti cancerogeni certamente attivi per molti anni ancora. Proprio la tragedia di Chernobyl ha dimostrato ancora una volta, l'assurdità e il nonsenso di confini, reticolati e filo spinato. Il follow out delle radiazioni nucleari ha invaso i paesi vicini e quelli lontani, con effetti più o meno devastanti a seconda della distanza dal centro di Chernobyl. La salute di un paese non si difende con i reticolati, ma con la collaborazione aperta e il reciproco scambio delle informazioni scientifiche e tecnologiche.

Altrettanta angoscia e sgomento ha prodotto l'attentato alle Torri Gemelle di New York dell'undici settembre 2001, che ha visto migliaia di innocenti morire tragicamente a causa del fanatismo e del fondamentalismo religioso.

Oggi finalmente abbiamo compreso che la salute è un bene di tutti e che va tutelata per tutti gli esseri umani, in qualunque emisfero vivano. Batteri, virus e miceti non conoscono confini o limiti nazionali: la salute di ogni persona, di ogni popolo, dipende da tutti noi. Per questo l'interesse che oggi si sta sviluppando verso lo studio e la comprensione delle malattie nella popolazione immigrata in Europa e delle patologie presenti nei loro paesi d'origine, in gran parte localizzati nelle aree tropicali, si situa in una prospettiva di globalizzazione dei problemi della salute nel nostro pianeta. Talvolta si coglie ancora un residuo di cultura colonialista che ancora non ha abbandonato del tutto la scienza del nord del pianeta.

La caratteristica della migrazioni è il viaggiare verso terre che si spera propizie ed accoglienti. Il viaggio comporta sempre pericoli e malattie. Il viaggiare stesso ha congiunzioni semantiche con la malattia. In greco il sostantivo *epidemia* e il verbo *epidemeo* hanno il significato originario di soggiorno, di arrivare per risiedere in un paese straniero. Le migrazioni hanno sempre caratterizzato tutta la storia dell'uomo, dal suo apparire, sino ad oggi. Il genetista Cavalli-Sforza ha recentemente affermato:

La mobilità è il sale del progresso. Gli antropologi pensavano che a spostarsi fossero le idee, mentre la gente rimaneva dov'era. Oggi abbiamo capito che le idee camminano sulle gambe degli uomini. Tra 60 e 70 mila anni fa, l'*Homo sapiens* aveva già raggiunto un livello di capacità tecnica tale da adattarsi a vivere in ambienti molto diversi. Mano a mano che una popolazione cresceva, fino a raggiungere la densità di saturazione, nasceva la spinta a emigrare alla ricerca di spazi vuoti. Il vero salto avviene circa 10 mila anni fa, con la scoperta dell'agricoltura. Un'innovazione tecnologica che ha aumentato l'offerta di cibo, ha determinato una forte crescita demografica e successivamente un'espansione verso altre terre. La coltivazione dei cereali è stata esportata in ogni luogo dove i cereali potevano attecchire. Ma la colonizzazione del pianeta non sarebbe stata possibile senza la comunicazione, senza la parola, il linguaggio: patrimonio di cui oggi possiamo disporre con facilità<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> L. Cavalli-Sforza e F. Cavalli-Sforza F. *Chi siamo. La storia della diversità umana*. Mondadori, Milano, 1994.

Proprio il linguaggio delle immagini, oggi così apparentemente semplice, ci consente di cogliere tutti i cambiamenti che si osservano nel nostro villaggio globale.

Attualmente non esiste solo il problema dell'immigrazione dai Paesi cosiddetti in via di sviluppo (PVS) verso l'Europa o il Nord del Pianeta. Un'immigrazione ancora poco nota, ma sempre più foriera di gravi pericoli, è quella che vede milioni di contadini abbandonare le campagne e le aree rurali dei paesi poveri, per spostarsi verso la periferia delle megalopoli dei PVS, dove si addensano in immensi agglomerati che diventano giorno dopo giorno, dei veri e propri bacini potenziali di nuove epidemie. Alcune zone di queste allucinanti periferie diventano terreni di coltura per germi, batteri, virus e miceti, e la prostituzione inoltre vi si diffonde incontrollata, con tutte le malattie ad essa correlate.

Le persone scappano dal Sud del mondo perché in quei territori è sempre più difficile vivere con dignità e speranza. Il *Rapporto sullo Sviluppo Umano 2002* curato dall'United Nation Development Program (UNDP)<sup>2</sup> per l'ennesimo anno, conferma l'allargamento della soglia della povertà nel pianeta. Infatti nei PVS, considerati nel loro insieme, la povertà umana, ossia le deprivazioni in termini di una vita breve e di mancato accesso all'istruzione e ai servizi socio-sanitari di base, colpisce circa un quarto della popolazione. La povertà di reddito interessa invece più di 2 miliardi di persone, ossia un terzo della popolazione mondiale, mentre sono oltre 1 miliardo e 200 milioni le persone che cercano di sopravvivere con meno di 1 dollaro al giorno, inoltre le grandi malattie, come la malaria, la lebbra, la tubercolosi, l'Aids, devastano la popolazione delle regioni povere del pianeta.

Se si analizza la condizione di sviluppo socio-economico di molti paesi del Sud del mondo e anche solo alcuni degli indicatori di vita: mortalità infantile, aspettativa di vita alla nascita, quantità di acqua potabile a disposizione per ogni abitante, accesso ai servizi sanitari, livelli di istruzione, ci si accorge che il divario tra Nord e Sud del pianeta è andato progressivamente e rapidamente peggiorando. Per molti paesi dell'Africa Subsahariana le condizioni di vita sono decisamente peggiorate rispetto a 30 anni fa.

Gli ultimi dati che l'OMS nel 2002 ha reso pubblici sull'aspettativa media di vita nei diversi paesi del mondo e anche sulla qualità di vita e non solo sul numero degli anni, sono particolarmente preoccupanti. Il Giappone è il paese in cui si vive mediamente di più, e anche quello dove si rimane più a lungo in salute, l'*aspettativa di vita in salute* è di 74,5 anni, mentre la durata totale sfiora gli 80. Il periodo salubre degli australiani e dei francesi è di circa un anno inferiore, mentre gli italiani si mantengono bene fino a 72,7 anni, a fronte di una vita media di quasi 75 anni per gli uomini e 81 per le donne. Per la prima volta l'OMS introduce questo parametro, anziché limitarsi a monitorare la longevità reale. La situazione diventa tragica in Africa, dove le medie spaventosamente basse (25,1 anni in salute nella Sierra Leone, 29,1 nel Niger, 29,4 nel Malawi), toccano quelle presenti in Europa nel Medio Evo. In alcune aree africane, inoltre, la vita media effettiva è recentemente diminuita di 10-15 anni, principalmente a causa dell'Aids.

Sebbene negli anni Settanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) avesse lanciato la campagna "Salute per tutti nell'Anno 2000", poca attenzione era stata rivolta verso le popolazioni più povere, per cui questa splendida utopia non è mai decollata pienamente, anzi mano a mano che ci si avvicinava alla fatidica data del 2000, mostrava tutta la sua impotenza.

### **3. L'immigrazione in Italia**

La realtà dell'immigrazione ha interessato solo negli ultimi venti anni il nostro paese, antico paese d'emigrazione, che fino agli inizi degli anni settanta vedeva ancora emigrare ogni anno oltre 300.000 cittadini in cerca di fortuna. Oggi tutto questo sembra dimenticato e l'immigrazione, con la

---

<sup>2</sup> Cfr. UNDP *Rapporto sullo sviluppo umano. 2002* (13). *La qualità della democrazia*. Rosenberg & Sellier, Torino, 2002.

perdita della memoria storica, suscita paure, fantasmi, preoccupazioni e pregiudizi, accelerando sempre più il processo di frantumazione sociale e culturale. L'immigrazione inoltre ha assunto tempi così rapidi, come mai l'umanità avrebbe potuto prevedere, cogliendo spesso impreparati i governi e le stesse popolazioni.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>3</sup>(OMS), nel 2001 sono state oltre 1 miliardo e 200 milioni le persone che hanno attraversato i confini del loro Stato in via definitiva o temporanea e che vengono definite *Human Mobile Population*. Con tale termine si intende includere immigrati, rifugiati, richiedenti asilo, esuli, lavoratori in transito, viaggiatori e turisti, individui accomunati dall'esperienza del viaggiare. Come tutte le definizioni rischia di appiattire figure ed esperienze diametralmente opposte tra loro, come i rifugiati/richiedenti asilo politico e i turisti. Di questi, più di 160 milioni sono emigranti in cerca di lavoro. Un serbatoio di disperazione in crescita: negli anni '80 erano 70 milioni. Allargando lo sguardo sull'orizzonte più vasto dell'universo immigratorio, si scopre che la maggior parte di questi immigrati del nostro pianeta, è accolta e ospitata soprattutto dai paesi più poveri e non, come comunemente si crede, dai paesi del Nord e dell'Occidente: solo il 41,2 per cento è accolto dall'America del Nord e dall'Europa. Il 58,8 per cento, cioè la maggior parte, è ospitata dal Sud del pianeta

Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia al 1 gennaio 2002 sono risultati 1.362.630. Tra i nati in Italia da entrambi i genitori stranieri (almeno 26.000), i nuovi arrivi a titolo stabile (tra i 90 ed i 100 mila), i 278.000 minori già presenti lo scorso anno e i circa 15.000 minori giunti a seguito di ricongiungimenti familiari, possiamo stimare una presenza straniera regolare di circa 1.600.000 persone con una incidenza del 2,9 per cento sulla popolazione residente (l'incidenza media nell'unione Europea è del 5,1 per cento). L'Italia attualmente, dopo la Germania, la Francia e la Gran Bretagna, rappresenta il quarto Paese dell'Unione Europea per la consistenza numerica degli immigrati che ospita.

Gli immigrati in Italia, continuano ad essere percepiti come una minaccia: stranieri che vogliono entrare in paesi più ricchi di quelli da cui provengono e chiedono che siano loro aperti i cancelli, i confini, e che, in caso di rifiuto li abbattano con la violenza, oppure cercano di attraversarli di nascosto. E i paesi ricchi si comportano come se di tutto ciò non portassero alcuna responsabilità, o quanto meno come se subissero passivamente gli eventi. Afferma Saskia:

I movimenti immigratori internazionali non nascono per il semplice fatto che alcuni individui desiderano migliorare le proprie condizioni di vita, bensì sono conseguenza di una complessa serie di processi economici e geopolitici complessi. Chi si proponga di capire il problema dell'immigrazione deve pertanto analizzare in che modo, quando e per quali ragioni governi, poteri economici, media e popolazione dei paesi sviluppati si trovano coinvolti in tali processi. Anche i flussi di rifugiati sono il risultato di numerosi processi che si intersecano. Se i flussi immigratori fossero motivati esclusivamente dal desiderio individuale di vivere in condizioni migliori, in presenza dell'incremento demografico e del progressivo impoverimento di ampie zone della terra, dovremmo assistere all'invasione di massa dei paesi sviluppati ad opera dei poveri del mondo, a un enorme e disordinato esodo di esseri umani dalla miseria, verso la ricchezza. Ma così non è e così non è mai stato.

I processi migratori sono estremamente selettivi, poiché soltanto determinati gruppi di individui lasciano il proprio paese d'origine; né costoro si dirigono alla cieca verso qualsiasi paese ricco che prometta di accoglierli. Le vie dell'emigrazione hanno una struttura ben riconoscibile, connessa con le relazioni e interazioni che si stabiliscono tra i paesi di partenza e di arrivo<sup>4</sup>.

Oggi paradossalmente, da un lato, si lavora sempre più efficacemente per istituire aree economiche libere da controlli doganali e dall'altro, per ripristinare proprio tali controlli per impedire l'arrivo di immigrati e profughi. Negli ultimi anni, a dispetto di ogni politica di controllo dei flussi immigratori, il numero degli stranieri immigrati, sia regolarmente che illegalmente, è aumentato in tutti i paesi a sviluppo avanzato, segno dell'importante ruolo che essi svolgono

---

<sup>3</sup> Cfr. WHO: *The World Health Report 1999. Making a Difference*, Geneva, 1999.

<sup>4</sup> Cfr. Saskia Sassen, *Migranti, coloni, rifugiati*. (tr.it.) Feltrinelli, Milano, 1999.

nell'economia e nella società dei paesi sviluppati. Sarà difficile non tenerne conto nel momento in cui si adotteranno indirizzi di politica migratoria da parte dell'Unione Europea.

#### 4. I ricongiungimenti familiari

L'immigrazione rappresenta ormai il fenomeno socio-politico più rilevante degli ultimi venti anni. Pur in continuo divenire, ha assunto proporzioni bibliche costringendo tutti a confrontarsi con esso. E se in Italia, fino a poco tempo fa, arrivavano in prevalenza giovani uomini celibi o non accompagnati dalla famiglia – fenomeno tipico dei paesi con un'immigrazione recente - oggi la realtà è già molto cambiata e sta aumentando sempre più il numero di intere famiglie immigrate (preesistenti o formatesi in Italia) in seguito soprattutto al costante aumento dei ricongiungimenti familiari. Ciò comporta conseguenze importanti sia per i Paesi ospiti che per quelli di provenienza.

La nuova **legge n. 189, 30 luglio 2002**, nota come **legge Bossi-Fini**, pur lasciando inalterata la struttura della legge precedente (legge n. 40, 1998) introduce significative modifiche alla normativa in materia di immigrazione. Per quanto riguarda il “ricongiungimento familiare”:

La **legge n. 40, 1998**, “Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”, all'art. 26, recita:

“Il diritto a mantenere o a riacquistare l'unità familiare nei confronti dei familiari stranieri è riconosciuto (...) agli stranieri titolari di carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno (...)”.

E all'art. 27 è scritto che:

“Lo straniero può chiedere il ricongiungimento per i seguenti familiari:

- a) coniuge non legalmente separato;
- b) figli minori a carico, anche del coniuge o nati fuori del matrimonio, non coniugati ovvero legalmente separati, a condizione che l'altro genitore, qualora esistente, abbia dato il suo consenso;
- c) genitori a carico;
- d) parenti entro il terzo grado, a carico, inabili al lavoro, secondo la legislazione italiana”.

La **legge n. 189, 2002**, all'23, “Ricongiungimento familiare”, riporta al comma 1 le seguenti modifiche in senso restrittivo:

- l'aggiunta della lettera: b-bis) *figli maggiorenni a carico, qualora non possano per ragioni oggettive provvedere al proprio sostentamento a causa del loro stato di salute che comporti invalidità totale;*
- un'aggiunta alla lettera c) genitori a carico qualora non abbiano altri figli nel paese di origine o di provenienza ovvero genitori ultrassessantacinquenni qualora gli altri figli siano impossibilitati al loro sostentamento per documentati gravi motivi di salute;
- abrogazione della lettera d) parenti entro il terzo grado, a carico, inabili al lavoro, secondo la legislazione italiana

Salvo che si tratti di rifugiato politico, lo straniero che richiede il visto per ricongiungimento deve inoltre dimostrare la disponibilità di un alloggio adeguato e di un reddito sufficiente a mantenere la famiglia. Non mancano, comunque, casi di “**ricongiungimento di fatto**”, cioè avvenuti in modo formalmente illegale.

Il permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare ha una durata massima di due anni e può essere in seguito convertito in permesso di soggiorno per motivo di lavoro.

I ricongiungimenti familiari, che sono riconosciuti quindi come un diritto e non sono soggetti a quote, rappresentano un indicatore della tendenza da parte degli stranieri ad un insediamento stabile, e costituiscono le basi per la costruzione di una società interetnica ed interculturale.

Secondo i dati più recenti del *Ministero dell'Interno*, al 1 gennaio 2002, in Italia, sono stati quasi 400.000 (40.000 in più rispetto al 2000) i permessi di soggiorno per ricongiungimento familiare, pari al 28,9 % del totale. Una quota consistente, impensabile solo tre anni fa quando rappresentavano solo il 19 %<sup>5</sup>. Tra questi, la percentuale dei minori, pari ad un quinto del totale dei ricongiungimenti, è sottodimensionata perché in molti casi essi non vengono registrati a titolo individuale ma inclusi nel permesso di soggiorno del genitore. Probabilmente sono 3 o 4 volte più numerosi di quanto appaia dai permessi. Nella maggior parte dei casi, comunque, si tratta di coniugi che vengono a ricongiungersi con il partner<sup>6</sup>.

L'aumento non è stato omogeneo sul territorio nazionale. Nelle aree dove gli immigrati hanno potuto inserirsi sul piano lavorativo, alloggiativo e sociale, l'incidenza dei permessi per ricongiungimento è stata più alta. I dati relativi al Nord Italia presentano un tasso maggiore, con il Friuli Venezia Giulia che presenta il picco più elevato con il 35,5 per cento.

Un altro dato certamente correlato alle dinamiche familiari è rappresentato dall'incidenza dei matrimoni misti. Gli ultimi dati disponibili si riferiscono al 1999 e comprendono 16.548 casi, dei quali il 61,2 per cento tra uomo italiano e donna straniera, il 19,2 per cento tra donna italiana e uomo straniero e il 19,6 tra persone straniere. Anche per i matrimoni misti la distribuzione territoriale privilegia le aree del Nord Italia, dove sembrano più avanzati i processi di integrazione.

Non è però possibile credere di sviluppare serie politiche di integrazione, finché non si rivede la legislazione sulla cittadinanza: unico vero criterio per una politica d'integrazione di diritti e di doveri. In Italia accanto ad una realtà immigratoria ormai strutturata e ad un processo di integrazione in fase di consolidamento, non è presente una efficace politica di acquisizione della cittadinanza. Questo istituto è regolato dalla legge 91/1992 che, pur introducendo delle agevolazioni per i coniugi e i discendenti di cittadini italiani e per i giovani stranieri nati in Italia, ha ribadito la superiorità del principio dello *jus sanguinis* e ha promosso la distinzione, assai irrazionale, tra stranieri comunitari ed extracomunitari, sempre più rara anche in ambito Unione Europea.

Nell'arco di tempo compreso tra il 1991 e il 2001 le acquisizioni di cittadinanza sono risultate complessivamente 87.032 di cui poco più di 15.000 concesse a seguito di domande presentate dall'estero. Di queste una percentuale variabile tra l'80 e il 90 per cento è stata conseguita per effetto di matrimoni misti tra un cittadino italiano e un coniuge straniero, a conferma di come tale istituto non rappresenti affatto il punto di equilibrio tra cittadinanza intesa come "strumento" o come "riconoscimento" del processo di integrazione avviato dall'immigrato. La natura compromissoria dell'istituto dell'acquisizione della cittadinanza ne ritarda l'applicazione e la diffusione e di riflesso ne limita la fruizione da parte di molti che pur ne possederebbero già i requisiti formali: sono infatti oltre 350 mila i residenti stranieri da almeno 10 anni che potrebbero richiederla, se non fossero completamente disorientati dalle complessità procedurali e dalla discrezionalità istituzionale. È assai difficile in tale contesto verificare l'accessibilità agli altri servizi, come quelli socio-assistenziali, quando oltre 2 milioni di stranieri sono di fatto ai margini della vita istituzionale del Paese. E questo in controtendenza a quanto accade in altri Paesi dell'Unione Europea, dove si cerca di agevolare la partecipazione degli stranieri "extracomunitari" alla società civile e alla vita politica.

Nei processi migratori contemporanei si assiste in genere ad un percorso di tipo tradizionale: anche se la migrazione non è mai un fatto individuale, ma fa parte di un progetto familiare o comunitario, in un primo momento arrivano soprattutto lavoratori maschi celibi o non accompagnati dalla famiglia, e, solo successivamente, anche dopo molti anni, la famiglia si riunisce grazie alle migliori condizioni economiche raggiunte.

Questo avviene per ovvi motivi: affinché la moglie rimanga ad accudire la famiglia lasciata nel paese d'origine, ma soprattutto per poter esplorare più agilmente la nuova realtà nel tentativo di trovare una sistemazione abitativa e lavorativa anche a costo di enormi sacrifici, cosa che sarebbe molto più complicata con il resto della famiglia a carico.

---

<sup>5</sup> Cfr. Caritas, *Immigrazione - Dossier Statistico 2002*, Nuova Anterem, Roma, 2002.

<sup>6</sup> Cfr. Caritas di Roma-Forum per l'Intercultura, *Migrazioni. Paesi e culture: esperienze europee a confronto*, Sinnos Editrice, Roma, 1998.

In Italia questa dinamica migratoria “al maschile” ha caratterizzato soprattutto l’immigrazione proveniente dall’Africa settentrionale, occidentale e Subsahariana, dal Medio Oriente e da alcune regioni del Subcontinente indiano, in gran parte Paesi islamici in cui la donna gode evidentemente di minore autonomia.

Ma in Italia non è stata meno rilevante una dinamica migratoria di cui sono state protagoniste le donne, come quelle provenienti dalle ex colonie italiane dell’Africa orientale (etiopi, eritree e somale) - le prime in assoluto ad arrivare - seguite dalle filippine, dalle capoverdiane, dalle salvadoregne e dalle dominicane arrivate grazie alla mediazione di strutture legate agli ambienti ecclesiastici il più delle volte con uno sbocco lavorativo sicuro: la collaborazione domestica.

## 5. Gli effetti demografici

Per avere un’idea approssimativa di quello che sarà il nostro Paese nel prossimo futuro basterebbe dare un’occhiata a Paesi come l’Inghilterra, la Francia, la Germania o l’Olanda che molto prima dell’Italia si sono dovuti confrontare con il fenomeno dell’immigrazione, l’altra faccia della colonizzazione.

Una delle più rilevanti ripercussioni che la maggiore presenza di famiglie immigrate determinano in tutta Europa è quella che avviene a livello demografico.

Secondo le proiezioni del recente rapporto “*Replacement Migration: Is It a Solution to Declining and Ageing Populations?*”<sup>7</sup> effettuato nel 2001 dal Department of Economic and Social Affairs – Population Division delle Nazioni Unite, nel 2050 la popolazione italiana dovrebbe diminuire dagli attuali 57,3 milioni di persone a 41,2 milioni e che la percentuale di persone con più di 65 anni, pari oggi al 18,2%, dovrebbe raggiungere il 34,9% dell’intera popolazione.

Questo studio ha quindi considerato la possibilità che le migrazioni provenienti dal Sud del mondo rappresentino per l’Europa una soluzione a questo allarmante processo di declino numerico e di invecchiamento della popolazione, quest’ultimo fenomeno causato da un tasso di fecondità al di sotto dei livelli di sostituzione (con 1,2 figli per donna, l’Italia è in testa alla classifica dei paesi meno prolifici del mondo) e dall’aumentata speranza di vita.

È stato calcolato che, in Italia, per mantenere stabili al 2050 il rapporto tra popolazione in età lavorativa e anziani, sarebbe necessario un flusso annuale di 2,2 milioni di immigrati.

L’arrivo degli immigrati, pur ponendo una serie di problemi per il nostro Paese, come in tutta Europa, rappresenta anche una preziosa risorsa storica, consentendo, tra l’altro, la possibilità di mantenimento degli attuali livelli di attività economica, di reddito e di benessere.

Ma, prima che ciò avvenga, prima che i numeri di questi calcoli - basati sulla considerazione eurocentrica secondo cui “gli immigrati ci servono” - diventino realtà, dovremo iniziare a creare le basi di una seria politica di integrazione (lavorativa, sociale e culturale), ponendo fine all’assurda diffusione di quella che Alessandro del Lago nel suo libro *Non-persone* chiama la “cultura dell’inimicizia”, messa in scena quotidianamente da parte dei *mass-media* e che indica nell’immigrato il nemico da combattere.

## 6. Dinamiche familiari e conflitti

Se certamente la famiglia svolge per gli immigrati una funzione di ammortizzazione delle tensioni e delle sofferenze, la sua ricomposizione dopo anni di separazione vissuti in contesti socio-culturali diversi resta, comunque, un’esperienza difficile che comporta vari problemi sia di ruolo che di riconoscimento dei ruoli e la loro profonda ridefinizione, un faticoso lavoro di riadattamento/aggiustamento delle identità e di continua negoziazione nei rapporti con gli altri membri della famiglia.

---

<sup>7</sup> [Http://www.un.org/esa/populations/publications/migration/migration.htm](http://www.un.org/esa/populations/publications/migration/migration.htm)

Tutti sono chiamati ad assumere nuovi stili di vita e nuovi comportamenti. I ruoli si confondono, si sovrappongono e si scambiano e ciò causa situazioni conflittuali.

Oltre ai normali conflitti fra coniugi e genitori-figli, che si presentano in qualunque altra famiglia, in questi casi si aggiungono molti altri motivi di dissidio, ad esempio:

- se emerge la sensazione che i propri familiari, finalmente ritrovati, siano degli “estranei” a causa della lunga lontananza e, quindi, il dover ricostruire i rapporti con loro;
- se i genitori non rappresentano più un punto di riferimento per i figli che preferiscono, invece, imitare modelli occidentali;
- se i figli mettono in discussione i genitori, immigrati di prima generazione, o addirittura se ne vergognano perché ad esempio non parlano correttamente la lingua;
- se i membri della famiglia che si ricongiungono rimangono delusi perché l’immagine che avevano dell’emigrazione non coincide con una realtà molto diversa e molto più dura;
- se si rifiuta la cultura d’origine (più spesso capita alla seconda generazione) o quella nuova (nella maggior parte dei casi questo tipo di rifiuto riguarda gli adulti e gli anziani soprattutto a causa delle difficoltà di apprendimento della lingua e di integrazione nella nuova società);
- se non tutti i componenti della famiglia erano d’accordo a lasciare il proprio paese;
- se, come spesso avviene in Francia, il padre è disoccupato e i figli non riconoscono più l’autorità paterna;
- se tra i membri di una famiglia si manifestano forme di dipendenza (linguistica, economica, ecc.).

Capita che i figli non facciano più solo i figli ma che rappresentino per i loro genitori “la chiave per comprendere il mondo esterno”, come racconta la giovane protagonista di *Les yeux baissés*, romanzo di Tahar Ben Jelloun, scrittore franco-marocchino, che narra le vicende familiari di una giovane berbera cresciuta in un villaggio del Sud del Marocco. Suo padre è emigrato nel Paese che lei chiama “*Lafrance*”. Dopo alcuni anni di lontananza, il padre porta con sé a Parigi tutta la famiglia. Pagine e pagine che descrivono le complicate dinamiche familiari e le emozioni che l’accompagnano: paura, disorientamento, entusiasmo, ribellione, rifiuto e, infine, nostalgia del villaggio.

Il conflitto familiare e sociale è anche il tema prevalente di molte storie raccontate dalla nuova letteratura<sup>8</sup> e dal nuovo cinema inglese<sup>9</sup>: storie di confine all’interno delle comunità di immigrati di prima, seconda e terza generazione residenti in Gran Bretagna, in cui si intrecciano rapporti tra gli antichi dominati e i non più dominatori, come ad esempio “*East is East, una famiglia ideale*”, *pièce* teatrale<sup>10</sup> autobiografica del Pakistano Ayub Khan-Din che, in un’atmosfera tragicomica, mette in scena un teatrino familiare in cui si scontrano due culture.

Protagonisti sono i pakistani di seconda generazione in bilico tra tradizione e modernità. Si ride molto, ma ci sarebbe da piangere, il film infatti denuncia: l’incapacità di accettare la diversità, la difficoltà dell’integrazione, la tentazione dell’estremismo religioso, il conflittuale rapporto padre/figli, Oriente/Occidente, il ruolo della donna, le imposizioni, le prevaricazioni, i dogmatismi, le violenze domestiche esercitate in nome della religione e della tradizione.

George Khan, il padre, pakistano integralista emigrato in Inghilterra, vive con il senso di colpa per aver sposato una donna inglese e con la paura di non essere più accettato dalla comunità pakistana. Egli è un despota che, da un lato, vorrebbe che i figli facessero strada all’interno della società britannica, dall’altro, pretende rigorosa obbedienza al capofamiglia e rispetto per le tradizioni. I suoi sette figli, invece, detestano tutto ciò che riguarda il Pakistan (la scuola coranica, la

---

<sup>8</sup> Si veda in proposito quella dello scrittore e sceneggiatore anglo-pakistano Hanif Kureishi, tra gli autori attualmente considerati un culto in Inghilterra

<sup>9</sup> Come “*My beautiful Laudrette*”, “*Mio figlio il fanatico*”, “*Sammie e Rosie vanno a letto*”, “*London kills me*”, “*Brothers in Trouble*”, “*Il giardino indiano*”, “*Monsoon Wedding*” e molti altri.

<sup>10</sup> Da cui è stata tratta la sceneggiatura per il film omonimo del regista irlandese Damien O’Donnell

moschea, le regole alimentari, ecc.). Questo groviglio interculturale causa una quotidiana battaglia. Alla fine la situazione esplose e il fragile equilibrio familiare si spezzò a causa del rifiuto dei figli di accettare la tradizione del matrimonio combinato. Il padre viene messo in minoranza e soccombe alla ribellione di moglie e figli. E questo è solo un esempio.

## 7. Il supporto alle famiglie

La nuova realtà dell'immigrazione necessita di una decisa azione di supporto e recupero dell'equilibrio delle famiglie in transizione attraverso una nuova, più articolata e complessa forma di mediazione, una sintesi tra mediazione familiare e mediazione linguistico-culturale che tenga conto sia delle dinamiche familiari che dell'appartenenza culturale, e, nei casi più gravi, che utilizzi anche le competenze e conoscenze acquisite dalla psichiatria transculturale o dell'etnopsichiatria<sup>11</sup>.

L'esigenza della mediazione familiare è emersa anche in Italia in seguito all'aumento delle separazioni e dei divorzi. Dalla necessità di affrontare questi eventi in modo meno traumatico per tutti i membri della famiglia è nata una nuova figura professionale<sup>12</sup>, quella del mediatore familiare, che ha lo scopo di fornire un sostegno alla coppia mediando fra le divergenze, facilitando la negoziazione in situazioni di conflitto, aiutandola a gestire le complesse relazioni che si instaurano in un nucleo familiare ed a trovare soluzioni per la riorganizzazione dei legami familiari, la custodia dei figli e le questioni di ordine economico.

I mediatori linguistico-culturali svolgono, invece, un ruolo di "mediazione" tra le istituzioni territoriali italiane (enti locali e nazionali, pubblici e privati: sistema sanitario, consultori familiari, scuole, pubblica amministrazione, questura, carcere, ecc.) e i cittadini immigrati residenti con l'obiettivo di accoglierli e di facilitar loro la conoscenza, l'accesso e l'uso dei servizi esistenti sul territorio. Essi non si rivolgono alla famiglia ma al singolo individuo straniero alle cui domande e bisogni danno voce e risposte pratiche. Grazie alla loro capacità di comprendere e dialogare con i cittadini immigrati - essendo loro stessi immigrati dal Paese di origine degli "utenti" che a loro si rivolgono - i mediatori prevengono anche le potenziali occasioni di conflitto e favoriscono le condizioni per l'integrazione sociale e per le pari opportunità nel godimento dei propri diritti. L'intervento di mediazione avviene fondamentalmente su 3 piani:

- il piano linguistico-comunicativo (mediazione linguistico-culturale): traduzione e/o facilitazione nella comunicazione verbale, servizio di interpretariato, traduzione di testi;
- il piano orientativo-informativo: orientamento per la fruizione dei servizi, accompagnamento, consulenza;
- il piano psico-sociale e culturale: ascolto, sostegno, facilitazione delle relazioni, animazione interculturale, promozione e valorizzazione della cultura d'origine, gestione dei conflitti, agente di cambiamento.

---

<sup>11</sup> L'oggetto di analisi delle due discipline, sebbene parta da due punti di osservazione teoricamente diametralmente opposti, è lo stesso fenomeno: l'incontro tra l'espressione fenomenica e teorica di concezioni tradizionali e non occidentali del disagio mentale, socio-culturale e religioso, con le nostre concezioni di malattia mentale e cura psicologico-psichiatrica. Il ritorno di patologie che sembravano desuete (demonopatie, deliri di frotta e di possessione, ecc.) in verità è un riaffiorare di ciò che non è mai scomparso in seno alla nostra cultura postmoderna, impregnata anch'essa delle sue credenze e dei suoi deliri spesso anche "scientifici". (Ancora A., *La consulenza transculturale della famiglia. I confini della cura*, Angeli, Milano, 2002; Ancora A., *La dimensione transculturale della psicopatologia*, Ed. Universitarie Romane, Roma, 1997; Andolfi M., Angelo C., *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Bollati-Boringhieri, Torino, 1987; Nathan T., *La Follia degli altri*, Ponte alle grazie, Firenze, 1990; Coppo P., *Guaritori di follia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996; Morin E., *Il paradigma perduto*, Feltrinelli, Milano, 2001.

<sup>12</sup> Differenti scuole di formazione si rifanno nella maggior parte dei casi ai criteri stabiliti dalla "Charte européenne de la formation des médiateurs familiaux exerçant dans les situations de divorce et séparation"

Ed è forse quest'ultimo il livello della mediazione che bisognerebbe potenziare per poter affrontare non solo il singolo immigrato ma l'intera famiglia con tutte le dinamiche che si attivano all'interno di essa.

## 8. Diritto alla salute

Le necessità fondamentali di un'intera famiglia immigrata composta da uomini, donne, bambini e anziani – di integrazione sociale e culturale, di inserimento scolastico, lavorativo, di abitazioni idonee, di garanzie economiche, previdenziali, sanitarie, - sono molto diverse da quelle espresse dal singolo individuo. E a queste occorre rispondere in modo efficace in termini di politica sociale.

Se il ricongiungimento familiare è un diritto, riconoscerlo non significa solo rilasciare i permessi di ingresso ma soprattutto saper gestire nel modo migliore questa nuova realtà.

Le politiche sanitarie delineate dalle disposizioni vigenti, in un'ottica di complessiva tutela della salute pubblica mirano a garantire la verifica e l'eventuale ripristino della salute di tutti gli immigrati presenti e, per realizzare tale scopo, hanno eliminato barriere di natura giuridica e cercato di contrastare eventuali barriere di natura economica.

L'obiettivo generale del sistema sanitario pubblico riconoscibile nelle disposizioni vigenti è quello dell'accessibilità ai servizi sanitari pubblici, quindi la loro organizzazione in funzione di una reale fruibilità per i pazienti stranieri.

L'articolo 32 della Costituzione italiana afferma:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Inoltre i cittadini devono collaborare al mantenimento della salute, sia osservando i comportamenti richiesti nell'interesse collettivo, sia partecipando alle spese necessarie, in rapporto alla loro diversa capacità contributiva (articolo 53 della Costituzione Italiana).

È bene ricordare ancora che l'articolo 3 sottolinea che “tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”.

A livello internazionale il diritto alla tutela della salute è garantito dalla *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*, approvata il 10 dicembre 1948 a New York dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. L'articolo 1 afferma:

Tutti gli esseri umani nascono liberi e 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 precisa:

Ad ogni individuo 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.

L'articolo 13, comma 2, puntualizza:

Ogni individuo ha il diritto di lasciare qualsiasi paese, incluso il proprio, e di ritornare nel proprio paese.

L'articolo 14 sottolinea:

Ogni individuo ha il diritto di cercare e di godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni.

Ma per quanto riguarda l'aspetto sanitario del fenomeno immigratorio, è soprattutto l'articolo 25, 1° e 2° comma, che ci fa riflettere molto:

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; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

La salute come diritto inalienabile degli individui è inoltre ribadita dal *Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali* del 1966 dove, all'articolo 12, si afferma: "Ogni straniero che vive nel nostro paese ha il diritto di godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire".

Lo stesso diritto viene riaffermato dal *Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici*, sempre del 1966.

La *Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia* e la *Convenzione Europea dei Diritti Umani* riconoscono ulteriormente il diritto alla salute per tutte le persone, senza distinzioni di sesso, religione, razza, lingua, cittadinanza.

Le norme giuridiche internazionali riconoscono quindi che ogni essere umano possiede diritti innati, cioè preesistenti alla stessa legge scritta, inviolabili, inalienabili e imprescrittibili. Tra i principali diritti sono da sottolineare il diritto alla vita, il diritto alla giustizia e alla salute.

Ma quali sono, dal punto di vista sanitario, le principali problematiche legate alla maggiore presenza di donne e bambini stranieri?

## 9. Salute donna

In seguito ai ricongiungimenti familiari è dunque aumentata la popolazione immigrata femminile, rendendo maggiormente equilibrata per genere la realtà dell'immigrazione. Oggi le donne in Italia sono in media il 46,7 per cento della presenta immigrata totale.

La donna migrante vive una condizione estremamente vulnerabile, a rischio di solitudine, dipendenza, isolamento e facilmente soggetta alla discriminazione e allo sfruttamento. Il loro ingresso in condizioni di emergenza le espone a forme di emarginazione e violenza, fino alla riduzione in schiavitù.

Le lavoratrici sono numerose ma socialmente invisibili a causa della tipologia dei lavori che svolgono, per lo più all'interno delle famiglie italiane, che aiutano come *colf* o nell'assistenza agli anziani (le "badanti", come vengono chiamate).

Le statistiche, e la nostra personale esperienza, esprimono un bisogno di intervento sanitario per donne che, in via ordinaria per motivi giuridici (mancanza di una legislazione esauriente), amministrativi (iter burocratici complessi o non comprensibili), culturali (diversa percezione dei bisogni e dei servizi), di fatto sono escluse dalla tutela della salute, nel senso di una vera promozione di salute e di prevenzione delle malattie. Se pensiamo al ruolo che la donna immigrata può svolgere come mediatrice tra due culture, quella di origine e quella acquisita, punto d'incontro con le nuove generazioni, protagonista dei percorsi di integrazione che la nostra società saprà e dovrà esprimere, comprendiamo come sia fondamentale garantire a essa tutti i diritti primari dell'essere umano.

Tra questi meritano un particolare rilievo il diritto alla salute e il diritto alla procreazione libera e responsabile. Le donne immigrate devono avere la certezza che i loro figli possano crescere sereni e tutelati nella loro salute, proprio come i figli degli italiani. Spesso invece il desiderio di una gravidanza, comporta la perdita del lavoro e la solitudine.

Tra le persone meno inserite e più a rischio di marginalità sociale, la componente femminile è comunque fortemente presente, con dinamiche di crescita che non possono che far prevedere maggiori incrementi nei prossimi anni. La nostra società ha relegato il ruolo della donna in uno

spazio sempre più ristretto e, se questo è ancora evidente nel Nord del pianeta, ancor più lo è nei paesi del Sud.

La figura della donna immigrata non è ancora considerata come un soggetto autonomo nella dinamica migratoria, ma come una figura secondaria alla migrazione maschile in difesa di uno stereotipo di moglie/madre a carico dell'uomo. La migrazione al femminile è stata in questo senso poco indagata e paradossalmente meno tutelata anche rispetto al ruolo tradizionalmente attribuito. Attualmente, quasi il 50% degli immigrati nel mondo è costituito da donne e le proiezioni delle Nazioni Unite indicano come, in tempi più o meno vicini, la componente femminile costituirà la quota più consistente della popolazione nata all'estero.

La maggior parte di queste donne proviene da paesi del Sud del mondo, dove ha una vita durissima, costellata di violenze contro qualsiasi diritto umano: povertà, fame, malattie, carico di lavoro eccessivo, tirannie, repressioni e guerre. Per moltissime di loro a tutto ciò si aggiunge anche la violenza delle mutilazioni sessuali. L'emigrazione è ormai una realtà che colpisce profondamente il mondo femminile (donne, madri, mogli) e comporta esperienze sgradevoli e umilianti. Le donne si trovano a dover fronteggiare un difficile percorso di inserimento nel nostro paese: esse devono per lo più farsi carico dell'intera famiglia, soprattutto quando i capifamiglia crollano psicologicamente, per le difficoltà che essi trovano nel paese che li ospita e per la mancanza di un lavoro.

I motivi che inducono le donne a migrare sono di vario tipo: guerra, problemi economici, sentimentali o lavorativi.

La decisione di trovare lavoro deriva dalla volontà di migliorare le proprie condizioni di vita, già frustranti durante l'infanzia e l'adolescenza, frequentemente aggravate dalla guerra. Anche senza un progetto realistico, esse vanno alla ricerca di modelli sociali ideali di benessere che permettano di "ricominciare da capo". Spesso tutto inizia con una proposta di lavoro all'estero, mediata da conoscenti, familiari, esperti della cooperazione, da membri del corpo diplomatico, da religiosi. Dietro a tali proposte si celano precarietà e sfruttamento economico, perché è certo più comodo assumere una donna appena arrivata che non conosce le leggi e i suoi diritti, che non è inserita socialmente e trascorrerà più tempo a casa a lavorare, che dà più sicurezza anche per ciò che riguarda i furti, non avendo punti di riferimento in città.

I motivi sentimentali nelle donne si intrecciano a quelli economici e lavorativi. Emigrano anche per dimenticare una cultura tradizionale che sentono di voler abbandonare. Non si trovano più bene nella loro condizione di donne nel paese di origine, perché in genere non provengono dagli elementi femminili più tradizionali. Sentono però di agire in una condizione di tradimento al sentimento di appartenenza al proprio gruppo e insieme alla propria identità. Si allontanano spesso per vivere del ricordo.

Queste donne, sempre più presenti e visibili, stanno occupando un ruolo determinante; a loro non solo sono affidati i lavori domestici, come tradizionalmente è accaduto, ma anche la crescita dei nostri figli o la cura di anziani e malati soli.

Il ruolo già così pesante di "cerniera" tra il passato ricco di tradizioni, storia e cultura e il presente con le sue incertezze, carico di provvisorietà e prospettive diverse, tra figli permeati di antica cultura ma italiani per forza, tra uomini spesso fuori dai ruoli propri e per questo lontano da ciò che si vive qui e ora, si arricchisce del nuovo fardello dell'essere attente e vicine a momenti delicati della vita di altri; e proprio da questo nuovo ruolo emerge il patrimonio "emotivo-culturale" della donna straniera così veramente attenta e vicina ai nostri figli, anziani, malati. Da questo si comprende come tutto ciò, soprattutto se non relegato solamente ad alcuni ambiti, possa costituire una "risorsa" per il nostro vivere comune.

Il proprio corpo, i propri sogni e i figli sono spesso gli unici beni preziosi, l'unico vero capitale che la donna porta con sé. La modalità di approccio con il proprio corpo è comune a tutte le donne provenienti dai paesi poveri: va nascosto a sé e agli altri. Non si insegna loro a scoprirlo, conoscerlo, ascoltarlo. I cambiamenti adolescenziali e il menarca vengono vissuti in solitudine e senza preparazione. La menopausa può venire considerata come una libertà ritrovata per alcune di esse, come le latino-americane, mentre può essere carica di significati negativi di fine di un ciclo

produttivo e anche sessuale per altre, come le africane. Il corpo viene vissuto come utile per svolgere lavoro, non come espressione di sé. I movimenti sono misurati anche nella danza. Questi condizionamenti si manifestano nelle posture e nell'abbigliamento. La sessualità come forma di espressione dell'individuo, della donna nella sua interezza, resta un tabù a causa di condizionamenti sia di matrice religiosa, sia educativi e culturali; i desideri sono rimossi e negati e l'iniziativa in termini affettivi compete all'uomo.

Nel paese di origine la maternità e il parto sono eventi che coinvolgono tutta la famiglia allargata e le donne della comunità. Il parto è un momento di comunicazione tra donne; l'uomo ne è escluso. Nel paese straniero, invece, la maternità e il parto sono vissuti in solitudine, diventano una malattia; si stravolgono i ritmi (gravidanze ravvicinate, nascite pretermine con bambini di basso peso, ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza e a pratiche di contraccezione non conosciute e non comprese). Il parto in ospedale e l'alto numero di cesarei confermano ulteriormente lo stato di malattia. Il senso di inadeguatezza, insito nell'essere straniere, è potenziato dal "vissuto malato" del partorire e nascere in solitudine senza la famiglia allargata. In ospedale, le difficoltà di comprensione linguistiche e culturali da parte degli operatori dei reparti ostetrici portano, inoltre, all'interruzione precocissima, se non addirittura al non stabilirsi, dell'allattamento materno.

La patologia della povertà e la patologia di sradicamento (cambiamento dei ritmi, del clima, dell'alimentazione, sentimento di tradimento al gruppo di appartenenza e conseguente facilità all'insorgenza di malattie psicosomatiche) sono alcune delle patologie che si trovano ad affrontare le donne immigrate in Italia.

Esse hanno numerosi bisogni come donne, immigrate, madri o mogli di altri immigrati.

Considerando che, secondo l'Oms e altre agenzie internazionali, dalla donna dipende lo stato di salute delle loro famiglie, la salute delle donne richiede un'attenzione particolare anche per questo importante ruolo di promozione e tutela della salute di altri individui.

Per quanto riguarda le donne immigrate di prima generazione, quelle che hanno materialmente «effettuato» la migrazione, vale il cosiddetto «effetto migrante sano». Si tratta di un'autoselezione operata nel Paese di origine degli individui in possesso di buona salute ed efficienza fisica e con adeguate capacità caratteriali, affinché massimizzino la possibilità di successo del progetto migratorio. Ciò non vale invece per le donne (e i bambini) che si siano ricongiunte con il marito, né per le profughe e le richiedenti asilo - giunte in Italia per un pericolo imminente di vita e non per una scelta - né per le donne Rom e Sinti<sup>13</sup>.

Ma presto, con le difficoltà, le condizioni di salute peggiorano. A livello sanitario, con la presenza di donne immigrate, si devono affrontare in modo particolare tutte le problematiche legate alla funzione riproduttiva e alla maternità, tenendo conto della difficoltà culturale che le straniere in gravidanza hanno ad accedere ai servizi sanitari.

In particolare stanno emergendo dati piuttosto preoccupanti sull'abortività volontaria, fenomeno che sottolinea tra l'altro quanto sia scarsa la cultura contraccettiva delle donne immigrate. Da una rilevazione dell'Istat è emerso che i tassi di abortività stimati per le donne con cittadinanza straniera è di 28,7 per mille nel 1998, valori di circa tre volte superiori a quelli osservati tra le cittadine italiane, i cui tassi nella stessa fascia di età risultano pari a circa il 9 per mille.

Altro grave problema è l'esposizione delle donne all'AIDS e il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili che riguarda anche il nostro Paese: tra 30.000 e 50.000 sono le donne straniere attualmente residenti in Italia che hanno subito queste mutilazioni e circa 6.000 le bambine - appartenenti alle comunità provenienti dai Paesi in cui è diffusa questa pratica - che vengono ogni anno illegalmente infibulate in Italia.

---

<sup>13</sup> Cfr. Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati – *Secondo Rapporto sull'Integrazione degli Immigrati in Italia*, Cap. Salute.

## 10. La salute dei bambini stranieri

Il figlio dell'immigrato, è un anello di congiunzione che salda insieme il momento presente, alla dinastia dei padri, continuità del linguaggio, occasione di festa e garanzia di trasmettere ancora un valore, un pensiero, un sogno.

Le aspettative degli adulti fanno sì che il bambino si trovi idealmente sospeso in un tempo che è quello della tradizione, degli antenati ed in uno spazio che è quello della grande casa familiare, una casa dai contorni allargati che arriva a comprendere al suo interno anche lo spazio, rimpianto e mitizzato, della terra d'origine. Simbolicamente spesso è “il figlio” ad essere importante, non il “bambino”.

Intorno alla figura del figlio, alla sua presenza o assenza, (è significativa anche la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza), ruota spesso tutto il processo di radicamento dell'immigrato nella terra che ha scelto, e che lo ha scelto, come seconda patria. A rendere ulteriormente complessa questa situazione ci sono poi due fatti: il primo è che per molti bambini, figli di immigrati, l'Italia è il loro paese, perché sono nati qui e non ne hanno mai conosciuti altri. Ma al tempo stesso non sono riconosciuti come “italiani” dalla società che li circonda, né sul piano dei diritti civili, né sul piano culturale: si trovano cioè nella difficile posizione di essere stranieri in casa loro, perché non hanno un'altra casa. Il secondo fatto è che i bambini, e quindi non solo i genitori o le madri, si trovano ora e, probabilmente, sempre di più nel futuro, in una difficile posizione di “interfaccia” tra due culture, che rischia spesso di schiacciarli: portatori di tradizioni culturali e familiari estranee a quelli locali, e pressati da richieste di integrazione che sono spesso in aperta contraddizione con il loro patrimonio tradizionale.

Nel nostro paese solo ora cominciamo ad affrontare la questione dell'immigrazione di seconda generazione, ma in altri paesi europei essa è ben conosciuta e non a caso viene indicata dalla letteratura internazionale, come sia spesso proprio la seconda generazione di immigrati quella più a rischio di sofferenza psichica e sociale.. Gli operatori socio-sanitari si trovano dunque di fronte ad una doppia dinamica - sincretismo culturale e profonda modificazione dei ruoli sociali - che il bambino innesca e testimonia al tempo stesso. Quest'aspetto non è secondario ai fini di una medicina che vede allargarsi sempre più il suo campo di indagine fino a comprendere problemi culturali e psicologici legati allo sviluppo e al disagio adolescenziale, in una terra straniera. Tanto più che, durante l'adolescenza, proprio l'aderenza o meno ad un'immagine corporea condivisa culturalmente è un fattore che contribuisce al fissarsi dell'identità<sup>14</sup>.

I minori immigrati di prima o seconda generazione si possono trovare in una situazione di profondo disagio, in particolare nella fase adolescenziale: con difficoltà vengono accettati dai loro coetanei ma al tempo stesso non si riconoscono più nella cultura di origine. Essi affrontano soprattutto problemi relativi alla costruzione della propria identità, spesso difficilmente gestibili anche dagli adulti, con la differenza che la loro non è stata una scelta.

Una ricerca internazionale coordinata dal CENSIS ha rilevato una serie di disagi diffusi tra i minori di origine immigrata in Italia: le difficoltà scolastiche, per motivi linguistici e di disomogeneità tra il tipo di preparazione italiana rispetto a quella dei Paesi d'origine, determinano spesso l'elevato tasso di abbandono scolastico.

La criminalità rappresenta un rischio reale per molti adolescenti stranieri, anche se, ad un'analisi più approfondita del fenomeno, emerge che molti di questi minori sono Rom di recente arrivo provenienti dall'ex Jugoslavia, quindi più propensi a imbattersi nel sistema giudiziario per motivi di precarietà sociale, mentre gran parte degli altri sono giovanissimi “minori non accompagnati” – cioè entrati in Italia da soli - marocchini e albanesi, che non hanno un nucleo familiare stabile in Italia e per i quali la delinquenza rappresenta spesso l'unico mezzo di sopravvivenza<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Mazzetti M: *Il bambino straniero in Italia: crescita psicologica ed igiene mentale*. In: Geraci S (a cura di) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Peri Tecnes, (Parma). 1994.

<sup>15</sup> Cfr. Porfiri E. (a cura di), “Dossier: l'immigrazione in Italia”, in *Il Mondodomani*, gennaio 2000.

La Società Italiana di Pediatria ha costituito a metà degli anni '90 il *Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato* che ha raccolto dati particolarmente utili a valutare la salute, le patologie e gli eventuali rischi sanitari dei bambini stranieri presenti in Italia: non si sono osservate differenze significative per quanto attiene lo stato di salute generale dei bambini stranieri rispetto a quelli italiani. Ma, a differenza della popolazione generale, di solito i bambini stranieri e Rom non vengono fatti visitare dai loro genitori in presenza di patologie leggere o all'esordio della sintomatologia. Ciò può comportare dei rischi, perché, senza adeguati controlli clinici e tempestive cure farmacologiche, anche lievi malattie possono a volte presentare serie complicazioni per il bambino, che rischia poi di essere ricoverato in gravi condizioni.

Poiché l'immigrazione non è un fenomeno passeggero, è necessario conoscerne gli aspetti senza dimenticare le differenze culturali, di tradizione e dei modelli migratori, per poter programmare una politica di interventi mirati. Gli immigrati sono prima di tutto esseri umani in difficoltà, spesso in bilico fra due culture che devono essere considerati da una legislazione più attenta in materia di immigrazione, che non sia una legge di chiusura.

## 11. Le culture della salute

Da sempre l'essere umano ha cercato di sconfiggere le malattie e la morte e in ogni secolo si è avuta l'illusione che fosse vicino il momento della loro sconfitta definitiva. La rivoluzione francese utilizzò il ruolo delle scienze e della medicina che avrebbero sostituito la religione e quindi i medici e gli scienziati avrebbero preso il posto dei preti e dei religiosi, in tal modo la società avrebbe recuperato la sua salute originaria. La malattia e la morte divennero così un problema pubblico che cessava di essere un fatto che riguardava la persona malata. In tal modo si è compiuta "scientificamente" la prima divisione tra *persona, cultura, salute e malattia*.

Si è pensato per molto tempo che il concetto di "salute" fosse ben definito dall'espressione "assenza di malattie", "star bene", cioè non essere malati. Oggi ci si è resi conto che la salute non può esaurirsi semplicemente nell'assenza di malattie e la stessa *Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) ha sentito il dovere di definire la salute come "*la realizzazione per tutte le donne e gli uomini di tutte le proprie potenzialità fisiche, psichiche, culturali e religiose*". Solo quando le persone realizzano completamente le proprie potenzialità, si può parlare di persone sane. Ciò giustifica l'impossibilità di definire "sane" le persone che sono costrette a vivere lontano dalla famiglia, dai propri affetti, in una erra straniera e privi del lavoro.

Per l'*homo sapiens*, "sano" è un aggettivo che qualifica azioni culturali, etiche e politiche. Almeno in parte la salute di una persona, e quindi di un popolo, dipende dal modo in cui la cultura, la politica e la società condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti e specialmente nei più deboli la fiducia in se stessi, l'autonomia, la dignità di esseri umani. Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera nelle persone la capacità di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile. La salute in questo senso equivale al grado di cultura e di libertà vissuta<sup>16</sup>.

La salute designa un processo di adattamento. Esprime la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere e di invecchiare, di guarire quando si subisce un danno, di soffrire e di attendere più o meno serenamente la morte. La salute abbraccia anche il futuro e perciò comprende l'angoscia e le risorse interiori per vivere con essa. Esprime un processo di cui ognuno è responsabile, anche se solo parzialmente.

Godere di buona salute significa non soltanto riuscire a fronteggiare la realtà, ma anche gioire di questa riuscita, significa esser capaci di sentirsi vivi nel piacere e nel dolore, significa fondamentalmente "innamorarsi della vita". La salute e la sofferenza come sensazioni vissute e consapevoli sono fenomeni propri degli uomini, che in ciò si distinguono dagli altri animali.

La salute è definita dallo stile con cui ciascuna società si esprime nell'arte di vivere, di gioire, di soffrire e di morire. Lo stile è immerso in un insieme complesso di simboli, valori e

---

<sup>16</sup> Cfr. Illich I., *Nemesi medica*, tr. It. Mondadori, Milano, 1977

rappresentazioni, in base a cui l'uomo spiega e organizza la sua presenza nel mondo, qui e ora: è espressione della sua cultura<sup>17</sup>.

Salute e cultura sono sostanzialmente la stessa realtà. Non si può parlare di salute fuori dell'ambito dell'autonomia della propria persona, delle proprie capacità culturali e umane. Ma questo non significa che la nostra salute dipenda esclusivamente da noi, in quanto noi non viviamo isolati l'uno dall'altro, ma viviamo tutti, nel bene o nel male, in relazione innanzitutto con noi stessi e poi con altre persone; l'uomo è un animale capace di intrecciare relazioni, e la positività di queste relazioni ne fa un essere umano autenticamente maturo.

Anche la malattia, come la cultura, è diversamente percepita dalle diverse persone che la vivono. Il termine stesso di malattia esprime in realtà significati diversi rispetto a chi la subisce e a chi la cura. Il modello antropologico statunitense ha distinto due diversi concetti di malattia: “*disease*” e “*illness*”. *Disease* è la malattia intesa come realtà oggettiva, misurabile con metodi matematico-sperimentali, con visualizzazione dei diversi organi, separati dal contesto culturale.

*Illness* esprime la malattia così come è vissuta e percepita dal paziente, con tutta la sua cultura, i suoi sentimenti ed emozioni<sup>18</sup>. È stato affermato che “*illness* è quello che vive e sente il paziente quando va dal medico, *disease* è quello che ha, quando torna dall'ambulatorio”<sup>19</sup>. Immaginatoci se ciò accade nella stessa cultura, quanto diverse sono le percezioni tra persone appartenenti a culture diverse. Lo stesso può affermarsi per quanto riguarda il concetto di “salute”.

Dare una definizione di malattia non è certamente facile. Esiste una fondamentale differenza tra “*essere malato*” e “*avere una malattia*”. Gli autori anglofoni contemporanei hanno introdotto una sottile e fondamentale distinzione con l'uso dei termini *illness* e *disease*, che si ritrova anche in autori di lingua tedesca (*Erkrankung* e *Krankheit*), mentre nel francese, italiano e spagnolo è assente ogni distinzione.

Il termine *illness* dovrebbe essere usato per designare l'esperienza diretta del malato, il *vissuto della malattia*, mentre *disease* dovrebbe essere riservato alla concettualizzazione della malattia da parte del medico. Esiste però anche una differenza fra *essere malato* (sentirsi tale) e *essere un malato* (e cioè essere riconosciuto come tale), da cui deriva la necessità di introdurre un terzo termine, *sickness*, per indicare la percezione della malattia da parte dell'ambiente non medico che circonda il soggetto. Nella malattia concepita come *disease*, possiamo distinguere le perturbazioni anatomiche e fisiologiche constatate “oggettivamente” dal medico (il *pathos*) dalla loro interpretazione medica in forma di entità clinica o anatomo-fisiologica (il *nosos*).

Un'altra difficoltà è rappresentata dalla confusione fra *la* malattia e *le* malattie, cioè tra la concettualizzazione della malattia in generale (definizione del patologico rispetto al fisiologico), e la concettualizzazione delle malattie particolari (definizione delle entità nosologiche). Nel primo caso, il problema fondamentale è l'ambiguità del concetto di *norma* biologica e sociale; nel secondo, la difficoltà deriva invece dallo *statuto ontologico* delle malattie<sup>20</sup>.

Scoperta delle entità o costruzione dei concetti? Le malattie sono delle entità o dei processi? Le loro definizioni sono il risultato di una realtà oggettiva, o soltanto una maniera comoda di dominare intellettualmente una realtà complessa e fluttuante? In altre parole, le entità nosologiche vengono scoperte o vengono inventate? Queste domande che riassumono un antico conflitto medico-scientifico, appaiono estremamente importanti nella realtà della medicina delle migrazioni, dove spesso la diagnosi può essere il risultato di un pregiudizio culturale. Infatti la concettualizzazione iniziale dello stato morboso comporta sempre un criterio oggettivo, cioè l'incapacità di produrre lavoro per se stessi e per la società, e un criterio soggettivo, che va dall'indisposizione al dolore auto. radici comuni designano la malattia da un lato e il male, il cattivo e il brutto dall'altro. Il concetto di malattia non è socialmente neutro, ma si lega a un giudizio morale ed estetico. Un uomo è malato quando le sue capacità di lavoro sono diminuite, quando soffre fisicamente e quando certe modificazioni avvenute nel suo organismo lo

<sup>17</sup> Cfr. Di Cristofaro Longo G., *Identità e cultura*, Studium, Roma, 1993.

<sup>18</sup> Cfr. Fabrega H., *Disease and Social Behaviour*, Mit. Press, London, 1974.

<sup>19</sup> Cfr. Cassel E. J., *The Healer's Art*, Lippincott, New York, 1976.

<sup>20</sup> Cfr. M.D. Grmek, *Il concetto di malattia*, in M.D. Grmek (a cura di) *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 1, Laterza, Roma-Bari, 1993.

svalutano socialmente e cambiano il suo ritmo di vita fino, in certi casi, a metterne in pericolo la stessa sopravvivenza.

## 12. Migrazioni e salute

Le migrazioni sono fonte di stress e di pericoli per la salute, perché comportano una nuova organizzazione della vita con un conseguente totale sradicamento dall'ambiente di origine, dalle proprie sicurezze. Per tale motivo la tutela della salute dei migranti assume un'importanza strategica, anche nell'ottica di una salvaguardia della salute di tutte le persone a rischi di emarginazione.

Il problema della medicina dell'emigrazione consiste nel dover assistere persone le cui condizioni sociosanitarie si stanno trasformando socialmente e culturalmente. Fin quando non sarà terminato il processo di acculturazione sanitaria e del passaggio dalla possibile patologia da migrazione al rischio di contrarre le malattie delle nazioni industrializzate, sarà necessario tenere presenti alcuni elementi:

- La biculturalità dell'emigrante che lascia una cultura sanitaria senza averla abbandonata realmente e ne acquista un'altra senza averla ancora compresa;
- La diversità della formazione del medico che rappresenta spesso un elemento dissonante nella relazione medico-paziente;
- Le condizioni sociosanitarie peculiari presenti durante tutto il processo di migrazione. A tale proposito è necessario che tutti gli operatori sanitari superino il proprio spazio linguistico e culturale per poter acquisire un modello mentale che consenta di comunicare con pazienti eteroculturali.

Per quanto riguarda il rapporto tra malattie, sintomi, cultura e affinità etniche, non si sono mai osservate evidenti correlazioni tra specifiche patologie e determinati popoli o etnie.

Questi pazienti presentano un atteggiamento assai diverso dinanzi all'esperienza della malattia, del dolore, della sofferenza e della morte. La diversa percezione dei sintomi in rapporto alle differenti culture di provenienza è valida per tutte le popolazioni. È noto che gli italiani e gli ebrei, per esempio, a parità di quadro clinico, accusano un maggior numero di sintomi e i francesi prestano al fegato un'attenzione del tutto particolare, mentre l'attenzione degli iraniani è attirata dai disturbi cardiaci; i pazienti irlandesi invece si lamentano in particolare di disturbi agli occhi, alla testa e alle orecchie. Benché esistano varie malattie tipiche di determinate regioni del nostro pianeta e più frequenti in alcune etnie, come il Kwashiorkor, il morbo di Kaposi non correlato all'infezione da HIV, e le treponematosi non veneree, è quasi sempre la fascia più povera delle diverse popolazioni che presenta un rischio maggiore di contrarre le malattie tipiche di quella regione, e questo indipendentemente dalla latitudine.

Bisogna tenere conto che spesso gli immigrati usano delle metafore somatiche come la via più breve e facile all'espressione di emozioni e sentimenti altrimenti non comunicabili. Molto spesso accusano sintomi di tipo cenesopatico (cefalea, disturbi digestivi, dolori vaghi e diffusi, prurito, bruciori alla minzione, preoccupazioni sulla propria salute fisica), senza che vi siano riscontri somatici. Il processo di cambiamento cui deve fare fronte l'immigrato richiede una continua messa in crisi della propria identità storica o culturale. Si dirà che l'immigrato sa in anticipo che gli verrà richiesto un adattamento a situazioni completamente diverse e che questo comporterà un prezzo gravoso; non è tuttavia pensabile che l'anticipazione di una sofferenza sia sufficiente per eliminarla. È necessario che noi medici, che nell'incontro con pazienti provenienti da culture diverse corriamo spesso il rischio di fermarci al semplice ascolto delle metafore somatiche, diveniamo capaci di recepire, dall'insieme del loro costrutto, il senso profondo dei loro tentativi di recupero di una identità nuova.

Garantire un diritto significa renderlo leggibile e fruibile; appare evidente come il procedere verso una società multietnica debba necessariamente produrre dei cambiamenti nel tradizionale

approccio al paziente. Come può il medico trattare adeguatamente una persona di cui ignora il contesto sociale e culturale d'origine basandosi solo sulla propria percezione dello stato di salute, del significato di malattia e sofferenza, delle attitudini verso le pratiche mediche (espressione sintomatologica)? Come può il medico orientare la propria diagnosi senza conoscere la patologia prevalente e i fattori di rischio presenti nel paese di provenienza del paziente, il suo percorso migratorio e le condizioni sociali di permanenza nel paese ospitante (espressione nosologica)?

All'interno del rapporto medico occidentale-paziente immigrato, si osserva una notevole difficoltà di comprensione non solo per motivi linguistici o meramente etnologici, ma anche per le aspettative dell'immigrato, che vive ambigualmente la situazione del distacco da un passato che non viene mai definitivamente abbandonato, e per il suo desiderio di integrazione nel nuovo mondo che non riesce a esaudire. Sull'altro versante, quello del medico, si realizza una specie di interpretazione in termini esotici del paziente terzomondista come se si trattasse solo e sempre di un "caso" di malattie tropicali o di importazione. Le aspettative del paziente immigrato non sono quelle di un ritorno a pratiche di medicina tradizionale. Al contrario, egli aspira a essere curato con la medicina ipertecnologica: nel mito dell'eden, della terra promessa da raggiungere, c'è l'idea di una medicina occidentale, potentissima, fondata su un uso estremo della tecnologia.

La medicina ufficiale ipertecnologica crede che il problema degli immigrati si ponga solo in termini di accesso alle tecnologie e non concede neanche il tempo di ascoltare il problema.

### **13. OLTRE LE CIFRE**

Il fenomeno migratorio si presenta sempre più diversificato, nel territorio e nel tempo e per le caratteristiche del progetto di migrazione. Si può disegnare una mappa delle presenze di immigrati alquanto fluttuante, con luoghi che si riempiono o si svuotano, in rapporto alla stagione, come le zone agricole della Campania e dell'Emilia, durante i periodi di raccolta della frutta e degli ortaggi. Certamente la presenza di famiglie ha cambiato notevolmente lo scenario migratorio

Le persone provengono da nazioni diverse, in rapporto alla situazione politica, sociale ed economica di quel determinato paese: la Cambogia nel 1979, la Polonia nel 1986, gli altri paesi dell'est nel 1989, l'Albania o il Pakistan nel 1990, la Somalia e l'ex Jugoslavia nel 1994, e, a seguire, di nuovo l'Albania, il Kurdistan, la Sierra Leone, il Marocco e il Randa, la Romania, l'Egitto, l'Ucraina.

Gli accordi internazionali, possono determinare accelerazioni o rallentamenti delle migrazioni in particolare in rapporto alla politica dei visti, alle guerre recenti o in corso come in Sudan, Eritrea, Somalia, ex Jugoslavia, ex Zaire oggi Repubblica democratica del Congo, Ruanda, Albania e Kurdistan.

Ma in questo variegato mondo di lingue, culture, tradizioni diverse, ci sono alcuni dati assimilabili e di grande importanza. Sono soprattutto persone giovani, tra i 20 e i 40 anni; è presente un costante aumento di bambini, molti dei quali nati in Italia; negli ultimi anni sono presenti anche molti anziani, specie tra gli sfollati da zone di guerra o, tra gli immigrati provenienti dall'est, o, ancora più recentemente, grazie ai ricongiungimenti familiari. Attualmente si osserva una progressiva equiparazione tra uomini e donne, ma con rapporti che cambiano in relazione alle zone considerate. Nelle città, sedi di ambasciate, di agenzie di emigrazione, e di associazioni, le donne sono in costante aumento, e per alcune etnie sono in percentuale maggiore rispetto agli uomini.

La presenza ormai strutturale di intere famiglie immigrate avrebbe dovuto modificare il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro Servizio Sanitario Nazionale. Eppure così non è stato. Invece di accettare la presenza di persone provenienti da culture altre, e rimodellare una offerta di servizi socio-sanitari diversificati, elastici e soprattutto a misura umana, si è preferito cercare di rivolgere agli stranieri quei servizi che non erano più attenti alle persone, ma solo alle malattie. Si è travasato nei servizi una massa di persone straniere che hanno sostituito nelle fruibilità del servizio stesso, gli italiani che ormai, ad eccezione dei servizi di emergenza e di alta tecnologia, si rivolgono al privato. Si tratta di una percentuale di oltre il 25-30 per cento dell'intera popolazione

che si serve dei servizi pubblici. È ancora lontano lo sviluppo di una medicina attenta alle complesse problematiche delle persone con il rispetto delle diverse dignità e culture, non solo straniere, ma anche dei diversi strati sociali degli italiani. Occorrerà in futuro impegnarsi perché la presenza degli stranieri rilanci una politica socio-sanitari più attenta alle fasce deboli della popolazione, alle famiglie che vivono in precarie condizioni socio-economiche e culturali.

Paradossalmente sarà il fenomeno migratorio che potrà determinare una nuova sanità più attenta alla realtà solistica delle persone che ai profitti del mondo della sanità.

Oggi siamo riusciti a rendere fruibili alcuni servizi alle famiglie immigrate, ma senza che la medicina indagasse sulle cause di malattie dovute al lavoro nero; siamo capaci di praticare interruzioni volontarie di gravidanza nelle strutture pubbliche, ma siamo ancora lontani da favorire la maternità responsabile per le donne immigrate che percepiscono spesso la gravidanza come l'anticamera del licenziamento. Ancora molta strada si dovrà fare perché la salute sia una condizione possibile alle fasce più povere della popolazione, siano esse straniere che italiane.

### **BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

- Agenzia Romana per la Preparazione del Giubileo, Convegno Internazionale, *Dossier di ricerca: Migrazioni: scenari per il XXI secolo*, 2000
- Ben Jelloun T., *Les yeux baissés*, Edition du Seuil, 1991
- Caritas di Roma – Forum per l'Intercultura, *Migrazioni. Paesi e culture: esperienze europee a confronto*, Sinnos Editrice, Roma, 1998
- Caritas, *Immigrazione - Dossier Statistico 2001*, Nuova Anterem, Roma, 2001
- Caritas, *Immigrazione - Dossier Statistico 2002*, Nuova Anterem, Roma, 2002
- Castiglioni M., *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, Franco Angeli, Milano, 1997
- Cavalli-Sforza L, Cavalli-Sforza F. *Chi siamo. La storia della diversità umana*. Mondadori, Milano, 1994.
- Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati – *Secondo Rapporto sull'Integrazione degli Immigrati in Italia*, Cap. Salute
- Del Lago A., *Non persone. L'esclusione dei minori in una società globale*, Feltrinelli, Milano, 2000
- Ferrarotti F., *Oltre il razzismo*, Armando Editore, Roma, 1988
- Geraci S., *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?*, Percorsi Editoriali, Roma, 2001
- Haller Suzanne, *Il mediatore familiare*, in "Famiglia Oggi", anno XX, 11 novembre 1997
- Ismail Mohamed Marian, *Il corpo violato. Le mutilazioni genitali femminili*, Percorsi Editoriali, Roma, 2001
- Mazzetti M: *Il bambino straniero in Italia: crescita psicologica ed igiene mentale*. In: Geraci S (a cura di) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Peri Tecnes, (Parma). 1994.
- Morrone A., Mazzali M., (a cura di), *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, Franco Angeli, Milano, 2000
- Morrone A., Mazzali M., Tumati M.C. (a cura di), *La Babele ambulante. Parole intorno ai mondi che migrano*, Edizione Sensibili alle foglie, Roma, 2000
- Pittau F. (a cura di), *La nuova realtà socio-demografica dell'immigrazione femminile*, Percorsi Editoriali, Roma, 2001
- Porfiri E. (a cura di), "Dossier: l'immigrazione in Italia, su "Il Mondodomani", gennaio 2000;
- Tognetti Bordogna M., *Minori immigrati: identità, bisogni, servizi*, Centro Studi e Formazione Sociale "Fondazione Emanuela Cancan"