

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione
“Riccardo Massa”

Dottorato di ricerca in “Antropologia della contemporaneità:
etnografia delle diversità e delle convergenze culturali”



UN NIENTE DI TROPPO

**Pratiche di accesso ai servizi sanitari da parte di immigrati senza
permesso di soggiorno.**

Coordinatore: Prof. Ugo Fabietti
Tutor: Prof. Roberto Malighetti

Anna Felcher
XXVII CICLO
Matr. n.: 53888

Anno Accademico 2015-2016

INDICE

INTRODUZIONE

Premessa	pag. 5
Come, dove e perchè della ricerca: ipotesi, contesti e pratiche	pag. 6
Finalità e obiettivi della ricerca	pag. 10
Sintesi dei capitoli	pag. 11

CAPITOLO PRIMO

CENNI STORICI PER UN INQUADRAMENTO TEORICO DEL CONTESTO DELLA

RICERCA	pag. 19
1.1 Anni sessanta	pag. 19
1.2 Anni settanta	pag. 19
1.3 Anni ottanta	pag. 20
1.3 a. La scuola di Harvard e lo sguardo culturale nell'esperienza di sofferenza	pag. 20
1.3 b La illness e la natura culturale dell'esperienza soggettiva di malattia	pag. 22
1.3 c La sickness e la produzione sociale della medicina e della malattia	pag. 23
1.3 d “Mindful body” e i processi d'incorporazione nella prospettiva antropologica interpretativa	pag. 25
1.4 Anni novanta	pag. 27
1.4 a I mondi morali locali e la violenza strutturale	pag. 27
1.5 Anni duemila	pag. 28
1.6 Anni duemiladieci	pag. 31
1.7 I miei riferimenti	pag. 33

CAPITOLO SECONDO

IL CONTESTO	pag. 37
--------------------	---------

2.1 La spazialità e il collocamento del servizio in una specifica area geografica milanese: prossemica e	
--	--

fruibilità del servizio	pag. 38
2.2 Il contesto storico e sue influenze alla nascita dell'Associazione: accadimenti politico - economici negli anni ottanta	pag. 40
2.3 Il contesto legislativo. Breve indagine in materia di accesso ai servizi sanitari	pag. 43
2.3.a legislazione in alcuni paesi europei ed extraeuropei	pag. 43
2.3.b La legislazione italiana	pag. 46
2.4 Il contesto Associativo: il Naga	pag. 52

CAPITOLO TERZO

I SOGGETTI DELLA RICERCA	pag. 56
3.1 "Immigrato senza permesso di soggiorno". Illegalità, reato di clandestinità e immigrazione: legislazioni italiane	pag. 58
3.2 Le istituzioni creano categorie. Lo sguardo dell'Associazione nella decostruzione delle categorie di illegalità e reato di clandestinità	pag. 64
3.3 La persona va ma la figura rimane: l'immigrato al Naga	pag. 70
3.4 La 'zona grigia' dell'illegalismo: pratiche di resistenza degli operatori Naga tra analisi e lotta	pag. 74

CAPITOLO QUARTO

LE LOGICHE DI CURA: I BISOGNI, LE RISPOSTE	pag. 81
4.1 Immigrati senza permesso di soggiorno e richieste di cura all'Associazione Naga	pag. 82
4.2 "Parole piene" e "parole vuote": il loro 'peso' tra leggi e realtà	pag. 87
4.3 Percorsi di passaggio tra Associazione e istituzione pubblica: le logiche di cura tra codici e meccanismi di reazione e opposizione	pag. 94
4.4 I soggetti "istituzionali" e le pratiche d'occultamento del potere biomedico	pag. 104

CAPITOLO QUINTO

POSIZIONAMENTO: LAVORANDO SUL DOPPIO RUOLO	
5.1 La riflessività e lo sguardo critico decentrato del doppio ruolo "medico/antropologa"	pag. 110
5.2 "Le presento la Dottoressa": la riflessività nel rapporto dialogico con il paziente	pag. 116
5.2.a La comunicazione col soggetto interlocutore	pag. 116

5.2.b Comprendere e conoscere	pag. 121
5.2.c Interpretare	pag. 123
5.2.d Scrivere o curare	pag.125
5.3 Le ricadute sul contesto	pag. 129

CONCLUSIONI

Sulla strada dei diritti: le questioni aperte	pag. 132
Questioni aperte di metodo	pag. 136
Questioni aperte di merito	pag. 137

BIBLIOGRAFIA

pag. 139

Ringrazio in modo particolare:

Tutti gli operatori del Naga e i pazienti coinvolti, Roberto Malighetti, Barbara Pinelli, Luca Rimoldi, Caterina Mortillaro e i miei figli che, grazie alla loro tolleranza, mi hanno permesso di realizzare questa 'avventura'.

INTRODUZIONE

Premessa

La ricerca riguarda la condizione dell'immigrato senza permesso di soggiorno nelle pratiche di accesso alle cure sanitarie. I meccanismi di potere sanitario statale che vogliono mantenere lo 'status quo' politico e nei fatti degli immigrati irregolari, impedendo a questi ultimi movimenti emancipativi: devono dipendere e soggiacere ai progetti prestabiliti dalle politiche dello Stato.

L'osservazione delle pratiche legali e di organizzazione sanitaria quale oggetto della ricerca, porta al disvelamento delle dinamiche di biopotere. Legate a queste, la ricerca vuole porre l'attenzione anche al tema più generale dei diritti.

E' attraverso l'esperienza di questo gruppo di soggetti, che vi porto ad osservare i meccanismi di gestione e la regolamentazione giuridica di ammissibilità alla cura (Fassin, 2009).

Il legislatore delega il medico a tracciare dei confini netti in ambiti che di per sé non li possiedono. Ad esempio rispetto al carattere di 'urgenza' di un intervento: non è detto che un sintomo grave per una persona lo debba essere anche per altri e che quindi necessiti di cure urgenti e non differibili. Le decisioni sono spesso opinabili, soggettive e lasciano informalmente spazi di 'illegalismo' che sono 'zone d'ombra', 'aree grige' di gestione istituzionale delle malattie.

Il potere medicosanitario può colludere con quello politico-legislativo gestendo in modo penalizzante gli spazi di 'illegalismo' che si vengono a creare. Questo allo scopo di emarginare 'l'immigrato irregolare'.

Il problema per questi soggetti è la difficoltà non solo di essere straniero ma anche di avere a che fare con un'organizzazione del servizio appositamente complesso caotico ed inefficiente. Tutto ciò allo scopo di 'mettere distanze', allontanarli ed indurli, per stanchezza, ad accettare i progetti che lo Stato ha su di loro (sfruttamento, espulsione, ecc.). Il mio scopo diviene quindi quello di svelare questi meccanismi occultati nelle pratiche dei servizi, attraverso l'indagine dei percorsi terapeutici attuati dagli immigrati irregolari. Le loro storie raccontano che nel momento in cui gli immigrati fanno richieste di cura, allora sono visibili le tracce delle politiche d'emarginazione. C'è da sottolineare che le pratiche, sperimentate su loro, possono 'funzionare' anche su altre categorie di soggetti 'emarginati' e che serve mantenere in questo ruolo.

A partire da alcuni casi d'immigrati malati e senza permesso di soggiorno, tenendo conto delle normative italiane ed europee che definiscono e guidano i criteri di accessibilità alla cura e di 'status', analizzo i processi di costruzione di questa specifica soggettività contemporanea. Le analisi mettono in evidenza come la porosità dei limiti giuridici mostrino 'zone grige', funzionali al sistema di mantenimento dell'incertezza per gli immigrati irregolari.

Dal gruppo di soggetti coinvolti nella realtà sociale osservata, cioè immigrati irregolari e malati, si

possono osservare dinamiche di costruzione di marginalità sempre presenti. Ho voluto indicare metaforicamente, con la scelta del titolo 'un niente di troppo', la posizione di quell'esiguo numero di immigrati irregolari malati sui quali ci si accanisce giuridicamente. Pretestuosamente si dice essere loro, una fonte di 'gravi disagi'.

Il titolo inizialmente aveva altre due parole al termine del sottotitolo "tra legalismo e diritti" che, per ragioni di eccessiva lunghezza, ho voluto eliminare. Le parole riflettevano una tensione osservazionale comunque presente. Una doppia attenzione della ricerca rivolta, in primis ad analizzare gli aspetti legali che definiscono gli interventi sanitari erogabili per lo specifico gruppo d'immigrati, secondariamente verso i meccanismi d'azione e di gestione della domanda da parte delle agenzie preposte alla cura: pubbliche e del privato sociale (di volontariato)(Pizza, 2005). Le storie sulle cure (ottenute o meno) e le pratiche ad esse associate, sono utilizzate per rappresentare delle identità che manifestano l'evidente criticità in tema di diritti alla cura e, più in generale, alla 'mobilità' cioè al migrare.

Tenendo l'obiettivo rivolto alle pratiche ¹ ho descritto gli strumenti (es. il tipo di permesso di soggiorno erogato con durate diversificate) che il potere utilizza per influenzare le strutture mentali dei corpi migranti di questi soggetti (Bourdieu, 1977). Ciò che ho osservato, nelle modalità dell'agire degli immigrati irregolari, sono stati sia i processi d'interiorizzazione del funzionamento dei servizi di cura e delle strutture giuridiche, attraverso l'adesione pedissequa delle regole richieste sui percorsi di cura erogati, sia una componente trasgressiva che va oltre i limiti normativi giuridici ma anche sociali e culturali. Quest'ultima componente, visibile e libera d'operare nelle 'zone d'ombra', si è venuta a creare grazie all'esistenza stessa delle regole. Riguarda forme di creatività legate ad espressioni sintomatologiche più o meno ingravescenti, più o meno debilitanti e il cui grado di compromissione sulla salute incide sull'esito. I sintomi prodotti incidono non solo sulla cura stessa, ma anche sulla condizione di un proseguo degli interventi terapeutici, a cui sono indissolubilmente legati tipologie diverse di "regolarizzazioni" (Fassin, 2000).

Come, dove e perchè della ricerca: ipotesi, contesti e pratiche.

C'è stata una casualità degli eventi che, più di venticinque anni fa, mi hanno fatto incontrare il Dott. Siena. Da quell'incontro, e dalla sua richiesta di un medico psichiatra per l'Associazione, è cominciata la mia esperienza al Naga, un servizio del privato sociale particolarmente conosciuto nell'area milanese per il suo impegno molto 'politicizzato'.

Ho lavorato per anni in questa Associazione di volontariato, che si occupa di immigrati senza permesso di soggiorno, come psichiatra e psicoterapeuta. Durante il mio lavoro clinico ho spesso rilevato problematiche che esulavano dallo specifico problema medico, anche se ne erano indissolubilmente legate. Lo sguardo, l'analisi e l'interpretazione delle situazioni che coinvolgevano il migrante, sentivo dovevano fare

¹. Cap. 3 I soggetti della ricerca , Cap. 4 Le logiche di cura

riferimento, per affrontare con completezza le loro problematiche, anche ad altra disciplina e ad altre comprensioni.

Ho partecipato con interesse ad un master di antropologia medica, che ha ampliato il mio sguardo su un mondo a me per lo più sconosciuto. Scoprire, osservare e riconoscere che esistevano meccanismi di controllo e di gestione del potere descritti e osservati con altre 'ottiche', mi hanno indotto a porre quesiti inusuali in medicina. Il riuscire a nominare (Matera, 1998) situazioni o relazioni o modalità di azione e reazione, era l'aspetto che maggiormente mi interessava. Così è nata la ricerca per un più vasto approfondimento di questo argomento nell'area.

La ricerca si è sviluppata attraverso il contatto di vari soggetti coinvolti nella costruzione dei percorsi di cura: oltre ai migranti senza permesso di soggiorno, anche i volontari (medici, operatori dell'accoglienza), figure di riferimento di tipo organizzativo dell'Associazione (Presidente, Direttore Sanitario) e personale sanitario dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Milano (Responsabile del Pronto Soccorso, Direttore Sanitario, responsabili Uffici relazione col pubblico).

A partire da un poco significativo e mai indagato problema (che indicherò qui di seguito) a carico degli immigrati irregolari durante l'accesso ai servizi pubblici, si sono quasi inaspettatamente aperte finestre su problematiche più complesse. Mi riferisco al problema dell'uso del codice X01 che è utilizzato, nel servizio pubblico, in Pronto Soccorso per pazienti indigenti e irregolari.

Nel considerare durante gli anni dal 2013 al 2016 i casi di 155 pazienti ai quali veniva erogata la prestazione attraverso il codice, mi sono occupata delle storie di cura di una parte di essi (45 immigrati), e per cinque di essi mi sono impegnata nell'indagine etnografica più approfondita. Con questi ultimi ho indagato e parlato dei loro 'mondi', caratterizzati da particolari contesti storico-politici ed economici. Ho osservato la costruzione delle nuove soggettività create attraverso l'uso pubblico di 'categorie' quali immigrati irregolari ed ho appreso le caratteristiche del loro faticoso percorso di cura.

I soggetti della ricerca vivono la condizione dei continui spostamenti e contatti con diverse strutture allo scopo di ricevere il migliore, o anche solamente il possibile, intervento di cura. Da queste mobilità emergono pratiche, strategie e reazioni delle nuove soggettività in relazione con le strutture.

Al fine d'indagare le caratteristiche e le modalità d'intervento delle strutture alle quali gli immigrati si rivolgevano è stato necessario adottare un approccio multi-situato (Marcus,1995). Questo nei termini di una ricerca dislocata in diversi contesti, Naga ed Aziende Ospedaliere.

Indagare la costruzione dei percorsi di cura e valutare gli esiti dell'intervento terapeutico, porta a comprendere ed evidenziare le politiche delle agenzie sanitarie coinvolte. A partire dalle pratiche e dall'azione politica del Naga, mi sono interessata anche alle pratiche della sanità pubblica attraverso incontri col personale istituzionale di un' Azienda Ospedaliera milanese (S. Carlo Borromeo). I luoghi dove ho incontrato i miei interlocutori sono stati quelli della sede dell'Associazione (area accoglienza, studi medici, segreteria, auditorium), poi bar, uffici e spazi privati. Altri luoghi sono stati gli spazi pubblici

dell'Ospedale: Pronto Soccorso, corridoi, ambulatori e studi medici.

Durante i numerosi contatti descriverò le relazioni che emergono da rapporti tra posizioni sociali, disposizioni e prese di posizione (Bordeau, 1995) in modo interconnesso al mio posizionamento come etnografa, medico, donna. A volte si sono presentate difficoltà, da parte dell'interlocutore, nel situarmi in una posizione o prevalentemente clinica o come antropologa ricercatrice. E' possibile che i miei quesiti mostrassero probabilmente nella forma e nei contenuti, entrambe le 'tensioni' dei due diversi posizionamenti. Ma come descriverò (cap. 5), questa situazione ha mostrato risvolti interessanti ed opportunità inaspettate.

La coscienza che nel campo di ricerca si giochino forme di collaborazione, mimesi o separazioni tra i ricercatori e i loro informatori mi ha portata a scegliere di volta in volta le metodologie, in riferimento al contesto e alle relazioni che si creavano sul campo.

In questi anni di ricerca la mia partecipazione a volte attiva e non neutrale (Geertz, 1973) applicata come scelta di metodo (Pittalis, 2015) e pensiero etico-politico, è stato uno degli elementi che mi ha dato accesso ad informazioni e rapporti altrimenti preclusi. D'altra parte ciò ha implicato una profonda trasformazione del mio posizionamento, in quanto ex medico coinvolto nell'attività di volontariato dell'Associazione, all'interno della quale è sorta la ricerca attuale.

Ho potuto arrivare ad un sufficiente distacco dalle relazioni che si sono stabilite, solo dopo aver interrotto l'attività clinica. Ciò ha alleggerito la relazione con i miei interlocutori: da un lato, da oneri professionali e da aspettative dirette di cura ad esse associate, dall'altro ha reso il mio ruolo più indefinito e meno direttamente comprensibile lasciando spazi per una maggiore e sempre fluida auto-definizione.

Con il mio lavoro etnografico, ho smesso i panni del medico al quale si doveva presentare una facciata di malessere e di malattia allo scopo di rendere credibile l'eventuale relazione. Ho potuto così accedere ad argomentazioni ed informazioni, riguardanti le pratiche dei miei interlocutori, legittimata dal nuovo ruolo di ricercatrice. L'aver condotto lo studio all'interno di un'Associazione di volontariato con la quale ho condiviso per anni il senso socialmente utile ha, di fronte agli altri e a me stessa, in un qualche modo anche sancito l'aspetto di utilità pubblica della ricerca.

Con questo lavoro ho voluto evidenziare le 'lacune normative' (cap.3) alla base del servizio d'assistenza sanitaria e le difficoltà incontrate nel percorso di scelta e di accesso ai servizi così come le inadempienze interne al sistema, ma non solo. Ho voluto parlare anche della pervasività della condizione d'irregolare e malato che riguarda non solo lo status ma anche l'immagine interna dell'immigrato, lo stigma sociale e i processi d'interiorizzazione delle categorie mediche occidentali riguardo la 'malattia' e le possibili cure. Per perseguire lo scopo della ricerca ho ritenuto utile un approccio auto-riflessivo, con l'attenzione sempre rivolta all'interpretazione dei dati etnografici. Ho cercato di problematizzare le modalità e il fine della divulgazione (Borofsky, 2000) con il desiderio di raccogliere, descrivere, interpretare il materiale ottenuto.

Mentre i fatti e le situazioni descritte sono reali, per preservare l'anonimato dei protagonisti dello studio i nomi sono inventati.

A partire dall'esperienza clinica condotta al Naga, e negli ambiti istituzionali sanitari del servizio pubblico, ho potuto osservare dinamiche complesse nelle relazioni di cura che mi hanno fatto riflettere.

Ritenendo il compito del medico in generale e del clinico volontario socialmente impegnato poi, quello d'informare e curare coloro i quali mi si rivolgevano con richieste terapeutiche, ho 'sperimentato' le contraddizioni che si producevano nelle pratiche mediche. Sono sempre stata convinta che il fine ultimo della medicina fosse quello di "curare" ed indicare i migliori percorsi delle azioni quotidiane allo scopo di mantenere un benessere psicofisico buono, adattandosi di volta in volta all'universo di significati del singolo paziente. E questo formalmente è ciò viene indicato come obiettivo durante la formazione medica.

Ma a partire dall'ambito della ricerca e forte dell'esperienza clinica nell'Associazione, mi sono resa conto che nella cura dell'immigrato le categorie diagnostiche alle quali facevo riferimento talvolta crollavano, e che le indicazioni di cura che davo apparivano a volte strane al fruitore, se non talvolta incomprensibili. Non era solamente un problema di lingua diversa, ma di linguaggio e di costruzioni di senso dell'universo di cura.

Il potere dei sistemi medici nella presa in carico della malattia, è di fatto il mandato comunemente incorporato e agito dai medici, spesso a partire dagli stessi ambiti in cui sono formati nel ruolo del professionista medico, secondo categorie concettuali costruite con criteri e sistemi di cura rigidamente ancorati alla logica di un pensiero unico. Questo riproduce dinamiche di potere occultate, sia nella produzione della 'diagnosi' ed 'etichettamento', che nell'indicazione terapeutica (che è imposta: pena l'esclusione dalla cura), e che ledono la libertà di scelta del paziente stesso alla terapia.

Ciò mi ha spinto, trovando importante l'azione di trasformazione (più che di sovvertimento) del sistema medico occidentale, di andare oltre l'indagine sulla tipologia delle categorie diagnostiche più frequenti tra gli immigrati dell'Associazione (anche se ciò è stato uno dei miei interessi anni or sono). Non ho voluto indagare i diversi sistemi di cura, né analizzare le caratteristiche d'incorporazione di conflitti sociali ovvero la 'metonimia di aspetti politici e socioeconomici' (Ricca, Quaranta, 2012). Ho voluto invece spingermi alla ricerca del ruolo, che gli immigrati coinvolti giocano, nella produzione e trasformazione delle strutture sanitarie.

Questo attraverso il 'disvelamento' delle loro relazioni terapeutiche e delle scelte operate nei percorsi di cura, dalle pratiche 'espulsive' utilizzate nelle Agenzie Istituzionali o da quelle 'inclusive' del volontariato, gestite all'interno delle 'zone grige' dell'illegalismo. La pratica dell'illegalismo è utilizzata anche dagli immigrati stessi: quando le politiche dei servizi, nelle azioni osservabili nelle 'zone grige', sono penalizzanti nei confronti di loro come fruitori, ho osservato svilupparsi 'meccanismi di reazione' di 'resilienza' (o pratiche di resistenza) più o meno visibili.

Come emergerà dai racconti delle relazioni e delle esperienze sanitarie, così come dalle mie

osservazioni ed indagini presso i servizi assistenziali, esiste un'agency individuale degli attori sociali che consiste nella capacità creativa di gestire quegli spazi e quegli ambiti liminali dell'illegalismo prodotto dalle leggi stesse. E se il focus foucaultiano del potere, in un'ottica antropologica non egemonica (Sailant, Kilani, Graezer, Bideau, 2012) applicata al campo delle migrazioni, permette di smascherare le ideologie sottese alle politiche di gestione (cap. 4), l'attenzione al paradigma dell'illegalismo fa emergere i soggetti subalterni (cap. 3). Riflettere con attenzione all'illegalismo, passando attraverso il presupposto foucaultiano: dove c'è potere c'è resistenza (Foucault, 1977) o il suo inverso: "dove c'è la resistenza c'è potere" (Abu-Lughod, 1990: 42) consente di dar voce a soggetti spesso oscurati dalla riflessività dei ricercatori (Ortner, 1995).

Nelle relazioni degli attori sociali intimamente connesse, ho voluto dimostrare il 'come' e il 'dove' gli immigrati e tutti coloro coinvolti nella relazione, operano nei fatti, ad un cambiamento delle 'regole'.

In questa ricerca adotto un posizionamento mobile tra il paradigma del potere e quello delle 'zone d'ombra' dell'illegalismo, perchè entrambi penso possano essere utili riferimenti se adottati come prospettive parziali, talvolta complementari. Gli aspetti trasformativi giocati all'interno delle 'zone grigie' non possono essere compresi nella loro profondità se non esaminando le ragioni e le condizioni legali, economiche, sociali e di malessere che i soggetti vivono, e che li spingono a produrre nuove rappresentazioni della realtà.

Finalità e obiettivi della ricerca

Nel corso della tesi descriverò i dispositivi comunicativi (intesi come modalità qualitative delle risposte), presenti nelle relazioni tra i soggetti della ricerca e le istituzioni. Il focus è sulle pratiche messe in atto dagli immigrati irregolari attivate per la ricerca delle opportunità di cura. A seguire esplicherò le caratteristiche dei limiti giuridici negli interventi di cura istituzionali e le reazioni a tali limiti come risposta dei protagonisti.

L'osservazione da 'dentro', grazie al lavoro di 'campo etnografico', mi ha permesso di dare una peculiare voce a chi vive queste esperienze. La specificità inoltre della lente 'deformante o privilegiata' di un'etnografa 'imperfetta' nel mio doppio ruolo di antropologa ma anche, nel non mai dismesso, ruolo di medico, è stata a volte d'intralcio ma spesso, ritengo, di buona risorsa. Questo soprattutto in termini di accesso a certe informazioni o nella variegata interpretazione della qualità dei dati ottenuti.

Sempre riguardo le pratiche di cura, in questa tesi ho descritto le mie osservazioni riguardo le plurime forme di costruzione e negoziazioni individuali della malattia (Foucault, 1976; 1978-79) e, grazie alle argomentazioni riguardanti il tema delle resistenze al controllo statale (Scheper-Hughes and Lock, 1990; Pinelli, 2011), ho rilevato aspetti che mi piace definire come 'forme di reazione'. Utilizzando il concetto di resistenza come "elemento diagnostico di potere" (Abu-Lughod, 1990), crolla la distinzione tra forme di resistenza e alcune questioni riguardanti i meccanismi del potere stesso. Le caratteristiche sulla natura e sulle forme di dominazione, sono molto complesse. Foucault (1977) ricorda anche che il potere non è solo

negativo, restrittivo, repressivo ecc. ma anche accattivante e 'seduttivo' quando produce forme di piacere, beni e sistemi di conoscenza.

Attraverso l'analisi e la descrizione delle 'forme di reazione' degli immigrati considerati, ho cercato di rendere evidenti le 'forme di resistenza' che anche lo Stato realizza nell'ambito dell'assistenza sanitaria. La mia ottica si è orientata verso l'analisi di quegli 'espedienti' 'trucchi' 'pretesti' o 'gestione di aree grigie e zone d'ombra' che le Agenzie statali o del privato sociale preposte alla cura, realizzano.

Lo studio 'rivela' che, come negli studi sulle parentele vengono evidenziati meccanismi di gestione del potere da parte di alcuni gruppi su altri, io mi riferisco ai fini strumentali utilizzati dallo Stato dei bisogni sanitari degli immigrati. A tale scopo vengono gestiti legalmente, attraverso l'assistenza sanitaria, alcuni meccanismi che conducono all'espulsione degli irregolari (irregolarità creata dallo Stato stesso).

Dove osservare come lo Stato gestisce legalmente l'irregolarità? Parto, nel mio lavoro, attraverso la decostruzione della categoria di irregolare descrivendo le leggi che la determinano/producono (cap.3). Indico poi quegli aspetti delle leggi che definiscono i limiti d'accesso ai servizi sanitari per irregolari, dimostrandone la strutturata creazione di aree che portano all'inefficienza del servizio (cap.2). A dimostrazione di questo, faccio l'esempio di una pratica legale: proposta, realizzazione e gestione di un meccanismo d'assistenza sanitaria cioè il codice X01. Indico poi i passaggi che ho seguito per evidenziare la produzione dell'inefficienza sanitaria statale, all'interno di una norma che apparentemente dice di tutelare gli irregolari (cap.4).

Sintesi dei capitoli

Nel produrre una sintesi dei cinque capitoli che compongono la mia tesi desidero innanzi tutto indicare il pensiero che lega queste, all'apparenza diverse, parti. Avevo tanto per cominciare, necessità di chiarire l'universo teorico (cap. 1) al quale facevo riferimento per la costruzione del mio sguardo, del mio posizionamento, del metodo da utilizzare, oltre che per l'interpretazione dei miei risultati. Questo capitolo non ha la pretesa di esaurire la complessità dell'ambito indagato, ma autore dopo autore ha dato forma ai miei pensieri sul tema.

Dalla illness degli anni ottanta che tratta dell'interpretazione della malattia da parte dei pazienti e dei loro famigliari (Eisemberg, Kleinman, 1981), prende forma la *illness narrative* (Del Vecchio, Good, 1982) dove, al di là dell'esperienza individuale, gioca un ruolo eziologico l'ambito storico-culturale ed economico-politico. Da qui comincia il mio interesse per quegli autori che trattano i temi delle patologie come indicatori di disagio non solo organico.

La sickness di Allan Young risulta essere il concetto in grado di esplicitare le logiche della biopolitica, sia nell'occultare l'eziopatogenesi sociale della patologia stessa, sia limitando l'agentività dei soggetti nei percorsi di ricerca della guarigione (Young A., 1982). L'autore muove verso una definizione alternativa di "efficacia terapeutica" che sottolineerebbe la disparità di accesso all'informazione medica, riducendo a fatti

di natura le determinanti non sanitarie, sociali ed economiche della malattia. In quegli anni si situano anche gli studi relativi all'analisi dei rapporti sociali di produzione del sapere e delle pratiche biomediche, non solo relativamente alla realtà clinica, ma anche alle sue categorie.

Approfondendo questi temi, ho considerato autori come Taussig che parla della reificazione delle relazioni umane come meri fatti di natura (Taussig, 1980). Attraverso la malattia, la medicina entrerebbe nella costruzione della realtà sociale in termini funzionali al mantenimento di un determinato assetto politico, che nega l'ipotesi eziologica di fattori economici, politici e sociali come fattori di patologia.

Mi sono focalizzata sugli autori che trattano le malattie con forti valenze sociali, economiche e politiche, in quanto l'immigrazione è strettamente legata a questi ambiti, e gli immigrati vi dipendono largamente. Alle malattie, si legano temi più ampi sulla costruzione del sapere biomedico e sulle politiche dei servizi sanitari.

A questo proposito sempre Taussig, mi ha interessata con le sue indagini sulla costruzione del sapere e delle pratiche biomediche, ed il loro impatto nella realtà sociale. Attraverso tale ottica osserva criticamente le tecniche di marketing sanitario nelle modalità di costruzione dei testi delle Carte dei Servizi, che consentono all'Azienda di produrre merci quali beni e servizi sanitari, con il preciso intento d'intercettare il suo cliente. La salute si fa merce di scambio, e il diritto di scelta e di "consumo" del servizio sanitario è l'invitante alternativa all'esercizio del *diritto* costituzionale alla *cura*, tema a me caro e di cui approfondirò l'analisi.

Altri temi come l'incorporazione (Lock, Scheper-Hughes, 1987), la violenza strutturale (Farmer, 2006) e la sofferenza sociale (Fassin, 2004), consentono di indagare la relazione tra dinamiche politiche ed economiche, tra disagio sociale e forme di resistenza messe in atto dagli attori sociali, dove emergono la sofferenza e la malattia come forma visibile della violenza strutturale sui corpi (Quaranta, 2012).

E' grazie alla prospettiva di una ridefinizione del rapporto tra salute e globalizzazione dei mercati, che P. Farmer (2003) inaugura una prospettiva sugli effetti della disuguaglianza sociale e della differente distribuzione delle risorse, incorporate nell'esperienza individuale della sofferenza e della malattia, così come l'iniquità delle politiche sanitarie del Primo Mondo. Compare allora l'idea della violenza strutturale come rapporto tra esperienza soggettiva e forze di esclusione sociale, difformità nella possibilità di 'accesso ai servizi ed iniquità' aprendo al tema a me caro dei diritti violati.

Fassin (2000) indaga sul tema dei diritti andando ad osservare lo spostamento dal diritto di asilo al diritto di cura. Il diritto di cittadinanza, non esiste per questa categoria di soggetti in quanto "irregolari" e quindi non cittadini. Il corpo diviene terreno di gestione di rapporti sociali fondati sull'irregolarità.

Queste ricerche conducono non solo ad analisi sulle istituzioni e sulla burocrazia, ma anche sulla trasformazione della "soggettività". Cambiamenti politico-morali, hanno creato nuove personalità e le nuove politiche di sanità pubblica (locale o globale che sia), hanno prodotto nuove "personalità" (Kleinman, 2012)

Nella letteratura degli anni più recenti la mia attenzione si è rivolta maggiormente a quegli antropologi medici che hanno trattato prevalentemente il tema della cure sanitarie per immigrati irregolari, con particolare attenzione ai diritti umani e alle loro violazioni (Quesada J. 2012, Viladrich A. 2012, Asanin J Wilson K. 2008, Schirripa P. 2002, Ricca M. e Quaranta I. 2012).

Con questo gruppo d' autori s'inaugura un ciclo di studi che affronta tematiche relative alla disciplina antropologica nell'ottica di un metodo interdisciplinare. Gli studi e le ricerche devono poi essere capaci d'influenzare le scelte politiche di gestione sanitaria dei paesi implicati nello studio.

Queste analisi, hanno aperto percorsi d'indagine interdisciplinari che riguardano la decostruzione dei termini utilizzati, gli aspetti legislativi in tema di diritti e gli aspetti di tutela legale. Viene suggerito che il termine "illegale" debba essere decostruito (De Genova N. 2010, Mezzadra S. 2004) analizzandone l'aspetto sociale, l'aspetto di prodotto della politica economica mondiale, e l'aspetto legato alle implicazioni e alla vulnerabilità della salute causate dallo status di illegalità.

Il materiale analizzato da molti di questi ricercatori s'inseriva in contesti ben precisi, che mostravano influenze e ricadute importanti sulle pratiche dei soggetti. E' a questo proposito, che ho trovato importante dedicare l'intero capitolo 2 alla descrizione delle caratteristiche del campo multi-posizionato di ricerca.

L'analisi riguarda i diversi contesti all'interno dei quali gli immigrati si muovono. La prossemica che io considero non è solo 'spaziale' cioè riguardante il 'tipo di contesto urbano', ma anche quella 'storica' con le 'influenze economico-politiche', 'giuridica' nel contesto della 'legislazione europea ed italiana' in tema di cura, e quella 'sociale' all'interno delle relazioni con i volontari del mondo associativo. Il contesto stesso del campo è elemento da osservare ed interpretare perchè, in quanto "spazio biopolitico" (Agamben, 1995), può assumere 'travestimenti' di fatti e di relazioni attraverso un meccanismo di naturalizzazione.

Avendo osservato una sorta di 'concordanza' e nesso tra contesti ed eventi, ho utilizzato l'idea dell'autrice Mol di 'logica' (2006) per chiarirne le connessioni. Mostrerò come esiste una 'logica' d'insieme all'interno della quale gli eventi si susseguono l'un con l'altro in un gradevole e ricco 'circolo virtuoso'. Il termine logica a cui mi riferirò, è l'affinità tra eventi che tende a farli stare insieme (Mol, 2006), dove poi la logica e la creatività degli accadimenti li accomuna in un 'discorso'.

Una certa 'logica negli eventi' l'ho osservata nel 'contesto storico' che ha attraversato i fatti riguardanti il periodo degli anni ottanta. La storia di quegli anni, che partiva dalle crisi petrolifere del 1971/73, mostra l'evolversi di una situazione che dà l'avvio a grandi flussi migratori (Baldwin, Arango, 1999; Klaus, 2001). La spinta a migrare ha avuto grande influenza sulla costruzione delle ragioni di questa scelta, portando alla creazione di 'nuove soggettività', di cui parlerò. Gli stessi processi storici hanno prodotto quelle risposte pragmatiche, 'tangenziali' e reattive ad un sistema di potere che sono le Associazioni di volontariato, tra le quali il Naga.

Il contesto storico influenzante lo sviluppo dei processi migratori è un tema che affronto di pari passo

con quello legato agli aspetti giuridici, riguardanti le norme per l'accessibilità legale degli immigrati nel nostro paese, ed ai servizi. Nell'inquadramento legislativo mi focalizzo sugli aspetti dell'area sanitaria in risposta ai bisogni di cura, tracciando i percorsi che hanno portato alla nascita delle attuali norme italiane, e per confronto quelle europee. I miei protagonisti (i migranti e i servizi) sono direttamente coinvolti dal procedere legislativo e ne mostrerò come.

Anche le caratteristiche dei cambiamenti degli operatori avvenuti nel corso del tempo all'interno dell'Associazione, seguono l'evoluzione del contesto legislativo in materia di immigrazione. E se ogni cultura è il risultato di processi di costruzione sociale sviluppatasi in uno specifico ambito storico-contestuale, caratterizzato da uno specifico assetto produttivo e da specifici rapporti sociali di egemonia e di potere, allora la cultura associativa del Naga (cioè la specifica costruzione culturale dell'associazione) si può confermare come riferita specificatamente al suo contesto e "fondamento" (Seppilli T., 2000). Contesto ed ambito sociale ai quali coerentemente il Naga si riferisce nel suo orientamento ideologico e pratico.

La prima legge in materia di immigrazione (legge del 1986) avrebbe posto fine al doppio binario salariale ufficiale tra autoctoni ed immigrati, ma già era pronta un'altra soluzione: la clandestinità. L'evolversi nel tempo delle norme all'interno del contesto legislativo ha fatto emergere il tema riguardante l'irregolarità. Questa assume una forza determinante nell'evoluzione dei percorsi di vita e di richiesta di cure sanitarie. E' nel capitolo 3, che riguarda i 'soggetti della ricerca', che approfondirò e svilupperò le caratteristiche d'influenza delle norme sui protagonisti dello studio. Le politiche di cura e le leggi, che hanno riguardato l'accesso ai servizi per gli immigrati, sono inesorabilmente legate alle normative che hanno definito i parametri dei confini nello *status* d'irregolare. Il contesto giuridico che descrivo ed indago è a partire dalla decostruzione della categoria d'ir/regolare (Willen, 2011).

Il gruppo di persone di cui mi sono occupata, sono immigrati di prima generazione "senza permesso di soggiorno". Dopo anni di permanenza nel nostro paese, la maggior parte di questi soggetti è "clandestina di ritorno" cioè è passata da una situazione di regolarità (ad es. grazie ad un lavoro regolare) ad una d'irregolarità (ad es. per la perdita dello stesso). La perdita di un'attività lavorativa regolare, l'accesso a soli permessi temporanei come quelli per "motivi umanitari", ecc. hanno prodotto folti gruppi d'immigrati irregolari. Così accanto a questa situazione d'incertezza, e ai determinanti sociali che ne derivano, s'arriva spesso alla comparsa di 'malessere', s'instaura la malattia e si attiva una ricerca di cura.

Le pratiche delle 'storie di vita' che descrivo, mostrano come la cura occulti nelle categorie nosologiche e nei percorsi diagnostico-terapeutici le determinanti non sanitarie della malattia: povertà, denutrizione, disoccupazione, ricatti politici (Csordas, 2011) e "status giuridico". E' grazie alla 'medicalizzazione' che si giustifica ad es. un 'permesso di soggiorno'. Anche nella reazione individuale incide fortemente la specifica situazione emotiva dettata dalla contingenza del contesto: abitativo, affettivo, lavorativo e "legale".

All'interno dei percorsi di cura, ad es. nella relazione medico-paziente, vengono anche occultate: le politiche delle istituzioni, i “capitoli di spesa” (cioè riferimenti tecnici formali delle voci di spesa) indicati dai referenti amministrativi istituzionali (le aziende ospedaliere, le varie organizzazioni, ecc.), i protocolli terapeutici di stampo securitario, i “conflitti d'interesse” legati alla scelta della farmacoterapia e forse anche altro. Nella 'richiesta di cura' dell'immigrato vengono veicolati, ma non sempre esplicitati: richieste di sussidi, richieste di domiciliazione temporanea, necessità di accesso a dormitori o qualsivoglia soluzione abitativa, una possibile opportunità lavorativa, un ricongiungimento familiare o altre soggettive peculiari richieste.

Volendo approfondire il tema sulla complessità dei meccanismi che muovono i diversi protagonisti nel contesto della situazione di richieste di cura, attraverso le parole di De Genova apro all'analisi normativa delle leggi sull'immigrazione: “*l'antropologia* (il corsivo è mio) dà in larga misura il diritto per scontato, senza esaminare quelle pratiche nel corso della loro promulgazione, del loro rafforzamento e della loro riconfigurazione”(in Mezzadra, 2004: pag. 194) . Parto quindi con l'esaminare il percorso legislativo riguardo le norme che regolano l'entrata degli stranieri sul suolo italiano e la produzione del 'reato di clandestinità' direttamente connesso (Aa.Vv, 1995).

Le istituzioni cooperano, grazie al potere costituito fra il modello giuridico-istituzionale e il modello biopolitico (Agamben, 1995 – 2003), alla produzione di soggetti 'costruiti' secondo precise categorie, che seguono gli interessi statali ('corpo biopolitico'). La 'categoria dell'immigrato irregolare' viene analizzata e descritta con risvolti grafici interessanti: “im/migrato”, “ir/regolare” (Willen, 2011). Il capitolo prosegue con una decostruzione di questa 'categoria' sia nell'ottica di un autore che a lungo si è occupato del tema (De Genova, 2002, 2004, 2005, 2010), che attraverso lo sguardo di un volontario (presidente Avv. Pietro Massarotto) dell'Associazione Naga. Approfondisco il concetto legato alla “categoria di immigrato illegale” attraverso le storie degli irregolari afferenti al Naga, insieme all'analisi dell'azione delle istituzioni in risposta alle loro richieste. Lo Stato caratterizza specifiche categorie dell'immigrato irregolare, anche attraverso lo strategico compromesso della pratica della sanatoria. Pratica che dovrebbe essere utilizzata saltuariamente, ma nella realtà diviene la norma ed ha il preciso intento di essere discrezionale e quindi libera da vincoli di qualsiasi natura.

La posizione d'irregolarità è concausa spesso dello sviluppo di patologie in questo gruppo di soggetti. Per dare risposte coerenti ed utili ai propri fruitori i volontari del Naga, hanno sviluppato la consuetudine della pratiche dell' “illegalismo”, spazio creativo e tema interessante importante e complesso. Sarà proprio questo uno degli argomenti cardine che, come pratica di reazione, approfondisco nella parte finale del capitolo.

Legati ai percorsi terapeutici ed alle storie dei migranti senza permesso di soggiorno entrano gli altri protagonisti coinvolti nella relazione e descritti nel capitolo 4 della ricerca: le Agenzie di cura (Naga e

Aziende Ospedaliere).

A fronte di un immobilismo atavico da parte delle istituzioni nelle risposte riguardo le problematiche legate ai diritti della salute, i volontari dell'Associazione hanno sviluppato e quotidianamente suggeriscono l'uso della "zona grigia" come pratica dell'illegalismo: labile e 'fluttuante' spazio tra la legalità e l'illegalità. Attraverso i resoconti dei dibattiti nell'Associazione e delle pratiche messe in atto dagli immigrati (suoi pazienti), racconto di questa pratica 'd'opposizione e reazione' alla mancanza di risposte concrete da parte dei servizi pubblici. Questo, che è divenuto ormai quasi un modello, è ragione di grande fermento intellettuale e tema di confronto nelle attuali discussioni al Naga divenendo una vera e propria 'logica' d'intervento.

Le 'logiche' che muovono le pratiche delle diverse strutture sono un argomento decisamente interessante, che riguarda questo capitolo. L'aspetto fondamentale da indagare ha a che fare con la "logica" che muove l'intervento (logiche d'inclusione o esclusione, logiche di tutela dei diritti o della loro violazione, logiche economiche, politiche, d'interesse, ecc.) nelle diverse strutture e l'impalcatura teorica alla quale fanno riferimento, perchè questa parla di un modello e di pratiche d'intervento nella cura peculiari e specifiche. La mia attenzione in questo capitolo, è rivolta principalmente al "disvelamento" delle 'logiche' di cura e alle modalità di attuarle.

Osservando i particolari di queste logiche, alcune cose sono più comprensibili di altre e gli eventi tendono ad adattarsi tra loro. Si potrebbe anche parlare di stile, cioè qualcosa da esplorare come caratteristicamente appropriato, che è cioè sensato in una situazione, pertinente e coerente (Mol, 2006). Questi studi sviluppano la sensibilità per approfondire la qualità, per indicarci ciò che cambia da ciò che rimane invariato. E' così che esporrò le interpretazioni delle logiche presenti nella mia etnografia: da quelle delle strutture sanitarie frequentate dai soggetti protagonisti a quelle degli immigrati stessi. La coerenza nella logica di un percorso di cura, ha bisogno di essere "nominata", definita, spiegata per divenire visibile.

L'operare una scelta del percorso di cura è anche un "principio", un modello incorporato nelle pratiche (Mol, 2006). In questa parte del capitolo vado ad osservare queste pratiche direttamente nei miei soggetti, pratiche che hanno anche a che fare con i temi della 'comprensione' (Jasper, 1958), della 'perduzione' (Piasere, 2002) e inaspettatamente, presi dalla neurologia, con i 'neuroni specchio' (Rizzolati e coll., 2006). Descrivo anche i criteri che hanno utilizzato gli immigrati, per la scelta di un servizio.

Le storie del sig. Goumri, di Rosy, di Tor raccontano di itinerari terapeutici che sono il risultato di logiche multiple, di cause strutturali (sistemi di rappresentazione della malattia, sensibilità culturale, posto del soggetto nella società) e di cause congiunturali (modificazione della condizione finanziaria, consigli di un vicino) che rendono vani tutti i tentativi di formalizzazioni precise (Fassin, 1992). La scelta della struttura di riferimento tiene conto di fattori all'apparenza semplici: la facile accessibilità (McLaffery e Grady, 2005), la discreta organizzazione, la solidarietà (Padilla e Villaobos, 2007; Steward et al., 2006; Wang, 2007) espressa nella condivisione delle diverse problematiche, la lingua (Asanin, 2008; Schirripa, 2005).

Dopo le caratteristiche della domanda nei percorsi di cura mi occupo, della risposta: in primis di tipo istituzionale attraverso le norme che, in ambito legislativo, regolano l'accesso ai servizi sanitari pubblici. Indago e sviluppo l'analisi utilizzando uno specifico articolo (art. 35 del Testo Unico Immigrazione) che tratta del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), X01 (per soggetti indigenti), CSCS (Comunitari Senza Copertura Sanitaria) e arrivando a dimostrare nella pratica, come venga disattesa la richiesta di cura.

La deroga ad un'analisi approfondita della biomedicina e delle caratteristiche di funzionamento dei servizi sanitari (Hernaes, 2000) mi ha portato nell'ultima parte del capitolo a informare su alcuni punti di vista di autori, che hanno trattato l'argomento (Augè e Herzlich, 1990; Good, 1994; Taussig, 1980; Young, 1991). Individuo e descrivo una caratteristica di funzionamento nella pratica medica che esemplifica una modalità d'occultamento del potere biomedico: la produzione della diagnosi, che portando alla 'generalizzazione' o alla 'neutralità' (Hernaes, 2000), spoglia gli individui di ogni propria soggettività. La diagnosi in quest'ottica vorrebbe essere vista come una pratica neutrale e non influenzata dalle diversità etniche, religiose, di genere o di classe: ciò che vorrebbero essere importanti sono le malattie, il trattamento, il decorso e l'evoluzione del disturbo. Ma la supposta trasparenza della biomedicina, attraverso uno sforzo di 'naturalizzazione' degli eventi, diventa il risultato di un lavoro anticritico ed antiriflessivo della conoscenza che genera reificazioni ed occultamenti.

Nel proposito di evitare occultamenti, riconoscendo l'opportunità che ho avuto nell'osservare tali pratiche, ho deciso di approfondire nel capitolo 5 la tematica della riflessività. Grazie alla particolarità del doppio ruolo che mi sono trovata a ricoprire, medico e antropologa, ho analizzato gli aspetti problematici ma anche arricchenti della particolarità del mio posizionamento.

In questo capitolo tratto la costruzione, attraverso un iniziale percorso autobiografico, del mio particolare posizionamento all'interno della ricerca. Descrivere e raccontare nella prima parte del capitolo i passi che mi hanno portata alla scelta di campo, ha l'obiettivo di chiarire quali sono le possibili 'influenze soggettive' che agiscono sul percorso etnografico e sull'analisi dei risultati di ogni ricercatore. La propria identità è quel 'ramo su cui siamo seduti e che non possiamo recidere' (Wittgenstein, 1953), è uno dei possibili schemi di riferimento concettuali a cui non si può rinunciare. L'identità, che mostra l'aspetto riflessivo nella costruzione della conoscenza antropologica (Malighetti, 2007). È il presupposto dal quale sono partita per la stesura di questo capitolo, ed è stata occasione per ripensare in modo critico al mio particolare *posizionamento* nella ricerca qui condotta.

L'interesse per un approfondimento su tematiche in ambito sanitario mi ha posto in una situazione complessa ed a volte ambivalente. Mentre formalmente (e comunemente) è sempre chiaro il ruolo e gli scopi riferiti alla figura del medico sfumati sono apparsi, agli interlocutori della mia ricerca, le caratteristiche del ruolo dell'antropologo.

Oltre alla diversità di prospettiva, descriverò situazioni nelle quali il doppio ruolo mi ha facilitato in

alcune relazioni con i miei "informati". L'essere medico ad esempio mi ha facilitato nella comunicazione tra colleghi: sia riguardo la loro immediata comprensione della mia domanda, sia nella semplice chiarezza della loro risposta. Credo che la condivisione di un linguaggio tecnico comune, possa incidere sulla facilità alla reciproca accessibilità. In aggiunta vuoi per solidarietà che per spirito di corpo, i miei interlocutori si sono sempre mostrati disponibili e tolleranti verso le mie richieste di approfondimenti sulla complessità dell'indagine. La condivisione delle esperienze di cura e delle conseguenti tensioni, aiuta ad empatizzare ma anche a comprendere reciprocamente il punto di vista dell'altro. L'essere medico inoltre, mi ha facilmente aperto porte al contatto con i diretti responsabili di strutture, spesso medici anche loro.

All'interno del contesto parlerò del doppio ruolo come 'questioni di confine'. Ho deciso di indicare le aree nelle quali ho dovuto compiere uno sforzo attivo nel mantenere una specificità di ruolo, o quando con spontaneità e "naturalizzando" un comportamento, potevo permettermi di proporre degli interessanti sincretismi. Ho indicato il percorso logico dei diversi momenti di ricerca (Geertz,1988): la comunicazione col soggetto interlocutore, il comprendere e conoscere, l'interpretare e lo scrivere o curare. Ho mostrato come il doppio posizionamento ha assunto le caratteristiche dell'uno o dell'altro ruolo e quanto, nella ricchezza dell'informazione, ne ho potuto sfruttare le singole specificità o il proficuo connubio. I diversi "momenti" dell'incontro descritti separatamente, sfumano spesso gli uni negli altri, si sovrappongono e certamente ed inevitabilmente si influenzano reciprocamente.

Durante la mia etnografia ho rilevato alcuni elementi d'analisi interessanti, che riguardano i cambi di prospettiva nei diversi ruoli professionali di fronte alla medesima situazione di cui parlerò attraverso delle esemplificazioni interessanti.

Nell'ultima parte del capitolo ho voluto descrivere come è vissuto dagli interlocutori del mio 'campo di ricerca' la situazione particolare del mio doppio ruolo. Cioè ciò che pensano gli immigrati, gli operatori e i professionisti incontrati nelle strutture, di questa mia complessità. Come costoro preferiscono descrivermi e come preferiscono vivermi, dato che spesso le mie pratiche non s'identificano in un solo e specifico ruolo. Ho osservato durante la ricerca, quanto talvolta la sovrapposizione dei ruoli possa appesantire e confondere gli interlocutori. Nell'affrontare questa tematica, ritengo che uno sguardo si debba mantenere sull'impatto che la presenza di un antropologo ha sul contesto della sua ricerca. Chiedersi ed indagare cosa la comunità pensi e provi in seguito alla nostra presenza assidua (per un periodo continuativo), credo sia importante. L'indagare come essa ci viva (se in modo intrusivo, stimolante, piacevole o disturbante), può anche dare un senso particolare alla valutazione della raccolta delle nostre informazioni.

Alla fine le storie e le vicende che descrivo, sorgono all'incrocio di soggettività mobili (De Certeau, 1989: 175s) che non accedono alle risorse di promozione sociale riconosciute nella società d'arrivo. Oppure ne fuoriescono per scadenza dei termini, trovandosi in una condizione di "cittadinanza liminale", incompiuta, senza diritti, determinata dalle contemporanee escludenti politiche di gestione delle migrazioni.

CAPITOLO PRIMO

CENNI STORICI PER UN INQUADRAMENTO TEORICO DEL CONTESTO DELLA RICERCA

L'antropologia medica è l'ambito delle scienze Antropologiche che si occupa a diversi livelli di sistemi medici: del rapporto tra curante e fruitore, dell'impatto delle dimensioni sociali e politiche in tema di salute, degli aspetti culturali che determinano l'interpretazione della malattia e della cura o di come differenti culture abbiano elaborato pratiche, credenze e conoscenze intorno ai problemi collegati alle tematiche della salute e alla sua mancanza. Qui di seguito intendo proporre una sintesi del pensiero di quegli autori che maggiormente si sono occupati di questa specifica branca dell'Antropologia. Suddividerò per chiarezza in un periodo di dieci anni, gli autori che in tale periodo hanno particolarmente influenzato la disciplina, tenendo conto che il pensiero di alcuni fra questi ha contagiato più decenni.

1.1 Anni sessanta

L'antropologia medica si è sviluppata come branca autonoma, intorno agli anni sessanta, nonostante gli interessi di molti antropologi al tema dei sistemi medici dati diversi anni prima. Le lenti attraverso cui venivano osservati i fenomeni relativi alla cura risentivano dell'influenza di un'ottica biomedica (medicina occidentale allopatrica), come nei casi di questi due importanti studiosi: Evans Pritchard, (1937) e Levi Strauss, (1958). La minuziosa analisi etnologica delle pratiche mediche, su contesti fortemente ridotti e localizzati, ha dato luogo in passato a una vasta produzione etnografica, spinta fino a livello di quasi monografie focalizzate su dimensioni estremamente circoscritte. L'effetto distorsivo di questa proliferazione è stato il consolidarsi di una riduttiva dicotomica separazione: medicina *tradizionale* e medicina *biologica* occidentale.

1.2 Anni settanta

L'antropologia medica si può realisticamente pensare nasca, come ambito disciplinare autonomo, quando verso la fine degli anni settanta alcuni antropologi hanno cominciato a volgere lo sguardo critico ed analitico sul metodo e sulle pratiche biomediche come sistemi culturalmente influenzati dal pensiero occidentale.

Le prospettive interpretative di quegli anni ad esempio, hanno sollecitato metodi ed analisi non necessariamente coerenti tra loro ma sicuramente stimolanti e prolifiche. Queste offrono a tutt'oggi riflessioni critiche su temi che travalicano l'aspetto meramente "terapeutico/clinico/biologico" ed indagano tematiche quanto mai attuali come quella ad esempio inerente alle Migrazioni, che è l'ambito d'indagine

della mia presente tesi (Sara Willen et al., 2011; De Genova, 2010; Nathalie Peutz, 2010; Agamben, 2003). Tutto ciò che infatti viene sperimentato dai migranti in termini di condizione di lavoro, di mobilità, di riconoscimento e disconoscimento dei diritti (Fassin, 2004; Taussig, 2003), retroagisce sullo stato di benessere/malessere psicofisico di cui questi soggetti sono portatori (Agamben, 2003), quindi sulle strutture sanitarie (Kleinman, 1982) ed infine sulle dinamiche relazionali e di accesso ai servizi sanitari con gli altri concittadini (Willen, 2011). Tutto questo aprirebbe ambiti di riflessione più ampi sul tema dei diritti o dei conflitti etnico/religiosi che tuttavia fanno da sfondo alla mia ricerca. Mi occuperò delle pratiche di accesso e utilizzo da parte di immigrati senza permesso di soggiorno di una struttura sanitaria milanese di volontariato. I temi riguardanti i diritti, rimangono fortemente considerati in quanto sempre presenti nelle dinamiche di controllo, reazione ed adattamento dei migranti stessi (Farmer, 2006; Fassin, 2000; Agamben 1995).

La configurazione dei rapporti tra biomedicina ed antropologia si è realizzata attraverso differenti quadri teorici con prospettive diverse, che intendo qui di seguito brevemente descrivere al fine di tracciare lo sfondo dal quale il mio lavoro prende avvio.

1.3 Anni ottanta

1.3 a. La scuola di Harvard e lo sguardo culturale nell'esperienza di sofferenza.

Certamente uno dei più noti ed ancora attuali rappresentanti è Artur Kleinman. Psichiatra e antropologo nordamericano è stato uno dei fondatori dell'antropologia medica. Insieme a lui alcuni ricercatori hanno fondato la cosiddetta scuola di Harvard che si caratterizza per l'idea di una medicina da indagare come culturalmente basata su un'ottica biofisica/organica della malattia: sono delle specifiche norme culturali a qualificare uno stato d'essere come sano o malato (Kleinman, 1978). La malattia viene considerata simbolicamente e la medicina è considerata una realtà ermeneutica. Kleinman, Bayron Good e Eiseberg (1978) parlano di *disease* e *illness* per distinguere con il primo l'alterazione nel funzionamento e/o nella struttura dell'organismo, mentre con il secondo l'esperienza di sofferenza. Questi termini indicano due differenti Modelli Esplicativi (ME) dove *disease* è radicato nella clinica e nel linguaggio del professionista mentre l'*illness* ha a che fare con i contesti sociali e familiari. Per Kleinman i tre contesti sociali rilevanti in ogni sistema medico sono: la famiglia, in cui vengono prese le decisioni relative alla cura; il contesto popolare, costituito da specialisti non professionisti; quello professionale, delle diverse tradizioni mediche. Spesso questi ambiti terapeutici sono realtà cliniche che mostrano posizioni differenti tra le diverse proposte di cura. Interessante per gli autori sopra citati, capire come le culture modellino questi ambiti.

A proposito dei tre contesti sociali considerati importanti nei sistemi medici, ritengo utile tenerli in considerazione là dove li osservo come elementi rilevanti nella scelta operata dagli immigrati che osservo e che, durante le loro richieste di cura, s'interfacciano con i servizi sanitari. Questi "contesti sociali" risultano

essere ambiti d'influenza di una certa importanza, che io lego al concetto di prossemica (con prossemica intendo lo studio della distanza fisica nella comunicazione verbale e non verbale). Tuttavia le scelte sono maggiormente dettate dalla prossimità di altri elementi, quali la conoscenza dei servizi attraverso il "passa parola" (Quassoli, 1997), la comodità di accesso alla struttura e la soddisfazione nella qualità delle risposte ottenute (ad es. il numero di esami strumentali prescritti o l'atteggiamento di tolleranza nell'informazione dispensata)

Sempre riguardo i criteri per la scelta dei servizi va ricordato, nei termini di qualità della risposta di cura, il livello di soddisfazione del paziente nell'incontro con il medico. Nella relazione medico-paziente ci troviamo di fronte a due costruzioni culturali e due Modelli Esplicativi (ME) del senso di malattia e della sofferenza che vengono a confrontarsi. Il modello esplicativo del paziente contiene l'insieme delle nozioni e degli itinerari attivati dai soggetti, a partire dall'esperienza di malattia con le ipotesi sulle cause della malattia costruite nei contesti familiari e sociali di appartenenza. Sono modelli cognitivi che si strutturano in itinere, lungo i percorsi d'azione del paziente, in cui entrano in gioco esperienze, significati ed emozioni che orientano le scelte e i percorsi di ricerca della cura.

Il secondo Modello Esplicativo è quello del medico ed è invece elaborato a partire dalle conoscenze acquisite nel percorso di formazione professionale e durante la pratica medica. E' un sapere che scinde l'esperienza soggettiva di sofferenza (illness) dalla condizione organico/biologica (disease) della Biomedicina anche attraverso l'utilizzo di uno specifico linguaggio tecnico che riduce i pazienti a corpi patologicamente caratterizzati da sintomi da osservare interpretare ed aggredire.

Là dove le due ottiche risultano inconciliabili si assiste alla non-compliance del paziente e all'inefficacia delle cure.

Uno studio esemplificativo è quello sull'ipertensione che Blumaghen (1980) ha condotto in nordamerica: i pazienti descrivono tale patologia come un disturbo legato allo stress e la tensione lavorativa, laddove i clinici parlavano invece di pressione sanguigna elevata senza eziologia specifica. La non-compliance era interpretata dal fatto che i farmaci venivano sospesi dai pazienti nel momento in cui terminavano i fattori di stress, mentre per il clinico questi non avrebbero mai dovuto essere interrotti.

Mi sono resa conto però che forse c'è dell'altro. Dopo essermi interessata di questi temi, la mia attenzione si è focalizzata su ciò che va oltre gli stessi Modelli Esplicativi. Diversamente dalla "parresia" (il parlar franco), la mia analisi si sviluppa nella ricerca di ciò che i greci chiamavano aletheia o "disvelamento" (Hernaez, 2000), che per me è l'analisi dei meccanismi che muovono le pratiche non solo dei medici o dei pazienti, ma anche delle organizzazioni sanitarie, che poi influenzano la produzione del sapere medico e le teorie da esso derivate.

Pensando alla medicina come "arte" del curare o disciplina che studia le malattie, la loro cura e loro prevenzione, osservo come questa non si muova su terreni pragmaticamente oggettivabili, ma sia direttamente coinvolta all'interno di dinamiche di poteri che di volta in volta ne influenzano gli studi, le

indagini, le cure, le organizzazioni e produca variabili che ricadono direttamente sui protagonisti: pazienti, medici e operatori sanitari.

1.3 b La illness e la natura culturale dell'esperienza soggettiva di malattia

Intorno alla fine degli anni ottanta per Kleinman e collaboratori l'oggetto di analisi e di studio diventa la illness attraverso l'esame o l'interpretazione dei pazienti e dei loro famigliari (Eisemberg, Kleinman, 1981). Secondo l'analisi di Ivo Quaranta (2006), sulle teorie della scuola di Harvard, il medico antropologo dovrebbe acquisire un ruolo attivo propedeutico al lavoro clinico terapeutico, divenendo interprete di due differenti Modelli Esplicativi (ME) della illness e della disease. Questo procedendo da un lato a una comparazione delle differenti costruzioni culturali della realtà clinica e dall'altro impegnandosi in un "processo di negoziazione tra le differenti interpretazioni al fine di creare un terreno comune da cui prendere le mosse per l'azione terapeutica" (Quaranta I., 2006: pag. XII).

Lo studio della illness prende forma come *illness narrative*, concetto teorico che esplicita l'insieme dei significati e delle emozioni espresse dal soggetto, e produce e riproduce i valori culturali di un contesto sociale, che danno forma al sintomo individuale (Del Vecchio, Good, 1982). Nella relazione asimmetrica tra sapere medico e sapere profano, il riduzionismo biomedico e la reificazione del corpo e della malattia sono la prima causa del comportamento inosservante del paziente. Per ottenere invece un'adesione alla cura da parte del paziente nel suo processo di guarigione, la illness narrative dell'esperienza soggettiva della malattia deve diventare parte integrante dell'iter terapeutico. L'antropologia della illness ha l'obiettivo, nell'ottica di un suo utilizzo all'interno di un percorso di cura, di promuovere l'efficacia terapeutica perchè aiuta a tradurre 'pragmaticamente' i risultati di quel tipo di analisi antropologica: quando la malattia viene ripensata simbolicamente ignorare la prospettiva del paziente significa escludere l'elaborazione, che il soggetto fa del proprio disagio, dal processo di cura. La preoccupazione della medicina è quella di occuparsi di togliere i sintomi (curing) non quella di guarire dalle cause (healing). Da qui l'inefficacia di alcune terapie che non tengono in considerazione il bisogno degli utenti di dare "senso" al proprio malessere.

Merito di questi autori è stato quello di aver rilevato una "natura culturale" della biomedicina parlando di etnomedicina. Per Kleinman (1980) esistono altre etnomedicine efficaci perchè tengono in considerazione la illness. Compito dell'antropologo a suo parere è maturare una più consapevole riflessione sulla specificità umana dell'esperienza di sofferenza e una individuazione dei processi psicofisiologici. L'etnografia dell'esperienza soggettiva di sofferenza, di oppressione, delle perdite e delle deprivazioni sono condizioni panumane e transculturali che generano ansia, resistenza, rabbia, angoscia e paura e differiscono nelle diverse società in virtù di processi di elaborazione culturale locale in continua trasformazione. Le narrazioni etnografiche possono far emergere le condizioni di esistenza degli esseri umani sia nelle dimensioni universali, che in quelle storiche e sociali. Kleinman in quegli anni, contesta sia le categorie nosologiche della tradizione biomedica che quelle sociologiche che spiegano la sofferenza come effetto

devastante dei regimi oppressivi (1982). Certi casi di malattia e di morte oltre ad essere effetto indiretto di rapporti di potere all'interno della società, evocano l'idea di un'esperienza che si riproduce e che diviene 'universale' d'iniquità sociale. Per lo studioso la sofferenza e i significati soggettivi ed intersoggettivi della malattia emergono dalla narrazione dei pazienti. Quindi ancora il punto focale è la illness costruita attraverso la narrazione dell'esperienza di malattia nelle etnografie che attingono a valori culturali condivisi socialmente, nella ricerca di percorsi di cura e di senso da attribuire alla malattia.

Nella distinzione tra illness e disease si ripropone la frattura che esiste fra la biomedicina e gli altri sistemi di cura, perchè si rende evidente come nella pratica biomedica ancora non è stato raggiunto il superamento della dicotomia che si cercava di eliminare. Questi autori non mettono mai in discussione la nozione di soggetto o di corpo, né il significato di malattia all'interno del sapere e delle pratiche biomediche: la cultura è vista come fattore pertinente in riferimento al tipo di categoria medica (nelle diverse popolazioni), e non nell'esperienza emotivo-affettiva che risulta universale e, in ultima analisi, naturale.

Così l'esclusiva attenzione per l'incontro medico-paziente e gli eventuali conflitti nati dalle differenti costruzioni culturali, impedisce l'analisi delle pressioni sociali ben più ampie, che nel contesto terapeutico andrebbero considerate. In ultima analisi, la scuola di Harvard della fine degli anni ottanta, non si distanzia dalle premesse epistemologiche della medicina occidentale ed appare fortemente influenzata dalla psichiatria e dalla cornice culturale che esclude l'influenza sociale, economica e politica nella produzione della malattia (aspetti che Kleinman invece, quindici anni più tardi, prenderà in considerazione).

E' a causa di questa esclusione che il mio percorso di ricerca va oltre l'ottica di questi autori, per inserire nella mia analisi etnografiche, quegli aspetti economico-politici e sociali che rendano conto dell'interpretazione sulla complessità della cura.

1.3 c La sickness e la produzione sociale della malattia nella medicina.

In opposizione alla scuola di Harvard, sempre negli anni ottanta, si situano invece gli studi relativi all'analisi dei rapporti sociali di produzione del sapere e delle pratiche biomediche, non solo relativamente alla realtà clinica ma anche alle sue categorie.

Allan Young è l'autore rappresentativo della "sickness" (definizione della malattia intesa nella sua dimensione sociale e politica) che risulta il concetto guida in grado di esplicitare le logiche della biopolitica sia nell'occultare l'eziopatogenesi sociale della patologia stessa, sia limitando l'agentività dei soggetti nei percorsi di ricerca della guarigione (Young A., 1982). L'autore muove verso una definizione alternativa di "efficacia terapeutica" che sottolineerebbe la disparità di accesso all'informazione medica e che riduce a fatti di natura, le determinanti non sanitarie, sociali ed economiche della malattia. Young mette al centro la persona, sia come corpo sociale che come corpo simbolico e cerca un'integrazione tra le diverse prospettive teoriche, allo scopo di costruire altri parametri su cui misurare l'efficacia clinica e l'efficienza economica dei

piani sanitari, anche allo scopo di tutela della dimensione più proficua di benessere.

Negli stessi anni Michael Taussig, antropologo e medico, indica tra i compiti dell'antropologia medica quello di indagare la costruzione del sapere e delle pratiche biomediche ed il loro impatto nella realtà sociale. Egli afferma che nell'ambito clinico si assiste ad una reificazione delle relazioni umane, delle persone e delle esperienze che divengono oggettivati come meri fatti di natura (Taussig, 1980). Attraverso tale visione della malattia, la medicina entrerebbe nella costruzione della realtà sociale in termini funzionali al mantenimento di un determinato assetto politico che nega l'ipotesi eziologica di fattori economici, politici e sociali come fattori di patologia. Questo utilizzando la "naturalizzazione" e la reificazione dell'evento che, venendo interpretato secondo un modello scientifico, attiva un processo di controllo sociale affermandosi come unico detentore di cura efficace.

Taussig osserva criticamente le tecniche di marketing sanitario nelle modalità di costruzione dei testi delle Carte dei Servizi, che consentono all'Azienda di produrre merci quali beni e servizi sanitari con il preciso intento d'intercettare il suo cliente. La salute si fa merce di scambio e il diritto di scelta e di "consumo" del servizio sanitario è l'invitante alternativa all'esercizio del diritto costituzionale alla cura. Le critiche di Taussig alla mercificazione della salute e alla reificazione del paziente mettono in discussione i modelli esplicativi di Kleinman centrati unicamente sulla differenza tra *disease*, definizione biomedica, e *illness*, esperienza della malattia incorporata e narrata dal soggetto. Il disvelamento poi delle ideologie neoliberiste e dei saperi medici mette in discussione un sistema di gestione aziendalistico della salute e di controllo contabile dell'efficienza economica dei sistemi sanitari.

E' all'interno di questa argomentazione che si pone uno dei principali interessi legati alla mia ricerca. Taussig analizza le caratteristiche organizzative dei servizi (siano essi pubblici o privati) che si pongono nell'ottica di un rapporto con il fruitore di tipo economico e di marketing. L'intercettazione del cliente/utente ha come intento e obiettivo principale, indicato nella "Carta dei Servizi" e presente anche nelle nostre Aziende Ospedaliere, quello di muovere la prospettiva dalla cura verso il guadagno. La salute, come indica Taussig, si fa merce di scambio e i pazienti divengono utenti in un processo di reificazione dei soggetti (Taussig, 1980).

Compito dell'antropologia per Taussig è atteggiarsi ad una disciplina "archeologica" che indaga e svela l'ideologia biomedica sottesa e ne deve demistificare il modello. Ma è su questo pensiero che l'analisi di Taussig presenta qualche problematica. Secondo Young (1982) è difficile pensare che l'altro autore possa fare affermazioni realmente demistificate dovendo presupporre, a questo punto, che esista quindi una realtà data al di là delle costruzioni biomediche.

Per Young il compito dell'antropologia è quello di essere strumento di critica sociale, con un metodo volto a problematizzare le condizioni sociali della produzione del sapere. Oggetto di analisi è la *sickness*, quindi non la dimensione personale e soggettiva del paziente ma la produzione del sapere medico (Young, 1982). Sono infatti i problemi di natura sociale a determinare ciò che vale come "problema medico", così

come ciò che conta per il “sapere medico”. L'idea è di passare da una prospettiva centrata sul soggetto ad una centrata sul contesto sociale di riferimento del soggetto che si osserva.

Anche in questa ottica si basa parte del senso della mia etnografia, che vede sviluppare percorsi di cura o produzione di opportunità nell'accedere a servizi, direttamente influenzati o dipendenti proprio dal particolare contesto fisico o di relazioni in cui si viene a trovare l'immigrato irregolare.

In questa prospettiva si colloca anche Barbara Smith (1980), la quale si è occupata però di analizzare la produzione delle categorie diagnostiche, nello specifico quelle relative alla silicosi negli Stati Uniti. In seguito al consolidarsi dell'attività sindacale all'interno dell'industria estrattiva del carbone, la politica di tutela e di valutazione delle problematiche legate a quella patologia subirono dei cambiamenti. Si smise di parlare di “asma del minatore” intendendo le cattive abitudini di vita legate all'assunzione di alcool e fumo e, grazie anche al miglioramento delle tecniche d'indagine strumentale della medicina, si parlò di silicosi cioè di una patologia strettamente legata all'attività estrattiva del carbone e quindi come di una patologia professionale risarcibile in quanto danno derivante direttamente dal tipo di lavoro condotto.

Questo studio mette in luce l'ampio panorama di considerazioni sulle forze politico-economiche e sociali in gioco nella valutazione della costruzione delle categorie diagnostiche nel sapere medico. Per Barbara Smith non tutte le categorie mediche sono legittimate socialmente ma tutte sono “posizionate socialmente” con ricadute politico-economiche ampie.

L'antropologia della sickness si preoccupa di ciò che viene prodotto dalle pratiche mediche, cioè di ciò che Young chiama “produttività medica”. Non solo la medicina cura patologie che minano il benessere degli individui, ma anche partecipa a processi sociali ampi che possono avere implicazioni economiche e sociopolitiche a volte poco prevedibili. Ad esempio nel caso della mia ricerca, quando la diagnosi o la pratica di cura, divengono paladini ed offrono le ragioni “legali” per il riconoscimento dei diritti alla salute degli immigrati irregolari.

Sia la scuola di Harvard che questo gruppo di ricercatori, gli uni problematizzando la biomedicina come sistema culturale e gli altri come sistema ideologico, hanno comunque un limite che le accomuna: entrambe non si occupano direttamente del “corpo” malato, relegandolo di fatto ad una lettura prettamente biofisica, di cui invece si preoccuperanno gli antropologi di una terza prospettiva che andrò a descrivere.

1.3 d “Mindful body” e i processi d'incorporazione nella prospettiva antropologica interpretativa.

Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes tracciano, nell'articolo del 1987 sul primo numero del *Medical Anthropology Quarterly*, quello che sono le linee d'indagine sul corpo eletto ad oggetto di riflessione analitica. A partire dal pensiero di M. Merleau Ponty (1945) intendono il corpo come struttura percettiva del mondo, elevando il primato della percezione a primato dell'esperienza. Nel momento in cui la percezione riveste un ruolo attivo e costitutivo, il corpo va inteso come prodotto sociale di cui si devono

indagare i processi di costruzione in una prospettiva autoriflessiva. La proposta delle autrici è quella di combinare una prospettiva fenomenologica (soggetti che agiscono nel mondo) con un approccio simbolico (che indaga la natura storico-culturale della corporeità). Non abbiamo semplicemente dei corpi, ma siamo corpi che vivono il mondo attraverso la loro cultura. Le rappresentazioni del corpo e della sofferenza plasmano la corporeità e la malattia come forme di esperienza sociale. Le simbologie del corpo sono dispositivi atti alla costruzione stessa della corporeità. Anche Csordas si allinea al significato di corpo non solo come oggetto di plasmazione culturale ma anche come soggetto attivo nel produrre significati culturali ed esperienze, è esso stesso terreno vissuto di questi discorsi e pratiche (1990, 1994).

Per Lock e Scheper-Hughes oggetto di analisi dell'antropologia medica, sono tre tipi di corpi: corpo individuale (esperienza soggettiva), corpo sociale (simbologia sociale che plasma culturalmente l'esperienza soggettiva) e corpo politico (ruolo di controllo dell'ordine sociale nel legittimare specifiche esperienze e saperi). Obiettivo dell'antropologia medica è quello di mediare fra le differenti prospettive attraverso una problematizzazione dell'oggetto corpo e l'adozione di un'indagine autoriflessiva. La loro proposta è quella quindi di sommare l'approccio fenomenologico (cioè siamo persone che vivono ed agiscono attraverso il corpo) con quello simbolico (che indaga la natura storico-culturale della corporeità).

Le rappresentazioni culturali e le immagini attraverso cui interpretiamo la sofferenza e la malattia producono il modo attraverso cui viviamo quei particolari stati d'essere. Il corpo non è solo parte di un processo di plasmazione culturale, è anche soggetto attivo nel produrre significati culturali ed esperienze: i corpi sono il terreno vissuto di queste pratiche e discorsi (Csordas 1990, 1994).

Se per la scuola di Harvard la cultura plasma la malattia, per M. Lock e N. Scheper-Hughes le esperienze somatiche sono già veri e propri discorsi sociali. Così la malattia si mostra come "tecnica del corpo" cioè una comunicazione, un discorso che richiede un'interpretazione capace di dipanare il fitto intreccio di esperienze personali, processi culturali e forze sociopolitiche che vengono vissute nell'esperienza. Il corpo è soggetto produttore di significati culturali: "L'esperienza corporea emerge come una modalità di posizionamento dei soggetti nel mondo sociale e la malattia come un ambito in cui cogliamo tale dimensione dinamica della corporeità." (Quaranta, 2006: pag. XIX)

Le due autrici affermano che la malattia può essere intesa come un momento di resistenza all'ordine sociale costituito e diviene prodotto o forma di resistenza a ideologie dominanti (Lock, 1991). Il disagio deriva dagli effetti iatrogeni del sistema sociale nella misura in cui la malattia emerge come forma di critica incarnata.

In quest'ultima prospettiva si muove un'altra parte dell' analisi della mia etnografia. Infatti ho osservato pratiche nell'utilizzo dei servizi di cura o produzioni di patologie da parte degli immigrati senza permesso di soggiorno che ben si adattando all'interpretazione suggerita da queste autrici, cioè forme di resistenza all'ordine sociale o a ideologie dominanti.

La malattia che gli esseri umani costruiscono, può essere letta come una vera e propria pratica

culturale e l'incorporazione quindi è tesa a combinare la prospettiva fenomenologica (attenta alla soggettività e all'esperienza degli attori sociali) con quella economico-politica che racchiude le più ampie forze macrosociali. E' a partire da questo orizzonte di senso che si è venuta a creare una nuova prospettiva per l'interpretazione della malattia: una pratica culturale dalle molteplici forme, attraverso cui si materializza la sofferenza sociale (Kleinman, Das, Lock, 1997).

L'incorporazione è il processo attraverso il quale è possibile indagare il profondo rapporto tra aspetti storico-sociali ed esperienze di disagio. Da un lato la scuola di Harvard studia l'esperienza di sofferenza attraverso un approccio fenomenologico e dall'altro Paul Farmer e Dider Fassin riflettono sui meccanismi attraverso cui i processi sociali vengono ad essere incorporati come patologie individuali.

Pur interessanti, i processi d'incorporazione che esistono in diverse patologie individuali, non sono comunque argomenti della mia ricerca. Tuttavia indicare i percorsi degli autori che trattano tali tematiche ha lo scopo di mostrare i sentieri percorsi all'interno dei quali ho considerato argomentazioni a me utili.

1.4 Anni novanta

1.4 a I mondi morali locali e la violenza strutturale

Nel percorso storico che riguarda i cambiamenti dell'antropologia medica negli anni ottanta, novanta e duemila come già accennato poco sopra, accanto a Kleinman vediamo altri due importanti autori che aprono ad una visione più ampia nell'interpretazione della malattia: Paul Farmer e Dider Fassin.

Già Kleinman aveva posto le basi per una costante ricerca di ridefinizione del linguaggio che connettesse lo spazio sociale e il corpo, studiando l'esperienza di sofferenza intersoggettiva all'interno di mondi morali locali, là dove la malattia affonda le sue radici nella quotidianità dei soggetti. Con ciò intende che il processo di costruzione del disturbo non è esclusivamente individuale ma intimamente collettivo.

Con le stesse caratteristiche di analisi della malattia, B. Good (1994) parla di approccio narrativo come "dispositivo", attraverso il quale non viene rappresentata l'esperienza ma viene costruita. Il corpo, che è il terreno esistenziale della cultura e dell'esperienza, viene messo in crisi dalla malattia e l'individuo col suo orizzonte di senso viene trasceso. Per B. Good il corpo è fonte creativa dell'esperienza, è centro costitutivo dell'esperienza personale che è socialmente informata e sulla quale si deve basare l'analisi antropologica della malattia e delle pratiche mediche.

Un' antropologia basata sul concetto d'incorporazione deve considerare anche le relazioni tra i processi economico politici e l'esperienza di sofferenza. Da questa considerazione partono gli studi di P. Farmer sul concetto di violenza strutturale, definita dal filosofo J. Galtung (1969) come quella forma di violenza che non richiede l'azione di un soggetto per essere compiuta, ma ad esempio un'organizzazione sanitaria. L'autore parte da una profonda critica all'antropologia culturale affermando che questa, occupandosi solo degli aspetti simbolici e culturali della vita sociale, ignora il ruolo determinante iscritto nei significati culturali stessi e negli assetti sociali che essi sostengono, legittimano e perpetuano.

Farmer vede agire la violenza strutturale principalmente lungo tre assi: quella del genere (che giustifica, attraverso costruzioni culturali della femminilità, la marginalità e la debolezza sociale delle donne) quella "etnica" "razziale" (concetti utilizzati nel promuovere iniqui assetti di potere fra gruppi sociali) e quella interpretata come "differenza culturale" (cioè quella che legge la sofferenza prodotta da assetti sociali profondamente diseguali, nei termini di costumi locali diversi dai nostri, ma da rispettare in nome di un utilitaristico relativismo culturale). Quest'ultimo tipo di "violenza strutturale" giustificato non solo dall'antropologia culturale ma da tutte quelle strategie di presa in carico della sofferenza che celano azioni di potere (vedi ONG ma anche Servizi Sanitari). Ridurre a differenza culturale l'effetto avverso di processi socioeconomici, rischia di rendere l'antropologia complice di quella violenza simbolica attraverso cui ogni ordine sociale cerca di nascondere e naturalizzare la sofferenza imposta agli individui in nome della loro appartenenza a questo o quell'altro gruppo (Das, 1997).

1.5 Anni duemila

La malattia nell'ottica della violenza strutturale, risulta incidere sulle capacità di azione degli individui che è, secondo Farmer (1999, 2003), il miglior terreno sul quale si possa misurare il rapporto tra esperienza soggettiva e forze di esclusione sociale. Compare allora il termine di capacitazione col quale Amartya Sen (2001) intende la libertà sostanziale di realizzare più combinazioni alternative di funzionamenti cioè ciò che una persona desidera fare o essere. Ed è proprio su questo elemento che più incide la violenza strutturale. Attraverso i racconti biografici dei singoli soggetti possiamo cogliere l'impatto di questa violenza: le vittime della malnutrizione, dell'AIDS in India come in Cina o negli Stati Uniti fanno tutte parte di quelle aree sociali caratterizzate da profonde diseguaglianze e non in grado di negoziare le loro esistenze secondo i propri desideri.

Come medico P. Farmer si muove nella prospettiva di una ridefinizione del rapporto tra salute e globalizzazione dei mercati, e analizza gli effetti della diseguaglianza sociale e della differente distribuzione delle risorse, incorporate nell'esperienza individuale della sofferenza e della malattia, così come l'iniquità delle politiche sanitarie del Primo Mondo. Parlare di violenza strutturale per questo autore, significa osservare gli effetti diretti ed indiretti della globalizzazione sulla povertà indotta dalle forze economiche e politiche che muovono i mercati internazionali. L'iniquità della violenza strutturale passa per P. Farmer attraverso il rimaneggiamento della 'memoria storica' che ad esempio ad Haiti, dove ha compiuto i suoi studi, è stata sistematicamente cancellata. Per l'autore c'è una stretta relazione tra la cancellazione di questa e l'occultamento delle cause di morbilità e mortalità, ed assume su di sé il compito di far riemergere le cause delle malattie e di smascherare le dinamiche orchestrate dal potere, per eludere le questioni politiche ed economiche che premono sulla dimensione collettiva del disagio sociale. Dall'operazione di oblio della memoria storica possono emergere inoltre, le osservazioni nella limitazione della capacità d'azione dei soggetti di opporre resistenza a processi pilotati da agenzie internazionali.

Farmer osserva come il compito dell'antropologia medica critica sia allora quello di "(..) identificare le forze che cospirano nel promuovere la sofferenza, con l'intendimento che esse sono calibrate in modo diverso nei diversi contesti. Se saremo in grado di farlo avremo la possibilità di individuare le cause della sofferenza estrema e anche le forze che espongono alcuni al rischio di abuso dei diritti umani, mentre altri vengono salvaguardati" (Farmer, 2006: pag. 297).

Obiettivo è quello di mettere a fuoco la relazione tra scena della cura, in cui entrano in gioco pazienti, medici, dirigenti delle organizzazioni sanitarie, e le istituzioni nei processi di globalizzazione della povertà che distribuiscono in modo disforme e drammatico le possibilità di accesso ai servizi sanitari. E' proprio sul tema della disomogeneità nella possibilità di 'accesso ai servizi ed iniquità' e sulle caratteristiche delle relazioni che si fonda l'interpretazione dei miei dati etnografici.

Qui si che il tema dell'incorporazione comincia ad avere senso per la mia analisi. Da quando la malattia comincia ad essere interpretata nell'ottica di un'incorporazione psicobiologica di forze collettive più ampie, i temi della giustizia e dei diritti umani emergono come temi importanti nell'analisi antropologica che troppo a lungo, a causa di un relativismo etico, le ha impedito di affrontarli con determinazione.

E' su questa violazione dei diritti che si sviluppa una parte della mia analisi etnografica al Naga. Lo studio indaga i sintomi di quelle patologie del potere che riguardano in ambito locale, la risposta statale al problema del diritto alla salute, veicolando l'interesse al tema più generale dei diritti umani. Dato che l'etnografia in una piccola Associazione di volontariato parla dei meccanismi attraverso cui specifiche forze sociali vengono incorporate come eventi biologici, allora è su questi meccanismi che mi concentro. Ciò anche là dove queste forze sociali nell'Associazione, che cerca di potenziare la capacità d'azione degli immigrati attraverso la promozione dei loro diritti civili e politici, si mostrano con l'aumento nelle richieste di tutela legale. Negli anni a questo proposito, ho rilevato un profondo cambiamento nella composizione delle diverse tipologie professionali dei volontari, che da quasi esclusivamente medica si è evoluto in medica e legale. Ma non solo. Anche professionisti della comunicazione e soggetti abili nell'utilizzo degli strumenti tecnologici si sono spontaneamente fatti coinvolgere nell'attività dell'Associazione e l'hanno fatta crescere. E questo a mio avviso è anche segno di un cambiamento nel tempo, sollecitato da quegli autori che menzionerò in seguito.

Il mio apporto antropologico, non si conclude nell'analisi dei meccanismi che producono sofferenza, ma riguarda anche la valutazione della risposta gestita a livello istituzionale, informata dei fatti e sollecitata dall'Associazione svelandone le caratteristiche nelle 'zone d'ombra'. La ricaduta, a livello più generale, potrebbe essere l'indagine non solo in ambito strettamente medico ma anche in quello sociale, economico e politico.

Come Farmer anche Fassin (2000) studia il ruolo che giocano le forze statali, giuridiche e sanitarie nel promuovere le condizioni che espongono alcuni individui a specifici rischi in virtù della loro debole posizione sociale. E' ciò che Foucault descriveva col concetto di biopotere e che si allinea alla prospettiva di

“nuda vita” di Giorgio Agamben (1995). Nel suo lavoro Fassin riflette sulle contraddizioni delle politiche francesi riguardo gli immigrati senza permesso di soggiorno. Ciò che incuriosisce l'autore è lo spostamento dal diritto di asilo al diritto di cura. Il diritto di cittadinanza non esiste per questa categoria di soggetti in quanto “irregolari” e quindi non cittadini. Ma possono divenire fruitori di diritti se malati cioè se la “nuda vita”, mera esistenza biologica, è da salvare. Allora l'immigrato può entrare o permanere sul territorio francese.

Analoga situazione è quella italiana e di altri paesi in Europa dove la “nuda vita” diviene modalità di costruzione di rapporti di potere in un'ottica di controllo sociale; questa è esemplificato dall'uso del “permesso per motivi umanitari e sanitari”. Il corpo diviene quindi terreno di regolazione di rapporti sociali fondati sull'irregolarità. Altro tema importante che verrà da me affrontato e approfondito nel senso di decostruzione del termine.

Sulla stessa linea delle argomentazioni di Farmer e Fassin, abbiamo altri lavori di Kleinman (1995) che, oltre ad includere le riflessioni sulla malattia legata a fattori sociali, economici e politici, rivolgono lo sguardo sui programmi di salute pubblica e d'intervento delle agenzie internazionali per i paesi in via di sviluppo. L'autore indaga il tema dell'oggettività scientifica utilizzata come criterio di valutazione delle priorità d'intervento sanitario, e per la selezione dei destinatari delle risorse economiche. Ancora analizza il paradigma occidentale dei concetti di modernizzazione dei paesi emergenti e gli interessi politici ed economici, mai del tutto esplicitati dai programmi d'intervento (d'aiuto e di sviluppo) e delle dinamiche che attivano o bloccano le procedure d'autorizzazione dei programmi.

L'idea di progresso di stampo neopositivista, non dà spazio alla specificità dei mondi locali perchè costruito su categorie etiche occidentali ed esprime gli interessi di accademie, stati, istituzioni e agenzie non governative, più che intervenire sulle questioni locali dei disagi della popolazione.

Kleinman invita anche a riflettere sulla eccessiva “medicalizzazione” che si attua nei gruppi di soggetti, come le vittime di tortura, che trasformano i rifugiati politici in pazienti affetti da patologia di *post traumatic stress disorder*. Così solo se inquadrati nelle categorie della salute e della malattia, questi soggetti riescono ad attingere ai benefici e alle risorse dei programmi d'intervento e assistenza sanitaria. In modo analogo in Italia, la medicalizzazione apre la strada alla regolarizzazione di immigrati senza permesso di soggiorno, incidendo sui processi di “capacitazione” e sulle aree di “libero arbitrio” di ogni singolo essere umano.

La diagnosi però definisce la risposta al trauma, piuttosto che dare una definizione appropriata ad una tragedia collettiva, umana e sociale. Ponendo l'etichetta della tipologia diagnostica su una qualsiasi patologia, si aprono inoltre percorsi di cura pericolosi in termini di autonomia e libertà per i soggetti fruitori dell'intervento. Infatti una forma di violenza strutturale è quella legata alle proposte di cura dei servizi: da un lato “accolgono” e ascoltano la richiesta ma dall'altro, retroagiscono producendo dipendenza attraverso l'allettante proposta ed ostentazione di esami strumentali per approfondimenti diagnostici eccessivamente

ed inutilmente sofisticati. Appare così che per essere ben curati, si debba passare solamente attraverso quelle specifiche indagini diagnostiche, con le relative ed inesauribili richieste economiche (pubbliche inizialmente ma poi spesso private).

In conclusione, in quegli anni, soltanto quando l'antropologia si è occupata del "corpo" la malattia è stata vista come processo sia personale che storico-sociale, dove al di là dell'esperienza individuale, gioca un ruolo eziologico l'ambito storico-culturale ed economico-politico. In questo senso si può parlare, come ben ci indica Ivo Quaranta (2006: pag. XXVIII), di malattia come "metonimia di più ampi processi sociopolitici collocando l'esperienza di sofferenza in una dimensione storica profonda e complessa." Dunque, ci suggerisce ancora questo autore, Antropologia dal corpo, che mette a fuoco a partire da una fenomenologia culturale l'agentività delle soggettività incarnate, e Antropologia del corpo come riflessione sulla costruzione storica e sociale della corporeità, della salute e della malattia. Emergono allora i concetti chiave di una nuova Antropologia Medica: incorporazione, violenza strutturale e sofferenza sociale, che consentono di indagare la relazione tra dinamiche politiche ed economiche, tra disagio sociale e forme di resistenza messe in atto dagli attori sociali, emergono la sofferenza e la malattia come forma visibile della violenza strutturale sui corpi (Quaranta, 2012).

1.6 Anni duemiladieci

Durante i primi anni del duemiladieci, A. Kleinman si concentra sulla possibile evoluzione dell'antropologia medica all'interno del dibattito antropologico e più in generale di quello politico e sociale. Osserva una caduta d'interesse nell'area psichiatrica a favore delle neuroscienze e si domanda quali aree medico professionali potrebbero risvegliare curiosità e attenzione affinché anche l'antropologia possa entrare nei dibattiti pubblici, quasi fosse questo l'obiettivo ultimo della disciplina. Negli stessi anni altri autori si sono soffermati sulle argomentazioni relative alle questioni delle auspicabile strategie di "visibilità" dell'ottica antropologica, dando importanza anche all'aspetto corale interdisciplinare nelle analisi delle proprie ricerche.

Kleinman (2012) si pone cinque domande, prevalentemente in ambito psichiatrico, che suggerisce possano riguardare il percorso dell'antropologia medica nei prossimi cinquant'anni: saper distinguere, per sottolinearne l'importanza, la sofferenza sociale da quella dei disturbi psichiatrici, parlare dello stigma e dell'esclusione sociale, la farmacoterapia come specchio di interventi diversificati in base allo stato sociale e il suo legame con le ricerche nell'ambito dell'antropologia medica, legami tra neurobiologia e cultura. Infine l'autore si chiede come l'etica, la pratica forense e le pratiche di cura, potrebbero relazionarsi con l'antropologia medica, con la psichiatria ufficiale, con i trattamenti familiari e l'intervento diretto di salute mentale.

Tra i quesiti, mi sembra utile soffermarsi su quest'ultimo. Kleinman nota che l'occuparsi di sanità pubblica (in termini globali) ha distolto l'attenzione dai sistemi di cura, che devono rimanere oggetto

preferenziale di studio delle scienze sociali e degli studi “umanistici della medicina”. Come si è trasformato il modo di curare? In parte si è passati ad un più alto standard nelle pratiche psichiatriche e infermieristiche, dovuti all'introduzione di approcci forensi ed etici nella cura dei problemi mentali. L'abuso delle pratiche psichiatriche a scopo politico e di controllo sociale, ci hanno mostrato la decisa mancanza di etica e legalità. La conseguenza a lungo termine è quella della mancanza di uno stile di cura, che produca non una superficiale ed egemonica imposizione di etiche burocratizzate. Molta più attenzione deve essere posta negli studi sulla comparazione trans-culturale dei sistemi di cura. Queste ricerche devono condurre non solo ad analisi sulle istituzioni e sulla burocrazia, ma anche sulla trasformazione della “soggettività”. Cambiamenti politico-morali, hanno creato nuove personalità e va rispolverato l'antico legame dell'antropologia medica con quella psicologica.

E' su quest'ultima argomentazione che mi voglio soffermare, perchè la ritengo utile alla mia ricerca. Non tanto quella ancora relativa all'utilizzo dell'antropologia psicologica, quanto quella sull'osservazione delle nuove politiche di sanità pubblica (locale o globale che sia) che hanno prodotto nuove “personalità” e nuove “soggettività”. Ho rilevato infatti, nella mia etnografia, ciò che chiamerei “pratiche di adattamento”, da parte degli immigrati da me avvicinati, alla burocrazia italiana sia legale che medica. Da una parte infatti quest'ultima impone o opportunisticamente propone degli interventi, mentre dall'altra crea disfunzioni tali da indurre nei fruitori, pratiche che sono necessariamente, e talvolta reattivamente, utilizzate. Anche gli operatori dei servizi si trovano coinvolti, ed a volte intrappolati, nella schizofrenica richiesta statale di cura dell'immigrato irregolare (che “deve” di legge essere tutelato) ma senza una struttura organizzativa adeguata. Questo “disfunzioni” organizzative esitano, negli immigrati, in scelte di consultazione dei Servizi brevi e insoddisfacenti. Infatti si producono interventi inconcludenti e non definitivi, informazioni poco esaustive o vaghe, terapie frammentarie o insufficienti, ed improprie invii ad altre strutture o altri professionisti. Il risultato è di alzare il disagio (per immigrati ed operatori) con il conseguente “naturale” ripiegamento, per l'erogazione dell'intervento terapeutico, su strutture di volontariato (“amorevoli , caritatevoli” o semplicemente solidali) che, non pesando sulla spesa pubblica, offrono ascolto, accoglienza e “soddisfazione piena”.

Nella letteratura degli anni più recenti la mia attenzione, e la conseguente raccolta bibliografica, si è rivolta maggiormente a quegli antropologi medici che hanno trattato prevalentemente tematiche inerenti al tema della cure sanitarie per immigrati (Quesada J. 2012, Viladrich A. 2012, Asanin J Wilson K. 2008, Schirripa P. 2002, Ricca M. e Quaranta I. 2012) e che poi di fatto, hanno arricchito di nuove argomentazioni anche l'ambito dell'antropologia medica in generale. Sempre all'attenzione di questi ricercatori è la tematica riguardante i diritti umani e le loro violazioni.

Con questo gruppo d' autori s'inaugura un ciclo di studi che affronta, ed esorta ad affrontare, tematiche relative alla disciplina antropologica ma nell'ottica di un metodo interdisciplinare. Il dibattito, gli studi e l'intervento pubblico non devono riguardare solo analisi e punti di vista tra le diverse aree, ma

devono essere capaci d'influenzare le scelte politiche di gestione sanitaria dei paesi implicati nello studio. Nello specifico, questi autori si sono occupati della salute degli im/migrati non autorizzati o illegali e della loro accessibilità alle cure sanitarie. Queste analisi, hanno aperto percorsi d'indagine che riguardano la terminologia utilizzata, gli aspetti legislativi in tema di diritti e gli aspetti di tutela legale.

Molto pertinente alla mia ricerca e ricco di suggestioni per l'impostazione dell'impalcatura teorica di riferimento, è un articolo di Sara Willen e colleghi (2011). Gli autori vi affrontano in primis il problema della scarsa visibilità degli studi antropologici e dello scarso apporto di tale ottica nel dibattito pubblico intorno al tema degli immigrati illegali. Puntualizzano sulla terminologia, definendo le caratteristiche degli aggettivi "non autorizzati" con senso neutro o dell'aggettivo "illegale" come oggetto degno d'ulteriore analisi. Ultima valutazione linguistica è sul termine im/migrazione, che così scritta indica i confini tra immigrazione e migrazione come porosi e mutevoli.

Un'altra analisi parte dall'affermazione di un ministro del governo Obama, Wilson, il quale informa dell'importanza di escludere gli immigrati illegali dalle cure mediche statali, se si vuole avere un più ampio consenso elettorale, e dove anche Fassin afferma che si debbano prendere posizioni di evidente critica nei in quanto dichiarazioni ambigue e spesso non platealmente esplicitate. Ma il tema è più complesso.

Autori quali De Genova (2010) e Mezzadra (2004) suggeriscono che il termine "illegale" debba essere decostruito analizzandone l'aspetto sociale, l'aspetto di prodotto della politica economica mondiale, l'aspetto legato alle implicazioni e alla vulnerabilità della salute ma causate dallo status di illegalità o gli aspetti etici e simbolici. Gli autori sollecitano ad essere punto di riferimento sul tema dell'immigrazione attraverso alcuni cambiamenti nelle modalità comunicative: ponendosi in un differente atteggiamento d'ascolto, utilizzando un diverso modo d'insegnare, "democratizzando" le conoscenze ottenute, traducendo meglio se stessi e relazionando i propri scritti in modo diverso.

Il tema dell'immigrazione sta evolvendo in gran parte dei paesi del globo data la rilevante importanza del fenomeno e delle tematiche legate ai problemi razziali, che vanno quindi esplicitati in tutte le loro forme. Va inoltre stimolato il dibattito critico, nell'ottica di evitare che le politiche riguardanti l'esclusione dai diritti in generale e quello della salute in particolare, si naturalizzino e diventino quel "senso comune" da accettare e non mai problematizzare..

1.7 I miei riferimenti

In conclusione di questa mia breve disamina, necessaria per disegnare lo sfondo dal quale evidenziare le tracce del mio percorso teorico, intendo ricordare gli aspetti salienti della bibliografia che voglio utilizzare allo scopo d'interpretare i dati etnografici raccolti. Primo fra tutti l'articolo recente di Sara Willen e colleghi che si discosta dalle precedenti impostazioni nei dibattiti dell'antropologia medica. Con l'attenzione all'introduzione di tematiche legali e all'atteggiamento interdisciplinare nell'analisi ed interpretazione dei dati raccolti, gli autori si focalizzano meno sul proporre modelli e maggiormente sull'opportunità di entrare

con forza nel dibattito pubblico, acquisire visibilità e problematizzare il tema dell'immigrazione inserendo punti di vista inediti ed alternativi.

Già alla fine degli anni settanta l'antropologia medica nasce come disciplina autonoma e lo sguardo si caratterizza come critico sul metodo e sulle pratiche biomediche. Quindi è da quello spirito critico che posso far partire la tensione analitica sottesa alla tematica da me affrontata.

Importanti risultano le analisi che riguardano i "contesti sociali" (famiglia, società e professionisti della cura) all'interno dei quali l'immigrato vive e con i quali s'interfaccia nei percorsi di cura, influenzandoli e venendone esso stesso culturalmente influenzato. Anche altri sono gli elementi che contano quando si opera la scelta della terapia: la prossimità fisica, le "conoscenze" attraverso il passa parola, la comodità nel raggiungere la struttura e il livello di soddisfazione dell'intervento.

Altro aspetto teorico per me di riferimento è quello della sickness proposto da Taussig, con la sua attenzione all'analisi della produzione sociale del sapere e delle pratiche biomediche, in grado di esplicitare (aletheia o disvelamento) le logiche della Biopolitica e quindi quelle delle Organizzazioni sanitarie. Prima fra tutte l'obiettivo economico e di marketing, che ora è ritenuto prioritario nelle politiche dei Servizi per la salute. Sempre per Taussig la salute è merce di scambio e sarà per me interessante riferire come questi argomenti ed analisi siano calzanti quando si affronta l'argomento dei servizi sanitari per gli immigrati.

Prenderò in considerazione anche la prospettiva di Allan Young non è più quella centrata sul soggetto ma sulla costruzione del sapere medico e sul contesto (anche fisico), e come questo influenzi le scelte di cura dei fruitori: la costruzione delle opportunità quindi, come avviene e che caratteristiche assume per gli immigrati. Sempre l'antropologia della sickness tratta, e mi dà l'opportunità di trattare, il tema dell'utilizzo della diagnosi (e quindi del riconoscimento di patologia), allo scopo di offrire ragioni per avanzare la richiesta del permesso di soggiorno.

Con Margharet Lock e Nancy Scheper-Hughes si apre il tema dell'incorporazione: la malattia è vista come effetto iatrogeno del sistema sociale, e dove la cultura ne plasma le caratteristiche. Le due autrici affermano anche che la malattia può essere intesa come un momento di resistenza all'ordine sociale costituito divenendo prodotto di o forma di, resistenza a ideologie dominanti. Il disagio deriva dagli effetti iatrogeni del sistema sociale nella misura in cui la malattia emerge come forma di critica incarnata. Da questa suggestione nasce la mia osservazione di pratiche, da parte degli immigrati, di utilizzo dei servizi di cura, che possono essere interpretate come vere proprie forme di resistenza alla reificazione del proprio malessere.

L'incorporazione che a me interessa è anche quella descritta nel concetto di Paul Farmer di violenza strutturale che considera l'azione di un Servizio pubblico ad esempio o di una ONG, produttrice di 'violenza' quando si occupa dei programmi di sviluppo economico-politici dei Servizi Sanitari, mentre sono in stretta relazione con l'esperienza di sofferenza. La presa in carico di una patologia, cela azioni di gestione potere sanitario delle strutture che se ne debbono occupare

Sempre per lo stesso autore, ed utile all'interpretazione dei miei dati, è l'osservazione di come la malattia incide sulla "capacitazione" dei singoli pazienti, cioè sulla capacità di azione degli individui. Ciò porterebbe alle diseguaglianze tra i soggetti presenti su uno stesso territorio, nella possibilità di negoziare la propria esistenza secondo i propri desideri. "Capacitazione" anche rispetto all'influenza che le proposte terapeutiche producono sugli immigrati, in termini di interferenza e restrizione del grado di libertà e intesa come "libero arbitrio". Inoltre suggerendo e prescrivendo continuamente esami strumentali o di laboratorio, allo scopo di approfondire l'aspetto eziologico del disturbo, di fatto si crea una dipendenza dal meccanismo dell'indagine clinica che lascia ai soggetti ben pochi margini di scelte autonome.

L'osservazione delle diseguaglianze sociali e, ciò che più mi interessa nell'analisi dei dati etnografici, le iniquità delle politiche sanitarie nei nostri paesi, mostra che solo alcuni soggetti sono esposti al rischio di abuso dei diritti umani. Io intendo utilizzare l'osservazione dei cambiamenti nella presenza delle diverse categorie professionali di volontari all'interno dell'Associazione presa in esame, per sottolinearne l'evoluzione di percorso condotto in questi anni, in virtù della grande influenza che il tema dei diritti ha avuto al suo interno e in certe aree della società civile.

Interessante anche la modalità nell'utilizzo del concetto di "memoria storica" di Farmer, dalla quale emergono spesso i percorsi attuati dai governi per 'naturalizzare' eventi avversi, modalità che io utilizzerò allo scopo di allargare lo scenario alle varie correnti d'influenza nell'evoluzione e nei cambiamenti dell'Associazione.

Come Farmer anche Fassin continua sul terreno dell'influenza delle forze politiche, economiche e sociali nel creare condizioni che espongono alcuni individui a specifici rischi, e riprende il termine di "nuda vita" di Agamben (1995) soffermandosi sull'aspetto linguistico del termine irregolare. Mantenendo la stessa tensione, anch'io desidero vedere intorno alla definizione del protagonista della mia ricerca cosa si cela. Questo tenendo in considerazione anche l'opinione di altri autori: De Genova (2010), Nathalie Peutz (2010) e Sara Willen (2007). Interessante l'articolazione delle loro definizioni che vanno da immigrato "non autorizzato" a "irregolare" e la declinazione grafica di "im/migrato" perchè di volta in volta pongono l'accento ora sull'uno e ora sull'altro significato dei diversi termini. Al Naga è stata scelta la parola immigrato "senza permesso di soggiorno" che ho mantenuto.

Negli anni più recenti l'osservazione di A. Kleinman, che vede nelle nuove politiche di sanità pubblica la conseguente produzione di "nuove personalità" e "nuove soggettività", mi è stata molto utile nel comprendere alcune pratiche utilizzate dagli immigrati del Naga. A partire dai termini "pratiche di resistenza" o "pratiche di opposizione", trovo nel mio caso più calzanti i termini "pratiche di reazione o di adattamento", per indicare attraverso quali azioni, queste nuove soggettività, agiscono un cambiamento.

Infine allo scopo d'indagare i meccanismi di reazione coinvolti, ho rilevato nel lavoro sul campo e considero, alcuni esempi nei quali osservo come il malfunzionamento dei servizi ha indotto un cambiamento ed uno spostamento dei suoi fruitori, dal Servizio Pubblico al privato sociale .

In conclusione, come ci suggerisce Ivo Quaranta (2012), l'Antropologia Medica mette a fuoco il concetto di incorporazione dell'esperienza del disagio, sia come processo di produzione storico-culturale, come traccia incorporata di processi sociali ed economici iscritti nei corpi, che come produzione dal corpo a partire dall'agentività dei soggetti, dall'intenzionalità, intesa come presenza e progetto del mondo, di opporre resistenza all'ordine costituito. Un progetto intenzionale, attivato dai soggetti nella ricerca di una risposta alla domanda di libertà dalla sofferenza, ma anche di medicalizzazione e di cura.

CAPITOLO SECONDO

IL CONTESTO

Se si accetta la definizione di campo fatta da Giorgio Agamben come “spazio biopolitico” caratterizzato da paradigmi politici nascosti allora l'ambito e il contesto all'interno del quale si conduce una ricerca diviene esso stesso elemento da osservare ed interpretare. Agamben suggerisce di elementi biopolitici celati in questo spazio di cui “dovremo imparare a riconoscere le metamorfosi e il travestimento” (Agamben G., 1995, pg. 135). Nel mio lavoro etnografico, in questo capitolo, intendo riconoscere quei 'travestimenti' che assumono le caratteristiche di fatti naturali, ma che vedremo hanno influenzato lo sviluppo dell'Associazione.

L'analisi dei 'travestimenti' nella ricerca etnografica è un tema affrontato anche da Farmer il quale, soffermandosi sull'importanza della ricontestualizzazione fisico-spaziale e sociale dei soggetti che osserviamo, così cita:

“La violenza politica, il razzismo, il sessismo, la povertà sono il risultato dell'azione umana: richiedono di essere analizzate e spiegate a partire dalla ricontestualizzazione fisico-spaziale e sociale delle biografie nelle pieghe della cultura, della politica, della storia e dell'economia, richiedono di essere narrate da resoconti etnografici che muovono dal locale al globale e viceversa, che includano le descrizioni e le “fattezze” dei contesti locali che fanno da cornice alle strutture di potere cittadino, alla sofferenza sociale incorporata, alla malattia, alla tortura e alla morte” (Farmer, 2006).

Intendo qui di seguito proporre la mia analisi utilizzando le suggestioni degli autori citati per “ricontestualizzare” in termini fisico – spaziale e sociale le biografie che andrò a descrivere, in quanto è anche a partire dall'area in cui è sorta la sede dell'associazione, che nel tempo si è assistito ad una certa sua fortunata evoluzione.

E se ogni cultura è il risultato di processi di costruzione sociale sviluppatasi in uno specifico ambito storico-contestuale, caratterizzato da uno specifico assetto produttivo e da specifici rapporti sociali di egemonia e di potere, allora la cultura associativa del Naga (cioè la specifica costruzione culturale dell'associazione) si può confermare come riferita specificatamente al suo contesto e “fondamento” (Seppilli T., 2000). Contesto ed ambito sociale ai quali coerentemente il Naga si riferisce nel suo orientamento ideologico e pratico.

In questo capitolo tratterò il 'contesto' nelle diverse prospettive: da quello fisico, a quello relazionale, da quello storico economico-politico a quello legislativo. Situazioni che hanno promosso, accompagnato ed influenzato l'Associazione, il suo sviluppo e la sua cultura.

Ritengo importante parlare delle diverse angolature con cui descrivo ed interpreto il contesto del

Naga, in quanto esiste una 'logica' d'insieme all'interno della quale gli eventi si susseguono l'un con l'altro in un gradevole e ricco 'circolo virtuoso'. Il termine logica a cui mi riferisco, cioè l'affinità tra eventi che tende a farli stare insieme, ha lo stesso senso di quello proposto dalla studiosa Mol (Mol, 2006). Per l'autrice la logica e la creatività degli eventi li accomuna in un 'discorso', con questo senso:

“intendendo come le parole, i materiali e le pratiche cooperano tutte insieme in modo specifico, storico e culturalmente situato. In altri termini dei 'modi di ordinarsi' andando in risonanza fino alle loro radici. Questi 'modi di ordinarsi' producono discorsi multipli e mobili. 'Modi' che è un plurale è una parola che invita ad un confronto di modalità differenti di pensare e di agire che coesistono in un 'singolo' tempo e luogo. 'Ordinarsi' deriva da un verbo più che da un nome, richiamando l'idea di un processo; suggerisce che l'attività di ordinarsi coinvolge continue richieste che potrebbe anche fallire”. (Mol 2006, pag.9)

E' questo il senso con cui descrivo i diversi contesti all'interno dei quali si è mosso il Naga, che lo hanno influenzato nelle 'logiche' d'azione e di sviluppo, fondamentalmente nella sua storia.

2.1. La spazialità e il collocamento del servizio in una specifica area geografica milanese: prossemica e fruibilità del servizio.

La prossimità fisica della precedente sede con un' importante università milanese (università Bocconi), è stata propedeutica allo sviluppo di relazioni di buon vicinato prima ed economiche successivamente. In questo caso il “resoconto etnografico” sulle “fattezze” di un “contesto locale che fa da cornice alle strutture di potere cittadino” (Farmer, 2006) è costruito a partire dalla descrizione della sede del Naga che nella sua iniziale collocazione, ha dato all'Associazione un innegabile vantaggio secondario (Mc Lafferty, Grady, 2005). Questo si è caratterizzato prevalentemente su di un sostegno di tipo relazionale: “contatti” importanti e di riferimento riguardo a chi rivolgersi nelle diverse esigenze di sostegno soprattutto economico.

La sede era inserita in un quartiere per la gran parte ricostruito con palazzine moderne e s'affacciava verso le strade del centro con alcune case della vecchia edilizia popolare (case a ringhiera), interrotte solo da una vecchia fabbrica dismessa divenuta nel tempo proprietà del Comune. Quest'ultima è stata proprio quella poi concessa in comodato d'uso all'Associazione. Infatti all'ultimo piano di quella fabbrica è sorta la sede del Naga. Nei diversi piani sottostanti si sono avvicendati centri sociali o soggetti che temporaneamente occupavano gli spazi, con i quali spesso sono stati costruiti rapporti solidali di controllo verso inopportune ingerenze: da organi statali (polizia, ecc.) a privati “indesiderati”.

La prossimità spaziale con l'Università invece, ha indotto i due soggetti (l'Associazione e la Bocconi) a promuovere relazioni di reciproca tolleranza. Questi buoni rapporti poi, sono sfociati anche in veri e propri sostegni al Naga da parte dell'Università, rifacendosi all'ipotesi, avvalorata dai fatti, che la prossemica costruisce relazioni. Spesso il dirigente amministrativo, come mi specifica Franca la responsabile del reperimento “fondi”, offriva in modo assolutamente spontaneo:

“i nominativi delle persone che potevano aiutarci sia direttamente attraverso sovvenzioni economiche, sia con aiuti indiretti attraverso l'adesione a progetti o a percorsi per l'accesso a particolari fondi. Ci indicava le

persone giuste al momento giusto. Questo ha dato la possibilità di mantenere nel tempo e di sviluppare 'canali economici' importanti per l'associazione. E' stata una buona opportunità trovare dei vicini potenti e anche sensibili a certe tematiche. Anche l'Associazione per loro è stata l'occasione di visibilità per un loro operare nella società civile con un certo impegno umano solidaristico laico”.

La sede attuale dell'associazione è nella parte sud di Milano, in una zona tra la circonvallazione interna e quella esterna, e molto vicina al Naviglio Pavese: una delle parti storiche di Milano fra le più caratteristiche.

Queste dislocazioni in generale, oltre a rendere ottima l'accessibilità al servizio per la quantità di mezzi pubblici che la raggiungono (Stewart e Nam Do, 2003), è sempre stata altamente visibile in aree abitate e frequentate da cittadini benestanti. Ciò ha quasi sicuramente salvaguardato la sede dell'Associazione da possibili attacchi realmente xenofobi o di controllo politico/militare per una sorta di strumentale tutela dell'ordine pubblico, ma soprattutto grazie ad una tranquillità del contesto, richiesta implicitamente dalla società civile medio borghese perbenista della zona, comunque molto tollerante.

Non è mai stato possibile evitare di notare il continuo andirivieni di stranieri, dati i loro caratteristici tratti somatici spiccatamente diversi dalla gran parte dei residenti o frequentanti quella zona. Impossibile ignorare o fingere di “dimenticare” una realtà milanese tutt'altro che marginale. Ma, tra fastidio e considerazione è esistita e permane, nell'area in cui è ubicata anche ora (e lo era un tempo) la sede, uno spazio di tolleranza che ha sempre protetto la struttura da fastidiose o pericolose ingerenze (Padilla e Villaobos, 2007; Stewart et al., 2006; Wang, 2007 in Asanin J. 2008)

La tolleranza perbenista condominiale dell'attuale sede, si scontra però fortemente laddove esistono interessi economici divenendo 'intolleranza'. I proprietari degli appartamenti temono di vedere i loro guadagni diminuire, in seguito ad un supposto, e da loro dichiarato, degrado del palazzo a causa degli stranieri.

La nuova attuale sede, si raggiunge dalla trafficata via S. Gottardo, tagliando per una vietta laterale fino alla porta d'entrata suddivisa in due. Dalla porta di sinistra si accede, dopo una breve scalinata, ai locali dell'Associazione posti sotto il livello strada; mentre dal lato destro, salendo pochi scalini, si raggiungono nei diversi piani gli appartamenti condominiali.

Questa soluzione più strutturata e “signorile” della precedente, decisamente più popolare, sta comportando anni di cause con l'amministrazione condominiale, in quanto i proprietari (e non gli affittuari) sono decisi ad opporsi a questa “fastidiosa” presenza. Questa ostilità, a differenza della grande tolleranza nella precedente soluzione abitativa, è anche peraltro evidente nel cartello ben visibile posto all'entrata dei portoni che ricorda: “non sedersi sui gradini, grazie”.

Giunti all'interno dei locali dell'Associazione, lo sguardo scorre dal caloroso sorriso delle volontarie dietro al bancone alla - a volte affollatissima a volte silenziosa - sala d'aspetto. Nulla è anonimo qui, neanche il passaggio dei Rom che attraversando il breve corridoio vanno ai bagni, si fermano a ricaricare i telefonini, si bevono il caffè alla macchinetta e se ne escono silenziosi lanciando occhiate furtive.

Gli ambulatori e la segreteria sono alla destra dell'entrata e non ci sono barriere particolari che possano impedirne il libero accesso. Normalmente l'organizzato ed 'ordinato disordine' che regna in questa area, rende ragione della spesso frenetica attività clinica della struttura. Le bacheche e la variopinta segreteria sono piene di volantini informativi su attività o manifestazioni, sia associative che cittadine, mentre gli ambulatori sono "essenziali", sobri e dignitosi. Quest'ultimi sono il cuore "palpitante" del Naga. Infine il dispensario dei farmaci e, scendendo per una scala, la sala assembleare con due salette per gli archivi.

Come si può dedurre lo spazio non è molto, e quello pubblicamente condiviso è prevalente; quello invece dedicato alla sola attività clinico-terapeutica, nella specifica relazione medico-paziente, è decisamente più ridotto. Questo ci può dare l'indicazione del fatto, di come la gran parte delle energie di risorse umane impiegate nell'Associazione, siano dedicate alla manifestazione di un Sè, ricco di idee ed ideali piuttosto che ad un pragmatico, anche se saliente, impegno sanitario .

2.2 Contesto storico e sue influenze alla nascita dell'Associazione: accadimenti politico - economici negli anni ottanta.

In questa parte del capitolo ho voluto focalizzare la mia attenzione sui processi storici che hanno riguardato il fenomeno migratorio negli anni intorno alla nascita dell'Associazione cioè gli anni ottanta. La situazione, a partire da quegli anni, riguardante il tema delle migrazioni è più articolata di quanto possa sembrare a prima vista, e vale la pena aprire una finestra sulle scelte di politica economica internazionale operate qualche decennio prima: una complessità che proveremo ad interpretare a partire da quelle crisi petrolifere del 1971/73 che aveva già ampiamente influenzato i flussi migratori. In realtà l'aumento del prezzo del petrolio, e il conseguente generale aumento del costo della vita, non fu la causa della crisi ma il suo ultimo atto, quello che aggravaò una recessione già in fase avanzata (Einaudi, 2007).

Forse anziché recessione, sarebbe più corretto parlare di esaurimento in loco della funzione propulsiva di quei settori economici che erano stati l'anima della lunga fase espansiva iniziata con la ricostruzione post-bellica: l'edilizia, la metallurgia e la meccanica. Non si trattava però di una saturazione del mercato, o per lo meno non esclusivamente (Baldwin, Arango, 1999; Klaus, 2001).

Uno dei maggiori problemi concerneva i profitti degli imprenditori, profitti che avevano subito proprio a cavallo fra gli anni Sessanta e Settanta un forte ridimensionamento. Subito ci si focalizzò sul costo del lavoro, sui livelli salariali, sull'esito finale di una situazione che era profondamente cambiata: in termini di 'costi bruti', è vero, ma anche e soprattutto in termini di consapevolezza di ruoli da parte operaia, di potere contrattuale e quindi di messa in discussione delle regole del capitalismo. Le lotte operaie degli anni Sessanta avevano inciso infatti profondamente non solo sul fronte delle retribuzioni, ma anche e soprattutto sulla qualità del lavoro, sull'orario, sulle tutele in termini previdenziali e di sicurezza: tutte conquiste che avevano senza dubbio un prezzo che avrebbe dovuto 'pagare' chi, dei mezzi di produzione aveva la

proprietà. Pensiamo al significato che ha rivestito per l'Italia lo Statuto dei lavoratori del 1970: una delle più alte espressioni della capacità di intervenire e regolare il settore occupazionale, nel rispetto e nel riconoscimento globale delle esigenze dei lavoratori, e che quindi non poteva rivelarsi congeniale agli obiettivi della parte opposta. Ma come depotenziarlo senza venir meno agli accordi pattuiti, agli impegni assunti, senza perdere profitti?

La risposta del sistema produttivo occidentale venne immediata, fu articolata e, dal punto di vista degli imprenditori, fu certamente efficace. La scelta dominante, la scelta informante tutte le altre scelte economiche fu quella del decentramento: il decentramento di tutte quelle attività manifatturiere, che registravano un'alta intensità di manodopera, che avrebbero dovuto porsi al di fuori dei confini dei paesi industrializzati stessi.

Sostanzialmente si operò in due direzioni. In un primo gruppo di casi, invece di continuare a produrre manufatti ed esportarli, si iniziò ad esportare direttamente la tecnologia, e con essa le competenze. Questo era possibile quando ci si rivolgeva a quei paesi cosiddetti sub-imperialisti che, per la loro ricchezza, per le loro dimensioni e per la grande disponibilità di manodopera a bassissimo costo, potevano diventare produttori e a loro volta costituire importanti poli di riferimento in diverse parti del mondo. Paesi come il Brasile per l'America Latina, come l'Iran dei tempi dello scia Reza Palevi per il Medio Oriente, come l'India di Indira Ghandi o come il Sud Africa ai tempi dell'apartheid avevano tutte le potenzialità per diventare sedi di produzione su larga scala, produzioni destinate sia al mercato interno, sia appunto all'esportazione verso i paesi limitrofi.

Questo comunque non era sufficiente, non esauriva tutto il mercato disponibile: restavano le produzioni per il consumo interno, ma anche una parte delle esportazioni. Allora si decise di decentrare le stesse unità produttive, posizionandole dove i costi si prospettavano bassi. Nell'Occidente industriale i lavoratori erano garantiti e protetti, mentre in quello che allora veniva definito Terzo mondo e nell'est europeo, la manodopera, abbondante e rassegnata, non avanzava pretese di alcun tipo. Salari irrisori, turni di lavoro massacranti, festività inesistenti, nessun sistema di prevenzione o di tutela antinfortunistica, nessuna cautela nelle lavorazioni nocive, possibilità di instaurare un sistema di fabbrica di tipo schiavistico. Infine governi autoritari e compiacenti costituivano il pilastro di questa nuova divisione internazionale del lavoro (Baldwin, Arango, 1999; Einaudi, 2007).

Spesso si ricorse alle 'solite' ex-colonie, come fece la Francia con il Marocco, grazie al quale gli industriali tessili dell'Esagono hanno potuto mantenere la loro parte di mercato in Europa: ad esempio il decentramento degli ateliers tessili nell'ex-protettorato ha consentito la creazione di settecentomila posti di lavoro.

Ex-colonie, ma anche 'sedi nuove' in zone particolarmente promettenti: così Hong Kong, Singapore, Formosa, la Corea del Sud, Haiti. Situazioni in cui il capitalismo è entrato di prepotenza, sconvolgendo assetti demografici, culture e modi di vita. Tuttavia non tutte le attività ad alta intensità di manodopera

possono essere facilmente appaltate altrove. Il commercio, l'edilizia, l'agricoltura, le attività turistiche, alcuni servizi come quelli domestici e assistenziali per loro stessa natura non sono dislocabili. In molti paesi, tra cui l'Italia, esistono consistenti nuclei di piccola e media industria che non si prestano al trasferimento in altre realtà.

Se i più grandi gruppi industriali di quegli anni, hanno imboccato la strada dell'esportazione di tecnologia e di professionalità, quasi preclusa è invece la via del decentramento in toto della produzione, decentramento che presuppone fra l'altro precisi appoggi politici e militari, e ampie capacità di tutela degli investimenti da parte dei governi dei paesi di provenienza: un vero e proprio ruolo di controllo, come quello a tutti gli effetti svolto dagli Stati Uniti.

Come risolvere allora il problema del costo del lavoro per le realtà produttive forzatamente in loco? La soluzione c'era ed era l'immigrato: il marocchino come il senegalese, la peruviana come la filippina che sembravano non chiedere altro che un'occupazione qualsiasi, con una retribuzione qualsiasi, pur di restare e sopravvivere. Manodopera docile, disponibile, facilmente manovrabile, a costi bassi. Sempre l'immigrato infatti si adatta alle condizioni che il luogo di arrivo gli impone: accetta salari inferiori a quelli della manodopera locale, si adegua a tempi di lavoro che certamente esulano dagli accordi sindacali, non pretende tutele per la sicurezza e la salute, e così via. Il costo complessivo si riduce e la sua presenza permette anche di manipolare in qualche misura il mercato del lavoro locale, riducendone la tendenziale rigidità.

Nella pratica dunque quei flussi che, in sordina negli anni Settanta e sempre più intensi dagli anni Ottanta in poi, si sono riversati nelle nostre città, si sono coniugati molto bene con le esigenze della nostra economia e soprattutto dei nostri imprenditori. All'epoca nessuna norma specifica disciplinava il lavoro straniero e per un lungo periodo i datori di lavoro ebbero mano libera e discrezionalità assoluta (Colucci, 2009; Colucci, 2010). E' proprio in questi anni (1987) che nasce il Naga, dal paziente lavoro di alcuni medici di base che aprivano le porte dei loro studi gratuitamente agli immigrati irregolari, e che negli intenti e nella collaborazione hanno poi fondato l'Associazione.

Come quadro di riferimento legislativo, esisteva un accordo internazionale che l'Italia aveva sottoscritto nel 1975: era la convenzione dell'O.I.L. n.143 che stabiliva la parità di trattamento dei lavoratori autoctoni e dei lavoratori stranieri. Ispirata alla tutela dei diritti fondamentali dell'uomo, al divieto di discriminazioni fondate sulla cittadinanza, alla libertà di circolazione delle persone, mirava, come ben ha spiegato il giurista Bruno Nascimbene (2012: pag. 112): "a sopprimere e reprimere le migrazioni clandestine e l'occupazione illegale dei lavoratori migranti, nonché ad assicurare al lavoratore straniero la parità di opportunità e di trattamento rispetto al lavoratore cittadino dello stato di soggiorno, in materia di occupazione e professione, di sicurezza sociale, di diritti sindacali e culturali, di libertà individuali e collettive". Regole che l'Italia aveva sottoscritto, ma che tardò a ratificare, legittimando così per molti anni differenziazioni di paga anche notevoli.

Solo la legge del 1986, la prima legge in materia di immigrazione, avrebbe posto fine al doppio binario salariale ufficiale, ma già era pronta un'altra soluzione: la clandestinità. Questa era un'alternativa facile da utilizzare quando si poteva contare sul concorso di una legislazione repressiva e una pratica di tolleranze e connivenze. Bastava promulgare norme rigide che disciplinassero gli ingressi, rendendoli formalmente impossibili, e poi lasciare delle brecce, delle 'zone grige' (approfondirò nel prossimo capitolo questa tematica) in cui i disperati non in regola e non in grado di regolarizzarsi avrebbero potuto infiltrarsi.

E così avvenne. Il mondo degli immigrati fu spaccato in due grandi categorie, una sorta di buoni e cattivi, laddove i secondi erano soltanto i meno fortunati, quelli arrivati dopo: da un lato dunque chi era entrato regolarmente nel nostro paese e, titolare di un permesso di soggiorno, avrebbe potuto lavorare secondo le regole ufficiali, e dall'altro chi aveva attraversato il confine clandestinamente e clandestinamente si era insediato. Ai primi le stesse tutele garantite agli autoctoni, ai secondi proposte di modi di lavoro e tutele riguardo i diritti di cura, ben lontani dal potersi definire civili.

2.3 Contesto legislativo breve indagine in materia di accesso ai servizi sanitari:

2.3.a legislazione in alcuni paesi europei ed extraeuropei

I sistemi sanitari dei Paesi europei possono essere raggruppati in due modelli fondamentali: il Servizio sanitario nazionale, caratterizzato dalla fornitura universale delle prestazioni a carico dello Stato, ovvero, dal finanziamento attraverso la tassazione generale e dalla gestione e/o controllo pubblico dei fattori di produzione (modello "Beveridge" in essere in Danimarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia) e il servizio basato sulle assicurazioni sociali, caratterizzato dall'obbligatorietà della copertura all'interno di un sistema di sicurezza sociale, finanziato, in larga parte, da contributi individuali attraverso fondi assicurativi non profit e con gestione dei fattori di produzione pubblica e/o privata (modello "Bismarck" in essere in Austria, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo, Paesi Bassi) (rapporto Cgil, 2004; Paganelli, 2015).

Il 27 Gennaio scorso è stato pubblicato l'Euro Health Consumer Index (EHCI) 2014, l'ottavo studio realizzato dalla società svedese Health Consumer Powerhouse (HCP), che dal 2005 mette a confronto le performance dei sistemi sanitari europei, partendo dal punto di vista del paziente/consumatore. Scopo di questo processo di *benchmarking* è mettere a disposizione dei diversi Paesi gli strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria offerta, così da migliorare, in ultima analisi, la salute delle popolazioni, fornendo agli utenti, da cui deve necessariamente provenire la spinta ad attuare le necessarie riforme, il modo per poter agilmente accedere alle informazioni circa le politiche sanitarie, la qualità dei servizi erogati e i risultati in termini di salute dei sistemi sanitari dei diversi Paesi Europei.

Il paradigma "Bismarck batte Beveridge", già evidenziato nelle precedenti edizioni dell'EHCI, si è ormai consolidato: i sistemi basati sulle assicurazioni sociali obbligatorie continuano a superare, in quanto a performance, quelli come l'Italia, il Regno Unito e la Spagna, basati sui servizi sanitari nazionali. Tuttavia,

vale la pena sottolineare come, mettendo a confronto i primi 5 Paesi Bismarck con i primi 5 Paesi Beveridge, a fronte di una spesa sanitaria pro capite molto più elevata, i risultati di salute conseguiti dai sistemi Bismarck siano di poco superiori a quelli dei sistemi Beveridge (rapporto Cgil, 2004).

Negli Stati facenti parte dell'Unione Europea si rilevano notevoli differenze nelle modalità di organizzazione, regolamentazione, finanziamento, erogazione e utilizzo dei servizi sanitari. Tuttavia i problemi che i sistemi sanitari devono affrontare sono alquanto simili: l'invecchiamento della popolazione rappresenta una sfida comune particolarmente importante, così come assicurare a tutti l'accesso a servizi sanitari, compresi gli stranieri regolari o irregolari, e ad un'assistenza di lunga durata sostenibili sul versante della spesa e della qualità.

Gli Stati membri destinano ingenti risorse all'assistenza sanitaria.²

Secondo un rapporto pubblicato dalla Cgil "lo stato di salute dei cittadini rappresenta un fattore importante ai fini della capacità produttiva della società e i miglioramenti sul fronte della salute possono migliorare le potenzialità di crescita."(2004: pag. 5) E' evidente, nelle parole del rapporto, il legame creato dalla qualità di vita di un soggetto e lo stato di salute dello stesso. Gli aspetti di benessere psicofisico dei singoli cittadini a cascata influenzano l'economia di un paese: "migliori condizioni di salute, infatti, possono consentire di elevare la produttività, prolungare la durata della vita lavorativa e ridurre i costi (diminuendo il numero di assenze per malattia, la necessità di ricorrere a terapie, la disabilità, ecc.)" (rapporto Cgil, 2004). Interessante è il fatto che siano affermazioni di un sindacato (tra i maggiori italiani) che parlano del benessere psicofisico non per una migliore qualità della vita dell'individuo, ma in quanto importante fattore economico.

I sistemi sanitari sono un aspetto centrale dei sistemi di protezione sociale degli Stati europei. Essi pertanto, costituiscono uno dei temi su cui verte la nuova collaborazione sulla "modernizzazione" e il miglioramento della previdenza sociale. L'accessibilità, la qualità e la sostenibilità sono stati definiti obiettivi comuni che gli Stati intendono perseguire nell'ambito delle loro politiche sanitarie. Esistono legami stretti tra l'accessibilità alle cure per qualsiasi cittadino e l'intervento economico statale, attraverso sistemi pensionistici, assegni di disoccupazione o comunque qualsiasi tutela sociale di welfare, che hanno la funzione di salvaguardia del reddito. Un sistema di protezione sociale che concorre evidentemente anche a preservare la salute dei cittadini. I sistemi pensionistici, per esempio, contribuiscono notevolmente a preservare la salute dei cittadini anziani offrendo loro la possibilità di mantenere un tenore di vita

²Nel 1999 la quota dei PIL destinata alla spesa sanitaria totale è stata compresa fra il 10,3% in Germania e il 6,1% in Lussemburgo. In un consistente numero di paesi (Francia, Olanda, Belgio, Austria, Grecia, e Italia, oltre alla Germania), caratterizzati, peraltro, da sistemi sanitari alquanto diversi, la spesa sanitaria eccedeva, alla fine degli anni novanta, l'8 % del Pil. Attualmente la spesa sanitaria più elevata in termini di quota del prodotto interno lordo si registra in Germania, seguita da Francia e Belgio; la spesa media si assesta attorno all'8,4%. Vale la pena di richiamare alla memoria che negli Stati Uniti la spesa sanitaria totale ha raggiunto il 13% dei PIL nel 2000, con una quota pubblica pari al 44,11%. In Canada i dati sono più simili alla media dell'UE: la spesa sanitaria rappresenta il 9,1% dei PIL e la quota pubblica è pari al 71%]

sufficiente al termine dell'attività lavorativa.

In tutti gli Stati membri si riscontrano forti nessi fra fattori socio-economici (fra i quali, in particolare, strutture familiari, disparità tra uomini e donne, reddito e occupazione) e condizioni di salute e permangono tuttora notevoli disuguaglianze nello stato di salute della popolazione. Tali divari, pur non essendo del tutto indipendenti dalle caratteristiche dei sistemi sanitari europei, sono connessi principalmente alle più generali disparità sociali che influiscono sui determinanti socio-economici della salute. Sempre nelle parole del rapporto a cura del sindacato viene affermato: “si potrebbe dire che le politiche volte a promuovere l'occupazione, migliorare la qualità dei posti di lavoro o ridurre le disuguaglianze potrebbero migliorare in misura significativa lo stato di salute della popolazione. Una delle conclusioni del presente rapporto, infatti, è che non solo la politica sanitaria, ma anche le politiche economiche, associate ad essa, possono contribuire in maniera determinante a stabilire e preservare buone condizioni di salute” (rapporto Cgil, 2004).

Questo è ciò che viene indicato e auspicato riguardo le politiche di gestione sanitaria negli Stati europei. Ora vorrei osservare un po' specificatamente le leggi di politica sanitaria negli Stati membri che riguardano la cura di stranieri irregolari.

Evitando ora di approfondire i dibattiti sugli estremismi nelle opinioni in materia e sulle mancanze di adeguata tutela nella gran parte delle legislazioni attuali europee, cioè di una piena inclusione od esclusione dai servizi, molti paesi stanno ancora discutendo su come meglio rispondere ai bisogni di salute sia degli stranieri ir/regolari economici, sia di rifugiati o richiedenti asilo o di coloro con permessi per 'motivi umanitari'. Dato che gli immigrati irregolari hanno accesso quasi esclusivamente solo al servizio di Pronto Soccorso, il dibattito prevalentemente si svolge intorno alle caratteristiche di quel che sia definibile “veramente urgente” nella richiesta che questi soggetti portano (Willen S.S. e coll. 2011).

Le politiche sanitarie riferite all'immigrazione non autorizzata sono varie (Heyman et al. 2009B) e in Europa si distinguono in primis in base al modello di sanità pubblica che viene seguito, se di tipo Bismark o di tipo Beveridge di cui ho precedentemente chiarito le caratteristiche. Nei paesi col modello di tipo Bismark (Olanda, Belgio, Germania ecc.), dove il sistema sanitario si basa sulle assicurazioni pagate in gran parte da contributi individuali, si può ricevere assistenza solo dietro presentazione di una prova del pagamento di questa tassazione. Gli immigrati irregolari sono i primi svantaggiati, soprattutto se comparati a coloro presenti nei territori di paesi come la Spagna, l'Italia o l'Inghilterra (paesi Beveridge) dove la sanità è statale e i contributi derivano direttamente da parte della tassazione dei contribuenti.

La Spagna ha creato le condizioni legali per provvedere alla copertura nella tutela della salute per i soggetti irregolari, sebbene la sua attuazione rimanga una sfida. L'Italia non ha solo creato una struttura legale simile a quella spagnola ma l'ha anche attuata, almeno in teoria, per gli immigrati irregolari con l'accortezza dell'anonimato (Willen S.S. e coll. 2011). Nelle parole di Romero-Ortuno (2004) viene detto: “l'assetto umanitario dei modelli spagnolo e italiano contrastano fortemente con l'approccio utilitaristico

dell'Olanda, Belgio e Germania che dispongono solo del trattamento d'urgenza” (pag. 23).

Tuttavia anche nelle nazioni con sistema sanitario statale, l'impegno ideologico di una copertura pubblica non necessariamente si traduce in accesso alla cura senza restrizioni per gli immigrati irregolari. In Germania ad esempio, l'impegno per allargare la copertura sanitaria a tutta la popolazione si contrappone alla politica di restrizioni del governo. Il risultato è che la maggioranza degli immigrati non autorizzati evitano l'accesso alla cura, per evitare i controlli di sicurezza statale. Fino a poco tempo addietro, in questa nazione, offrire aiuto sanitario a soggetti irregolari poteva essere potenzialmente interpretato come un atto criminale e tutt'oggi continua ad esistere, dal punto di vista legale, una situazione ambigua sia per gli operatori sanitari e che per gli immigrati non autorizzati malati o feriti (Castaneda , 2009).

Un esempio fuori Europa ma interessante rispetto all'apparente tutela sanitaria per gli stranieri è il Costa Rica, un'altra nazione impegnata nel provvedere ad una “salute per tutti”, ma dove gli immigrati dei vicini paesi del centro America, sono trattati con sospetto: i migranti sono descritti come sia eccessivamente bisognosi che immeritevoli di cura dai parte dei servizi sanitari, e divengono capro espiatorio di un sistema in declino (Goldade K., 2009).

In Francia l'assistenza sanitaria è una questione di “gatekeepers”, cioè un tipo d'intervento e di cura a 'discrezione' del sanitario (Ticktin M., 2006). In alcune situazioni, formalmente meritevoli di assistenza, agli im/migrati è negata o bloccata la richiesta di ottenere cure (Larchanché S., 2010). In altri casi le cure sono ottenute senza rispettare i desideri dell'immigrato, o anche con modalità penalizzanti attraverso stereotipi stigmatizzanti (Sargent C., 2005; Sargent C., Larchanché S., 2007).

In tutta Europa esiste anche lo 'stato d'eccezione' di fronte a casi particolari. La temporanea sospensione delle norme a favore o contro una situazione che riguarda l'immigrato irregolare è una pratica nota, ubiquitaria e frequente in tutti i governi degli Stati osservati. Parlerò di questo diffusamente nel prossimo capitolo e qui mi limito a citare su tale argomento Agamben quando affronta criticamente le teorie della sospensione dell'ordine giuridico operata in determinati spazi e momenti storici giungendo a cogliere “l'eccezionalità” come fonte primaria dell'intero ordine giuridico:

“Lo stato di eccezione è il dispositivo che deve, in ultima istanza, articolare e tenere insieme i due aspetti della macchina giuridico-politica, istituendo una soglia d'indecidibilità fra anomia e *nomos*, fra vita e diritto, fra *auctoritas* e *potestas*. Esso si fonda sulla finzione essenziale per cui l'anomia – nella forma dell'*autoritas*, della legge vivente o della forza di legge – è ancora in relazione con l'ordine giuridico e il potere di sospendere la norma è in presa immediata sulla vita”(Agamben, 2003 pag.110).

2.3.b Legislazione italiana dalla nascita dell'Associazione ad oggi

Per contribuire ad una più attenta analisi ed interpretazione del materiale etnografico raccolto trovo utile riferire alcuni aspetti legislativi legati all'istituzione sanitaria italiana. Esiste infatti uno stretto legame tra ciò che sono stati i cambiamenti e l'evoluzione dell'Associazione nelle caratteristiche di composizione dei suoi protagonisti, proprio in seguito all'importanza del ruolo che nel tempo ha ricoperto l'aspetto legale

all'interno del gruppo con il tema sul "diritto" alla salute. Se infatti il Naga è stata un'associazione, per i suoi primi anni di attività, quasi esclusivamente composta da medici ed operatori sanitari, successivamente sono entrati a farvi parte anche numerosi avvocati. Questo ha realizzato un allargamento delle attività, sia verso interventi di carattere informativo sugli aspetti legali delle normative che regolano l'accesso ai servizi sanitari, sia verso veri e propri sostegni legali con atti giudiziari promossi dagli utenti e dall'Associazione. Non solo infatti alcuni immigrati hanno avuto la necessità di essere tutelati legalmente ma l'Associazione stessa ha avuto bisogno, nei suoi atti di denuncia, di non incorrere in possibili errori giudiziari. La peculiarità del Naga è sempre stata quella di offrire un aiuto sia medico che legale agli immigrati irregolari ed essere portavoce e cassa di risonanza, nei confronti della gente comune, dei disagi e delle difficoltà di questi soggetti sofferente realtà sociale della popolazione cittadina.

Le caratteristiche dei cambiamenti avvenuti nel corso del tempo all'interno dell'Associazione seguono di pari passo l'evoluzione del contesto legislativo in materia di immigrazione nell'ambito legislativo italiano. Qui di seguito esporrò l'evoluzione storica delle leggi che riguardano la sanità pubblica italiana e le caratteristiche di accesso ai suoi servizi.

L'efficienza non necessariamente corrisponde all'efficacia. Precedentemente ho mostrato che i sistemi Bismark (di Francia, Belgio, Austria, Germania, Lussemburgo e Paesi Bassi) sono stati valutati dai fruitori dei servizi, migliori sul piano dell'efficienza, rispetto ai sistemi Beveridge (di Spagna, Italia, Regno Unito, Irlanda, Portogallo, Svezia, Danimarca, Finlandia e Grecia). Tuttavia i risultati di salute conseguiti cioè l'efficacia, è solo di poco superiore nei paesi con sistemi Bismark a fronte invece di una maggiore spesa pro capite.

A sostenere come un paese con sistema Beveridge può risultare buono in termini di accesso alle cure pubbliche per i cittadini, lo si evince da una ricerca dell'OMS, risalente al 2000. Secondo questo studio l'Italia aveva il secondo sistema sanitario migliore del mondo. Nel 2014 secondo una classifica elaborata da Bloomberg risultava terza nel mondo per efficienza della spesa. Tutto questo ci fa riflettere sul giudizio che si può dare di un sistema sanitario, in base ai parametri che vengono utilizzati nella valutazione.

Vediamo ora con quali leggi l'Italia è risultata essere così all'avanguardia rispetto all'accesso alle cure. Il diritto alla salute trova fondamento nell'art. 32 della Costituzione nel quale si afferma: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

Appare molto chiara qui l'idea, spesso contraddetta invece dalle normative applicative, di "diritto" alla salute per chiunque in quanto individuo, presente sul territorio italiano. Questo apre nei fatti, i contenziosi legali più frequentemente sostenuti dagli avvocati difensori degli stranieri con o senza permesso di soggiorno.

La particolare applicazione dell'art. 32 è nella legge 30 luglio 1998 n. 281 che ribadisce (*Gazzetta Ufficiale* n. 189, 1998):

1. In conformità ai principi contenuti nei trattati istitutivi delle Comunità europee e nel trattato sull'Unione europea (...), sono riconosciuti e garantiti i diritti e gli interessi individuali e collettivi dei consumatori e degli utenti, ne è promossa la tutela in sede nazionale e locale (...) 2. Ai consumatori ed agli utenti sono riconosciuti come fondamentali i diritti: alla tutela della salute, alla correttezza, trasparenza ed equità nei rapporti contrattuali concernenti beni e servizi, all'erogazione di servizi pubblici secondo standard di qualità e di efficienza.

Appare chiaro come non nelle parole ma nei fatti, non si è tenuto sufficientemente conto delle indicazioni nazionali ed europee. Si sottolinea tale incongruenza nelle affermazioni di Pietro Massarotto (uno degli avvocati del Naga e attuale presidente):

“Sono anni che cerchiamo di rendere evidenti le contraddizioni delle amministrazioni che si sono succedute alla guida della nostra città in merito alla non applicazione delle leggi guida. Ma è una dura battaglia anche se qualcosa in parte è successo. Tuttavia non ci scoraggiamo ed il nostro impegno è rivolto soprattutto ad informare l'opinione pubblica ed i politici dell'inefficienza e delle manovre non velatamente sottese a rendere inefficace ogni richiesta.”

Prima della sua istituzione il sistema sanitarioassistenziale era basato su numerosi "enti mutualistici" o "casce mutue". Ciascun ente era competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, obbligatoriamente iscritti al medesimo ente, in questo modo fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino ma all'essere lavoratore.

La legge 13 marzo 1958, n. 296 - emanata durante un governo Fanfani - istituì per la prima volta in Italia il Ministero della Sanità, incorporandolo dal Ministero degli Interni. Con la legge 12 febbraio 1968, n. 132 (cosiddetta "legge Mariotti", dal nome del ministro Luigi Mariotti, esponente del partito socialista), fu riformato il sistema degli ospedali, fino ad allora per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, trasformandoli in enti pubblici ("enti ospedalieri"), disciplinandone l'organizzazione, la classificazione in categorie, le funzioni nell'ambito della programmazione nazionale e regionale ed il finanziamento.

Nell'Agosto del 1974 si fece un ulteriore è passo verso una sanità a carattere pubblico e non privato: con la legge n. 386 si estinsero i debiti accumulati dagli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri e vennero trasferiti i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle regioni.

L'ultimo passaggio si ebbe attraverso la promulgazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833 che sopprime il sistema mutualistico ed istituì il "Servizio sanitario nazionale", con decorrenza dal 1° luglio 1980. E' all'interno di questa legge, ed esattamente nell'art.6 che si comincia a parlare, tra le competenze dello stato, dell'assistenza agli stranieri e agli apolidi nei limiti ed alle condizioni previste dagli impegni internazionali.

A partire dagli anni '80, il concetto di salute da bene universale e gratuito (e quindi diritto per

l'autonomia) è progressivamente mutato in quello di bene necessario per un'equità condivisa ed imparziale tra tutti i cittadini e tra coloro che necessitano assistenza, piuttosto che come un bene per tutti quelli che sono presenti nella società. Si susseguono la legge 29/2/1980 n.33 il cui articolo 5 parla di assistenza agli stranieri per "cure urgenti ospedaliere per malattia, infortunio e maternità", e la legge 8/8/1980 n.285 che nell'articolo 15 norma la contribuzione della spesa per malattia il cui tema è successivamente affrontato poi nel DM 4/6/1984 riguardante determinazione e relative modalità di riscossione del contributo per l'assistenza di malattia a carico dei cittadini stranieri. Si comincia quindi ad affrontare più direttamente il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri, ma l'aspetto normativo interessa maggiormente il contributo economico che l'immigrato dovrebbe versare in quanto lavoratore.

Solo nel 1986 viene varata la legge n. 943 (30/12/1986) nella quale finalmente si comincia a riparlare di diritti alla cura. Questa riguarda le "norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine" all'interno della quale, proprio nell'art. 1 viene esplicitato che "la Repubblica italiana, (...) garantisce a tutti i lavoratori extracomunitari legalmente residenti (.....), i diritti relativi all'uso dei servizi sociali e sanitari (...)" . Come si nota solo coloro in regola con i permessi, vengono considerati soggetti con possibilità di diritti di qualsivoglia natura e quindi anche sanitaria. La tutela è condizionata alla situazione di legalità, mentre ancora niente si dice delle cure per coloro senza permesso di soggiorno.

Anche la norma - che convertiva il decreto legge 30 dicembre 1989, n. 416 - venne emanata con lo scopo di regolare organicamente l'immigrazione, ridefinire lo status di rifugiato, introdurre la programmazione dei flussi dall'estero, precisare le modalità di ingresso e respingimento alla frontiera e il soggiorno in Italia.

Questa conteneva tredici disposizioni che trattavano in modo generale la materia, ma venne successivamente abrogata dalla legge Turco-Napolitano del 1998. È stato sostenuto che il decreto legge sull'immigrazione (legge Martelli 1990) pur con i suoi limiti (soprattutto espulsione, nascita dei primi centri di accoglienza che in qualche modo daranno origine alle strutture antidemocratiche dei Centri identificazione ed espulsione della Bossi-Fini) rappresenta un punto di partenza in merito all'accoglimento e alla precisazione della figura dei rifugiati politici e dei richiedenti asilo. Nonostante il poco respiro della normativa nel suo complesso, la legge Martelli ha comunque impostato la lenta e iniziale stabilizzazione dei migranti, attraverso i primi interventi volti all'integrazione e alla partecipazione alla vita pubblica. Tuttavia questa come le altre successive due leggi, assumono principalmente le caratteristiche di una gestione di tipo economico del fenomeno.

Nonostante il poco respiro della normativa nel suo complesso, la legge Martelli ha comunque impostato la lenta e iniziale stabilizzazione dei migranti, attraverso i primi interventi volti all'integrazione e alla partecipazione alla vita pubblica. Il rapido evolversi del fenomeno, conseguenza del mutamento degli assetti internazionali, ha tuttavia evidenziato nel giro di pochi anni l'inadeguatezza del testo, inducendo il

Parlamento all'emanazione di una normativa più esaustiva, la legge 40/1998 cosiddetta Turco-Napolitano, confluita successivamente nel Testo unico delle disposizioni concernenti la "disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero" (dl 286/1998). Questo è il titolo della suddetta legge che affronta il problema dell'immigrazione in modo organico, non limitandosi ai settori della sicurezza e del controllo dei flussi migratori.

Allo scopo di proporsi come legge che supera la fase emergenziale, cerca di favorire l'immigrazione regolare penalizzando quella clandestina. In sostituzione della vecchia "legge Martelli" questa legge "accompagna" l'immigrato regolare ad acquisire, tappa dopo tappa, i diritti del "cittadino". Il Titolo V è un esempio di quanto detto, infatti, si occupa appunto oltre che del problema sanitario anche della partecipazione alla vita pubblica, dell'integrazione sociale e dell'importantissimo diritto all'istruzione. Tuttavia l'ambivalenza legislativa sulla tematica dell'immigrazione si rileva nella presenza dell'art.12 con il quale viene istituito il "centro di permanenza temporanea" per tutti gli stranieri "sottoposti ai provvedimenti di espulsione o di restringimento con accompagnamento coattivo alla frontiera non immediatamente eseguibile" (Tassinari, 1999)

Riguardo i cambiamenti del sistema sanitario nazionale si può osservare che questo si è venuto a costituire come un insieme di vari *servizi sanitari regionali*, con enti ed istituzioni di rilievo nazionale, volti a garantire l'assistenza sanitaria ovvero la tutela o salvaguardia della salute dei cittadini, qualificata dalla legge italiana come "diritto fondamentale dell'individuo e nell'interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana".

Attraverso il servizio sanitario pubblico, viene data attuazione all'art. 32 della Costituzione italiana che sancisce il "diritto alla salute" di tutti gli individui. Si pone dunque come un sistema pubblico di carattere "universalistico", tipico di uno stato sociale, che garantisce formalmente l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, finanziato in gran parte dallo Stato stesso attraverso la fiscalità generale ma anche con entrate dirette percepite dalle aziende sanitarie locali attraverso ticket sanitari (cioè delle quote con cui l'assistito contribuisce alle spese) e prestazioni a pagamento.

La particolare attenzione sui "diritti" appare formalmente presente nel Testo Unico. Col Decreto Legislativo del 25 luglio 1998, n. 286 si entra nel merito delle "disposizioni" in materia sanitaria, nonché dell'istruzione, dell'alloggio e della partecipazione alla vita pubblica ed all'integrazione sociale per i soggetti non italiani. L'art. 34 tratta l'"assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale", l'art. 36 l'"ingresso e soggiorno per cure mediche" ma è l'art. 35 che entra maggiormente nell'ambito della nostra specifica questione, cioè l'"assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale". Così cita:

3. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare

garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi della L. 29 luglio 1975, n. 405, e della L. 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto 6 marzo 1995 del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;

b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente bonifica dei relativi focolai.

4. Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

5. L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano

E' grazie soprattutto al dicitura "cure urgenti o comunque essenziali" che il medico del Naga riesce ad inviare i propri pazienti, qualora necessitino di valutazioni, indagini o comunque prese in carico, alle istituzioni pubbliche. Nello specifico si parla di "cure urgenti" quando sono "cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona" e "cure essenziali" per "prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)". Ma dato che in base alla circ. Ministero della salute n. 5 del 24 marzo 2000 "l'individuazione delle cure essenziali (...) e l'accertamento dell'essenzialità della prestazione, come per l'urgenza, rientra nell'ambito della responsabilità del medico" non è difficile, come afferma il direttore sanitario del Naga: "trovare le parole giuste ad indicare la gravità e l'urgenza per inviare i nostri pazienti alle strutture pubbliche". "Ricordiamoci" continua nell'intervista, "che l'indicazione politica dell'obiettivo fondamentale nella scelta operata dall'Associazione, rimane sempre quella di esitare in una presa in carico pubblica delle problematiche medico-sanitarie degli immigrati soprattutto irregolari."

In questa situazione si apre anche la questione, di una certa rilevanza, che riguarda il tema della "scelta". Come scrive Annemarie Mol (Mol A., 2006) il tema della logica della cura e della scelta di cura del paziente non è così fluida e "libera" come potrebbe sembrare. E così nell'attenta osservazione delle parole utilizzate nella legge sopra riportata, questa tematica della libertà di operare una scelta, riguarda anche la scelta che deve compiere il terapeuta. Il medico di fronte alla richiesta di aiuto e di cura, ha due possibili comportamenti: da una parte può sviluppare "pratiche di reazione" verso il paziente e dall'altra verso le istituzioni. Nel primo caso il medico vuole evitarsi problemi di tipo legale o di conflitto con i responsabili o con l'Azienda, dall'altro rispondendo a logiche di tipo etico e/o politico riesce a individuare ed insinuarsi tra le pieghe della burocrazia o della legge, là dove i "confini" sfumano e crollano le certezze, rendendo efficaci molti possibili nuovi scenari. Questa seconda modalità è quella scelta dai medici e dagli

operatori del Naga che, come vedremo nel capitolo successivo, hanno approfondito ed analizzato la questione indagandone le caratteristiche e le opportunità.

Con una certa accortezza, associato all'intervento di cura, è stato prodotto a livello legislativo, anche lo specifico codice d'esenzione della spesa per la prestazione x01 (di cui parleremo diffusamente anche successivamente), codice che è riservato al caso di: "prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti" (art. 35, comma 3, D.L.25 luglio 1998, n. 286; art. 43, DPR 31 agosto 1999, n. 394).

È interessante notare che, se in passato gli aumenti rilevanti della popolazione straniera avvenivano in conseguenza di campagne di regolarizzazione attraverso le sanatorie, negli ultimi due anni ciò è avvenuto in assenza di tali provvedimenti. Questo è un chiaro segno dei cambiamenti intervenuti nel fenomeno, cambiamenti di cui "i governi italiani degli ultimi vent'anni non si sono accorti. Impegnati a perseguire i clandestini, hanno dimenticato di costruire le basi sociali, ma soprattutto culturali, su cui poggiare l'accoglienza verso i regolari" (Gramaglia, 2008).

Nell'evoluzione a tratti contraddittoria della normativa Bossi-Fini, possiamo ravvisare un elemento di continuità nella progressiva trasformazione dell'immigrazione da fenomeno sociale a fattore essenzialmente economico. L'Italia vanta un indice di natalità bassissimo e ambizioni produttive elevate. Gli immigrati ci servono. Meglio – è l'innegabile conclusione a seguito dell'analisi della normativa che li riguarda – se irregolari: possono così formare quell'esercito di riserva a basso costo necessario a un'economia capitalistica che affronta la propria crisi strutturale con l'assalto al costo del lavoro.

Fortunatamente però questa normativa non ha sostanzialmente inciso sugli aspetti sanitari. Negli anni, con la trasformazione delle strutture pubbliche da Unità Sanitarie Locali (USL) in Aziende Sanitarie Locali (ASL), in concorrenza tra loro, entrano nel settore sanitario, come in altri ambiti della pubblica amministrazione, logiche nate e proprie delle aziende private, quali l'attenzione al costo e al risultato e alla qualità del servizio erogato.

In base al principio di sussidiarietà, il servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo: a livello centrale - lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un sistema di garanzie, e attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) regionali, dove le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.

Questo quindi ai giorni nostri è l'assetto strutturale organizzativo del servizio sanitario e questa la legislazione che ancora ci accompagna in tema di immigrazione.

2.4 Contesto Associativo: il Naga

All'interno del variegato percorso di cura, è comprensibile che gli attori si moltiplichino a mano a

mano che le problematiche della presa in carico vengano affrontate nella loro complessità. Non posso quindi fare a meno di esporre, oltre alle storie degli immigrati intervistati, anche le informazioni ottenute dagli altri soggetti incontrati. Questi altri protagonisti fanno da cornice e costruiscono il contesto all'interno del quale i miei immigrati si muovono. Danno cioè forma alle problematiche poste dai pazienti, ai meccanismi o alle caratteristiche delle risposte date alle richieste di cura e alle peculiarità di reazione o adattamento degli immigrati stessi.

Tra questi altri protagonisti ci sono, primi fra tutti, i volontari con le loro scelte operate riguardo l'adesione ad un impegno gratuito e duraturo e le Associazioni di volontariato, con le loro caratteristiche e peculiarità, con i loro variegati legami economici e complessi legami istituzionali. Nel caso delle Associazioni, vorrei riportare un breve ma esaustivo pensiero politico di riferimento che, inserito nella "carta del volontariato", rende comprensibile (tra le pieghe del discorso) l'atteggiamento di fondo del così detto settore 'non profit' a fronte di una più esplicita richiesta d'intervento nel settore, da parte delle istituzioni. Faccio qui riferimento alla Rivista dal titolo *Nuove frontiere per il volontariato della salute* (dossier del 'Centro Servizi Volontariato' 2015), nel numero dedicato alle Associazioni di volontariato che si occupano di cure sanitarie. Questo numero tratta l'evoluzione, in un prossimo futuro, di quelle che saranno le modalità d'intervento e gli obiettivi di questo gruppo di Associazioni, in seguito ad un cambio dei progetti di gestione della sanità pubblica a livello regionale. Il progetto di gestione previsto e qui di seguito descritto, si può forse tranquillamente allargare anche alle altre 'Agenzie del non profit' in generale.

Con l'obiettivo di "contenere i costi", cioè di fatto diminuire la spesa pubblica per la voce "sanità" il governo italiano sta cercando di delegare, molta parte dell'assistenza e cura delle fasce più deboli della popolazione, alle agenzie di volontariato. Nelle parole della ministra della salute Beatrice Lorenzin si coglie tutta l'intenzionalità di muoversi verso tale traguardo:

"Fortunatamente nel nostro Paese il volontariato, che considero un modello di welfare sussidiario su cui scommettere, fa parte integrante della nostra cultura. Ritengo vada sicuramente valorizzato perchè potrà essere sempre di più nel futuro un elemento nella cura integrata dell'assistenza e della cura integrata alla persona. Perciò deve diventare attore a pieno titolo del Sistema sanitario nazionale e dei Piani sanitari delle Regioni. E personalmente e con il governo lavoreremo proprio in questa direzione e per raggiungere questo obiettivo." (Dossier, 2015. pag. 7).

Sulla considerazione del volontariato come "modello di welfare sussidiario" non c'è apparentemente accordo, come scrive nelle prime righe l'editorialista del Dossier sul volontariato per la salute:

Volontariato e salute: un binomio fondamentale per la società civile. Oggi più che mai. Soprattutto di fronte ai continui tagli della spesa pubblica. Non perchè il non profit sia diventato una stampella del 'pubblico', sostituendosi nella attività di cura e assistenza. Non lo ha mai fatto finora, né è sua intenzione ritagliarsi tale ruolo per il futuro. Ma perchè il volontariato, fedele al principio della sussidiarietà, è e rimarrà un pilastro del grande edificio del welfare contemporaneo.

Quale significato e reale peso venga dato nella pratica a questo "pilastro del welfare contemporaneo" non c'è dato sapere. Certo è che si apriranno livelli d'interazione critici, e forse scontri di potere, tra le stesse

Agenzie di volontariato alle quali verrà delegata la gestione di “molti pezzi” della Sanità pubblica, e tra loro e le Istituzioni.

A fronte di questi cambiamenti, voglio ora riportare qui di seguito quella che è l'ottica, la logica e la politica del Naga, descrivendone anche la storia della nascita, attraverso le affermazioni stesse dell'Associazione e le parole di alcuni soci volontari fondatori.

“Non facciamo cose speciali, guardiamo le cose in modo diverso” Con questo slogan, che appare nella homepage del sito, si presenta l'Associazione Naga che così si definisce e si descrive:

Il Naga è un'associazione di volontariato laica e apartitica che si è costituita a Milano nel 1987 allo scopo di promuovere e di tutelare i diritti di tutti i cittadini stranieri, rom e sinti senza discriminazione alcuna. Il naga è una onlus iscritta ai registri del volontariato

Il Naga riconosce nella salute un diritto inalienabile dell'individuo.

Il contatto diretto e quotidiano con stranieri irregolari e non, rom e sinti permette di interpretarne i bisogni e di individuare risposte concrete, nonché di avanzare proposte, richieste, rivendicazioni nei confronti di strutture sanitarie e istituzioni politiche.

Gli oltre 300 volontari del Naga garantiscono assistenza sanitaria, legale e sociale gratuita a cittadini stranieri irregolari e non, a rom, sinti, richiedenti asilo, rifugiati e vittime della tortura oltre a portare avanti attività di formazione, documentazione e *lobbying* sulle Istituzioni.

L'associazione non si pone in alternativa o in concorrenza con i servizi sanitari pubblici, né desidera deleghe nell'ambito di un settore che rientra tra le funzioni preminenti dello Stato sociale; si propone, anzi, di estinguersi come inevitabile conseguenza dell'assunzione concreta e diretta del "problema" da parte degli organismi pubblici preposti.

Interessante osservare e sottolineare l'obiettivo della propria estinzione laddove gli impegni di cura e tutela dei diritti riguardo le problematiche sanitarie verranno assunti dal servizio pubblico. Dietro a queste affermazioni ci sono anche dei fatti: circa una decina di anni fa, quando il servizio pubblico si è concretamente fatto carico dei servizi di medicina specialistica per gli immigrati irregolari, il Naga ha chiuso questi servizi e ha mantenuto solo la 'medicina di base'.

Infrequente trovare Associazioni di volontariato che auspichino la propria chiusura, soprattutto nell'ottica di ciò che ho riportato all'inizio di questo capitolo “perché il volontariato, fedele al principio della sussidiarietà, è e rimarrà un pilastro del grande edificio del welfare contemporaneo”.

Ora nelle parole di uno dei soci fondatori dell'Associazione, il Dott. Italo Siena venuto a mancare lo scorso anno, il racconto della nascita del Naga. La descrizione degli eventi ben informano su come tematiche contingenti (la mancanza in quegli anni di una vera legge sull'immigrazione come già riferito, la pressante richiesta di cura da parte di soggetti “senza tutela”, ed altro), abbiano di fatto influenzato e gettato le basi per una cooperazione tra professionisti e per la cura gratuita di immigrati irregolari.

Il Dott. Siena racconta:

“Quando ho visto S.M. era sera, abitava in una roulotte nel campo di Triboniano, all'estrema periferia nord-ovest di Milano. Abitare spesso vuol dire "sentirsi a casa" ospitati da uno spazio che non ci ignora, tra cose che dicono il nostro vissuto. Abitare è sempre "dove deporre l'abito", dove è l'abitudine, dove sedere alla tavola, dove dire è udire, rispondere è corri-spondere, è essere tra volti che non c'è bisogno di riconoscere perché nel loro sguardo ci sono le tracce dell'ultimo congedo.

L'ultimo congedo per S.M. era avvenuto qualche anno prima, per andare in carcere, ritornava

finalmente uscito di prigione, era costretto a ricostruirsi un carcere ancora più violento e più ristretto, un carcere dove non esiste finestra che si affaccia sul mondo fuori: quello della cecità. Senza più orizzonte, il suo vissuto era costretto a trasfigurare tutto, per primo il volto di suo figlio; a sovrapporre vissuti reali ed immaginari, a ricrearsi tutto, ricercare sicurezza in un nuovo spazio, un nuovo perimetro: quello della sua roulotte.

Se si è sempre ovunque, non si è mai in nessun luogo. Ma il suo punto era fisso, non avrebbe potuto avere un viaggio verso un "piccolo Egitto" in quanto proibito non solo da un mandato che lo voleva controllabile in un domicilio, ma anche dalla sua malattia. S.M. aveva perso in qualche sinapsi anche la possibilità di parlare. La sua afasia gli negava la possibilità di raccontare la storia nella sua temporalità e spazialità. La storia può anche non importare quando il passato si fa presente o quando il passato si è ormai tatuato sul nostro corpo ma, non quando resta alle nostre spalle perché allora il ricordo non ci è più di aiuto.

La sua vita era ora immobile, senza porto dove attraccare.

Allora nel buio la sua voce, esplorò lo spazio, ormai solo intuibile e non più comprensibile, eppure ricercando in sé uscirono le parole "senti qui dottore", prendendomi la mano e facendomi sentire il braccio, la spalla, la gamba destra. Qui era il nuovo spazio, quello del corpo. "Dottore" stava ad indicarmi il suo esistere, cioè il suo essere e il mio, voglia di farsi sentire, voglia di comunicare, voglia non solo di essere curato ma quanto che anch'io capissi e soprattutto sentissi il suo male quasi per simpatia. Il rilevarsi è un rapporto, l'aprirsi è un rapporto."

Ho iniziato a fare il medico nei campi rom, nel 1987 c'era una situazione di immigrazione irregolare tollerata in quanto non vi era nessuna legge che dava la possibilità di essere regolarizzati. Gli immigrati non esistevano e non esistendo i loro corpi, non vi era nessuna assistenza sanitaria che li riguardasse.

Ho contattato Bruno Murer responsabile dell'Emasi e dell'Acli, persona che a Milano aveva una grossa esperienza nel campo dell'immigrazione e per cercare di capire se l'apertura di un ambulatorio poteva essere utile, contemporaneamente presi contatti anche con Gianni Tognazzi del Mario Negri per pensare alla progettazione dell'ambulatorio. Inoltre mi recai all'ordine dei medici per capire se sarebbero potute nascere delle illegalità giuridiche nell'aprire un ambulatorio medico gratuito per cittadini stranieri irregolari.

Da solo comunque non potevo affrontare tutti i bisogni sanitari degli immigrati quindi ho cercato di coinvolgere altri colleghi e qualche volontario e così abbiamo iniziato a visitare i cittadini stranieri nel mio ambulatorio e così è nata l'associazione.

L'attività principale consisteva in un ambulatorio di medicina generale ed eseguivamo anche visite specialistiche di ginecologia e cardiologia con relativa dispensa di farmaci, inoltre seguivamo tre campi nomadi di Milano con visite settimanali.

Nel 1989 ci siamo trasferiti dal mio ambulatorio ad una nuova sede in viale Bligny dove, grazie alla maggior disponibilità di spazio, anche il numero dei volontari è andato progressivamente aumentando.

Abbiamo iniziato ad occuparci anche dei problemi dei cittadini stranieri in carcere, di problemi di etnopsichiatria, fino ai problemi legali. Così si è passati da semplice assistenza sanitaria alla tutela dei diritti dei cittadini stranieri, e quindi dei diritti di tutti, cambiando anche la dicitura dell'associazione in Naga - Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi.

Già all'inizio pensavo che pian piano avremmo dovuto cercare di ampliare la nostra azione senza fermarci soltanto *dedicandoci (corsivo mio)* all'assistenza medica e cercando di coprire anche altri bisogni di cui i cittadini stranieri erano portati, come, per esempio, quelli legali (...)"

Interessante mantenere l'attenzione sul progetto che, concretizzandosi, ha sviluppato un grande ampliamento delle attività e delle collaborazioni tra diversi professionisti. Il che racconta dell'ampio respiro sulla quale è radicata l'Associazione.

CAPITOLO TERZO

I SOGGETTI DELLA RICERCA

Indagando il “punto d'incrocio fra il modello giuridico-istituzionale e il modello biopolitico del potere”(Agamben, 1995 - 2003), ovvero il punto da cui scaturisce quel potere sovrano grazie al quale le istituzioni cooperano alla produzione di soggetti 'costruiti' secondo i propri interessi ('corpo biopolitico') voglio approfondire il concetto legato alla “categoria” di immigrato illegale 'decostruendola' attraverso le storie di immigrati afferenti al Naga e l'analisi dell'azione delle istituzioni in risposta alle loro richieste.

Il gruppo di soggetti di cui mi sono occupata, sono immigrati di prima generazione “senza permesso di soggiorno”. Nei primi anni in cui operava l'Associazione, questi erano prevalentemente in una situazione d'illegalità a causa del loro recente arrivo. Ora, dopo anni di permanenza nel nostro paese, la maggior parte di soggetti è “clandestina di ritorno” cioè è passata da una situazione di regolarità (ad es. grazie ad un lavoro regolare) ad una d'irregolarità (ad es. per la perdita dello stesso). La perdita di un lavoro regolare, l'accesso a soli permessi temporanei come quelli per “motivi umanitari”, ecc. hanno prodotto folti gruppi d'immigrati irregolari. Così accanto a questa situazione d'incertezza s'arriva spesso alla comparsa di 'malessere' e s'instaura la malattia.

Se da un lato il 'malessere' è incorporazione di conflitti con necessità di terapia e desiderio di riconoscimento del disagio per evitare una marginalità sociale, dall'altro la cura occulta nelle categorie nosologiche e nei percorsi diagnostico-terapeutici le determinanti non sanitarie della malattia: povertà, denutrizione, disoccupazione, ricatti politici (Csordas, 2011) e “status giuridico” in quanto la medicalizzazione giustifica ad es. un 'permesso di soggiorno'.

Dietro ad ogni malattia si cela una specifica “storia”, che porta quel particolare soggetto ad esperire un certo tipo di disturbo e non un altro (Groddeck, 1966). Contatti, esperienze, attività lavorative o ludiche, ambiente di vita urbano o rurale, tutto questo influenza lo stato di salute o malattia di un individuo (Schirripa, 2005). Sono i meccanismi di reazione soggettivi a questi stimoli i definitivamente responsabili della produzione di un malanno. La reazione individuale è fortemente influenzata dai fattori che hanno contribuito a determinare la costruzione individuale di un soggetto: la famiglia, l'ambiente sociale, l'atmosfera culturale, l'ambiente geografico ecc. Inoltre incide fortemente la specifica situazione emotiva dettata dalla contingenza del contesto: abitativo, affettivo, lavorativo e “legale” .

Tutto questo è inserito nell'ambito di relazioni che ho osservato, in questi anni di campo, essere molto complesse. Primo fra tutti nei percorsi di cura è la relazione medico-paziente. Se osserviamo lo spazio di questo rapporto, non ci sono semplicemente due soggetti che si relazionano, ma ad esempio dietro al

clinico sono occultate: le politiche delle istituzioni, i “capitoli di spesa” (cioè riferimenti tecnici formali delle voci di spesa) prodotti dai referenti istituzionali (le aziende ospedaliere, le varie organizzazioni, ecc.), i protocolli terapeutici di stampo securitario, i “conflitti d'interesse” legati alla scelta della farmacoterapia e forse anche altro. Se all'interno del rapporto medico - paziente ci si pone dalla parte di quest'ultimo, la richiesta di cura veicola anche: richieste di sussidi, richieste di domiciliazione temporanea, necessità di accesso a dormitori o qualsivoglia soluzione abitativa, una possibile opportunità lavorativa, un ricongiungimento familiare o altre soggettive peculiari richieste.

Volendo approfondire il tema sulla complessità della situazione soggettiva e dei meccanismi che muovono i diversi protagonisti nel contesto della situazione di richieste di cura, non posso fare a meno di accogliere la suggestione di De Genova quando dice: *“l'antropologia (il corsivo è mio) dà in larga misura il diritto per scontato, senza esaminare quelle pratiche nel corso della loro promulgazione, del loro rafforzamento e della loro riconfigurazione”* (Mezzadra, 2004: pag. 194). Voglio approfondire in questo capitolo, il tema dell'aspetto legale degli immigrati all'interno del Naga. Infatti nell'Associazione durante questi ultimi anni, ha acquisito sempre più rilevanza la presenza della figura dell'avvocato. La mia interpretazione è che inevitabilmente nei fatti si è concretizzato un bisogno, ed un interesse, che lega la necessità di cure sanitarie alla lotta per il 'riconoscimento' dei diritti essenziali. Nella definizione del Naga, cioè Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti onlus, la dicitura 'e per i diritti' è stata aggiunta anni dopo la fondazione, mostrando la caratteristica di un'evoluzione della propria attenzione su una necessaria nuova area d'intervento.

Per mantenere una continuità di analisi sull'ottica di tipo legale, mi riferirò alla categoria “irregolare” proposta da Willen (2011) aggiungendo poi, al termine utilizzato nell'Associazione Naga ('immigrato senza permesso di soggiorno'), la specificità, le caratteristiche e il significato della terminologia in riferimento al gruppo indagato nella mia ricerca.

Il ricercatore sopra menzionato usa la parola “non autorizzato” per una descrizione relativamente neutrale, mentre quello di “illegale” per indicarlo quale oggetto di analisi da approfondire. Aggiungo per completezza, l'uso peculiare del termine im/migrazione cioè suddiviso con 'barra' '/', in quanto l'autore (Willen, 2011) vuole anche graficamente sottolineare la porosità e la mutevolezza dei confini tra migrazione ed immigrazione, situazione che ho notato esistere frequentemente tra coloro che ho osservato.

Secondo lo stesso autore salute e im/migrazione non autorizzata potrebbero essere valutate attraverso quattro chiavi interpretative, che io utilizzerò in modo discorsivo nel corso della disamina: 1. “illegalità” come costruzione sociale, 2. “illegalità” come prodotto della politica economica globale, 3. la vulnerabilità legata ai problemi di salute causati dallo “status” di illegale ed infine 4. le basi teoriche ed etiche, così come la forma e le caratteristiche, del dibattito intorno all'illegalità di una parte d'immigrati. Affronterò quindi in questo capitolo, tematiche di tipo legale decostruendo la 'categoria' dell'illegalità con l'obiettivo di sottolineare lo stretto legame tra malattia – cura e diritti.

3.1 "Immigrato senza permesso di soggiorno", illegalità, reato di clandestinità e Immigrazione: legislazioni italiane.

Le storie individuali s'inseriscono nella storia collettiva sia come incorporazione delle strutture sociali nella vita degli individui, sia come esperienza soggettiva di reinterpretazione degli eventi attraverso l'esperienza del singolo (Bourdieu, 2003, Fassin, 2008) . Le storie che in generale riporto di questi immigrati senza permesso di soggiorno, descrivono con sufficiente chiarezza il passaggio dall'esperienza di malattia. Le scelte operate sui percorsi di cura da uno spazio privato ad uno pubblico, fanno di questa esperienza la storia di una 'ragione sociale' sia come realtà vissuta, che come status giuridico e politico.

Queste storie sono direttamente iscritte in una gestione politica da parte dello Stato, legata alla loro situazione giuridica. Nell'odierna terminologia riguardante la categoria di im/migrati irregolari, vengono spesso a sovrapporsi diverse parole, identificative però di uno status di tipo legale di questi soggetti. Illegale, clandestino, non autorizzato, (e nel caso del Naga: “senza permesso di soggiorno” o “sans papiers” in Francia) sono tutti sostantivi che definiscono questa comune categoria di soggetti, diversificantesi spesso in base alle categorie di pensiero di coloro i quali le utilizzano o in base alle caratteristiche della legislazione prevista nei diversi paesi che accolgono questi stranieri.

E' possibile comprendere le caratteristiche e il significato del termine “im/migrato” in Italia, solo all'interno di un più vasto quadro di senso caratterizzato da informazioni di tipo legislativo generale. La legislazione italiana, in materia di immigrazione, è stata per alcuni anni tra le più puntuali nell'ambito del riconoscimento di diritti. Voglio quindi tracciare un breve ma spero esaustivo quadro del percorso storico sugli aspetti legislativi in materia.

Una delle prime normative inerenti la disciplina dell'immigrazione e le norme sulla condizione dello straniero è quella relativa al Decreto Legislativo del 25 luglio 1986, n. 286. La caratteristica fondamentale, che permette di identificare nella legge '86/943 la prima normativa relativa all'immigrazione, è dettata dal suo campo d'azione. Infatti il D.P.R. '86/722, che si applica esclusivamente agli “stranieri comunitari” (cioè immigrati da un altro paese facente parte della comunità europea), non disciplina sul trattamento di quelli extracomunitari, così come invece viene fatto dalla legge successiva. Analizzando la legge si possono individuare due assi portanti intorno a cui è stata sviluppata: sull'integrazione dell'immigrato mediante il riconoscimento della parità tra lavoratori italiani e stranieri e la possibilità di essere in regola, attraverso il controllo delle nuove immigrazioni e sul blocco di quelle clandestine. Fondamentale è il riconoscimento che la perdita di lavoro non comporta anche quella del permesso di soggiorno (cosa che invece accade attualmente con le nuove norme in vigore). In oltre col titolo IV della legge viene definita la modalità di regolarizzazione degli immigrati, anche in relazione alla possibilità di sanare la situazione dei clandestini (Favaro, Tognetti Bordogna, 1989) . Dai risultati si può dire che la legge fu applicata parzialmente: solo

115.000 persone furono regolarizzate e la maggior parte si regolarizzò dichiarando di essere in cerca di lavoro (Pugliese, 1995).

I punti positivi di questa legge sono:

il riconoscimento della parità di diritti per lavoratori regolari e loro familiari;

il diritto al ricongiungimento familiare;

la programmazione dell'occupazione e le relative procedure per l'accesso, che dovevano essere definite con gli interventi regionali.

Fra questi punti, quello attuato con più rigosità è stato il primo, anche se di fatto, a causa di difficoltà burocratiche, ci sono state delle proroghe che hanno modificato gli articoli della legge.

Per quanto concerne la presenza degli irregolari, l'approvazione della legge ha determinato un aumento della loro presenza, dato che molti di loro sono arrivati dopo il termine di scadenza dei termini per la regolarizzazione del permesso, con la speranza di rientrare poi nella sanatoria. Relativamente al terzo punto, le regioni sono chiamate a fronteggiare le emergenze dovute alla carenza di una rete nazionale di interventi. I compiti definiti dalla legge per le regioni sono:

- istituire delle consulte regionali;
- attivare corsi di formazione e di riqualificazione professionale;
- favorire l'inserimento dei lavoratori stranieri e delle loro famiglie attraverso corsi di lingua e cultura;
- promuovere la cultura nazionale degli immigrati;
- favorire la salvaguardia della lingua e della cultura d'origine.

La Lombardia e Liguria hanno realizzato delle politiche apposite per gli immigrati, mentre il Lazio e il Piemonte hanno unificato le norme per gli stranieri con quelle per gli italiani di ritorno dall'estero (Favaro G., Tognetti Bordogna M., 1989). In ultima analisi, ciò che ha caratterizzato maggiormente la presente legge, è stato il provvedimento di sanatoria. La sua applicazione determinò effetti negativi sugli stranieri che non poterono usufruirne, non solo per i limiti del testo, ma proprio perché ne erano esclusi di diritto come: gli studenti, i rifugiati politici, i lavoratori. L'esigenza di regolarizzare anche loro e soprattutto gli immigrati entrati dopo il 27 gennaio del 1987, limite ultimo del provvedimento, diverrà un motivo determinante per l'elaborazione delle successive normative, a cui si aggiungerà il fatto, che la società e la stessa immigrazione si erano modificate.

Con la legge n. 39 del febbraio 1990 (legge Martelli) l'Italia accetta ufficialmente l'immigrazione come presenza ormai stabile di stranieri, che vive e lavora all'interno del suo territorio. Vengono stabiliti l'insieme dei diritti che ad essi devono essere attribuiti, legati non solo al lavoro ma ai diritti alla persona; il riconoscimento di una sorta di "cittadinanza sociale", in quanto residenti, diventa il fondamento per definire

lo status dello straniero, ormai non più visto solo come produttore di ricchezza.³

La seconda parte del testo si pone come un tentativo, per quanto tardivo, di regolamentare l'aumento esponenziale dei flussi migratori degli anni '80, mediante programmazione statale dei flussi di ingresso degli stranieri non comunitari in base alle necessità produttive e occupazionali del Paese.

La legge Martelli fissa inoltre i parametri iniziali del meccanismo generalizzato dell'espulsione quale mezzo di controllo degli immigrati socialmente pericolosi o clandestini, mediante provvedimento del prefetto disposto con decreto motivato. Viene qui reso evidente la valutazione di merito, che equipara la situazione di irregolarità dell'immigrato con quella di essere socialmente pericoloso, dando il via alla produzione di una narrativa, diffusasi poi nella comune mentalità, della "pericolosità" dell'irregolare o clandestino e che non va ad indagare sulle ragioni per cui si è prodotta la situazione d'irregolarità. Il provvedimento si sostanzia nella intimazione ad abbandonare il territorio dello Stato entro il termine di quindici giorni, con l'accompagnamento alla frontiera solo in caso di violazione.

La permanenza dello straniero sul territorio italiano viene subordinata al rilascio di un permesso di soggiorno da parte della questura o del commissariato di Pubblica sicurezza territorialmente competente che indica il motivo della permanenza, dal quale dipende la durata stessa del permesso che va da un minimo di tre mesi a un massimo di due anni. In materia di lavoro, la legge Martelli sembra più tesa a sanare una situazione pregressa che non a tracciare un quadro organico per il futuro, realizzando una sanatoria atta a eliminare le irregolarità che vedono i lavoratori stranieri, per necessità, a lavorare 'in nero' e a salari più bassi.

La fase d'attuazione mostrò i soliti limiti amministrativi: impreparazione, delega di responsabilità e inefficienza. Assunsero un ruolo primario i sindacati e le associazioni cattoliche. Ora che c'era la possibilità di far conoscere la vera realtà degli immigrati attraverso i mass media, ciò non si verificò e tutto si chiuse con la cronaca della "1a Conferenza Nazionale sull'Immigrazione" da cui ne uscirono vincitori il governo e il parlamento. Così ancora una volta i problemi non vennero risolti, si cercò solo un effetto consenso, lasciando alla libera iniziativa locale la soluzione di episodi di miseria e disperazione.

La legge invece che di fatto affronta il problema dell'immigrazione in modo organico, non limitandosi ai settori della sicurezza e del controllo dei flussi migratori è la n. 40 del marzo 1998 (la Turco – Napolitano) cioè quella legge riguardante la "disciplina dell'immigrazione e le norme sulla condizione dello straniero".

³ All'art.1 inerente all'asilo politico, l'Italia abolisce la clausola della "riserva geografica" e nell'art. 2, norme sull'ingresso, è prevista una regolazione annuale dei flussi d'ingresso in base alle esigenze dell'economia nazionale, alle disponibilità finanziarie e alle strutture amministrative, volte ad assicurare un'adeguata accoglienza. Ora entrare è possibile anche agli studenti, ai turisti, per lavoro autonomo e ricongiungimento familiare (Dipartimento per gli Affari Sociali, 2012). Per quanto concerne il permesso di soggiorno, si evidenzia che deve essere richiesto alla questura entro otto giorni dall'ingresso in Italia e può avere una durata di due anni con una possibile proroga di durata doppia di quella precedente, che a un successivo rinnovo acquisterà durata illimitata. Questo non vale per gli studenti, la proroga è solo di due anni in più rispetto al corso di studi, mentre per il turismo è di non più di tre mesi. In questa legge, si fanno delle specificazioni, anche per i lavoratori autonomi e per l'accoglienza degli stranieri durante i primi sei mesi d'ingresso, in centri predisposti dai Comuni

Le tematiche fondamentali che vengono affrontate riguardano:

1. Disposizioni sull'ingresso, il soggiorno, l'allontanamento dal territorio dello Stato.
2. Disciplina del lavoro.
3. Diritto all'unità familiare e tutela dei minori.
4. Disposizioni in materia sanitaria, nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e integrazione sociale.
5. Disposizioni concernenti i cittadini degli stati membri dell'Unione europea.

Vengono lasciate invariate le regolamentazioni circa le disposizioni di controllo, che rimangono sotto la disciplina delle leggi precedenti. Il tema su cui invece si punta maggiormente riguarda l'integrazione sociale e l'acquisizione di diritti e doveri degli immigrati.

Esaminando le tre leggi citate si osserva come vada modificandosi il punto di vista dal quale si percepisce lo straniero: si è passati dal vederlo come lavoratore utile per l'economia del paese, a uomo visto anche con esigenze di aiuto a livello politico, e infine come persona desiderosa di creare un nuovo progetto di vita nel nostro territorio e che quindi ha bisogno di strutture sociali e culturali atte a consentirgli tale integrazione.

La legge 40/'98 ha probabilmente nel suo intento quello di far emergere nella società contemporanea la consapevolezza che non si può più evitare l'attuale realtà multiculturale, che si deve cercare un'integrazione e con essa gli spunti per costruire un dialogo con le altre culture. Il suo principio ispiratore sembra essere quello di una "integrazione interculturalista". In tal senso la differenza fondamentale che intercorre nelle definizioni di società multiculturale e società interculturale è che mentre con il primo concetto si tende a rilevare una situazione di fatto, come la presenza di più culture, con il secondo si tende invece a sottolineare l'intenzionalità di promuovere rapporti reciproci fra culture diverse (Tassinari, 1999). Il titolo V è un esempio di quanto detto. Infatti si occupa oltre che del problema sanitario anche della partecipazione alla vita pubblica, dell'integrazione sociale e dell'importantissimo diritto all'istruzione.

Dal 26 ottobre 1997 l'Italia entra a far parte della così detta "Area di Schengen" la quale è stata fondata il 14 giugno del 1985 per la comune decisione di diversi paesi che sono: il Regno del Belgio, della Repubblica federale di Germania, della Repubblica francese, del Granducato di Lussemburgo e dei Paesi Bassi. Tali Paesi attuarono un accordo, che aveva come scopo fondamentale, la soppressione di tutte le frontiere di controllo poste in tutti i Paesi membri in modo da creare uno spazio comune di libera circolazione tra i cittadini degli stati, cancellando le frontiere interne e rafforzando i controlli alle frontiere esterne.

A tutt'oggi i Paesi contraenti sono aumentati di numero e la libera circolazione però non esclude il

fatto che le persone debbano sempre comprovare la propria identità con dei documenti. Questo, va specificato, vale solo per le frontiere interne. Mentre per quanto riguarda le frontiere esterne, i controlli sono più severi. Una delle innovazioni concerne il fatto che gli stranieri titolari di un visto rilasciato da una delle Parti contraenti, entrati regolarmente nel territorio di una di esse, possano circolare liberamente nel territorio di tutte le Parti contraenti per il periodo di validità del visto, senza dunque dover chiedere un visto diversi per ogni Stato.

Il Testo Unico o legge Turco Napolitano è stata poi ridisegnata nella sua sostanza attraverso cambiamenti prodotti con l'intervento legislativo più recente, la legge 189/2002 cosiddetta legge Bossi-Fini, che ha inciso invece, in senso vessatorio e punitivo. Nonostante questa costituisca formalmente solo una modifica al Testo Unico (leggerai T.U.), essa vi introduce significative modifiche, da un lato rendendo più difficoltoso l'ingresso e il soggiorno regolare dello straniero e agevolandone l'allontanamento, dall'altro riformando in senso restrittivo la disciplina dell'asilo. Il meccanismo fondamentale di controllo dell'immigrazione rimane la politica dei flussi, quantificata annualmente dal governo mediante un decreto che fissa il numero di stranieri che possono fare ingresso in Italia per motivi di lavoro. Chiaro l'inefficace intento, peraltro ereditato dalla normativa precedente, di controllare il fenomeno attraverso la limitazione numerica degli ingressi imposta dall'autorità.

La Bossi-Fini fa un passo ulteriore, prevedendo restrizioni all'ingresso in Italia di cittadini appartenenti a Paesi che non collaborano adeguatamente col governo italiano nel contrastare l'immigrazione clandestina o nella riammissione di propri cittadini soggetti a provvedimenti di rimpatrio, attribuendo nel contempo quote preferenziali agli Stati che abbiano stipulato accordi bilaterali volti alla regolamentazione dei flussi di ingresso e delle procedure di riammissione. Si produce in questo modo una disuguaglianza sostanziale tra gli stranieri, basata esclusivamente sulla loro cittadinanza. È infatti possibile che al lavoratore in possesso di tutti i requisiti venga negato il permesso di soggiornare in Italia per il solo fatto di appartenere a uno Stato che, a parere "insindacabile" del governo italiano, non abbia posto in essere una politica sufficientemente 'collaborativa', con il conseguente aumento di immigrazione clandestina da questi Paesi, impossibilitati a 'esportare' legalmente la propria forza lavoro.

Per quanto riguarda le procedure di ingresso, in linea con la precedente legislazione, la Bossi-Fini impone allo straniero l'ottenimento di un visto rilasciato dall'ambasciata o dal consolato del Paese di origine. Precisa però che l'eventuale diniego non debba essere motivato. Questa eccezione alla regola generale per cui i provvedimenti della pubblica amministrazione devono essere motivati per permettere al cittadino di proporre ricorso, rende di fatto inappellabile il provvedimento di rifiuto.

Anche per quanto riguarda l'ingresso dei lavoratori subordinati non stagionali, ossia della maggior parte dei lavoratori stranieri, la Bossi-Fini conferma l'impostazione delle leggi precedenti. Il meccanismo è quello della chiamata nominale. Il rilascio del permesso di soggiorno è subordinato all'ottenimento di un contratto di soggiorno, con il quale il datore di lavoro italiano si impegna a garantire al lavoratore straniero

un alloggio e il pagamento delle spese di viaggio per il rientro nel Paese di provenienza. Si tratta chiaramente di una mistificazione: il legislatore presuppone che il datore di lavoro assuma il lavoratore straniero senza neanche conoscerlo, dal momento che dovrebbe trovarsi nel Paese di origine, non avendo ancora ottenuto il permesso di soggiorno. La pratica dimostra che nella maggior parte dei casi il datore di lavoro assume l'immigrato, magari clandestino o in possesso di un visto turistico, in modo informale, per poi formalizzare l'assunzione in un momento successivo attraverso la 'chiamata nominale', facendo 'apparire' lo straniero in Italia al momento opportuno. È questo uno dei punti più claudicanti dell'intera struttura. Paradossalmente, la norma posta a contrastare l'immigrazione clandestina, alimenta di fatto il mercato della forza lavoro non tutelata e a basso costo, dal momento che solo nella clandestinità un lavoratore straniero può procacciarsi un impiego e, di conseguenza, la legalità.

La Bossi-Fini, mediante modifica dell'art 23 T.U., ha peggiorato ulteriormente la situazione, abolendo il meccanismo più realistico per gestire l'ingresso dei lavoratori stranieri introdotto dalla Turco- Napolitano, che prevedeva la possibilità per il cittadino italiano o lo straniero regolarmente soggiornante, che intendessero farsi garanti dell'ingresso di uno straniero per consentirgli l'inserimento del mercato del lavoro, di presentare apposita richiesta nominativa alla questura della provincia di residenza.

Questa legge si dimostra ostile anche verso il processo di stabilizzazione dell'immigrato dilatando da cinque a sei anni i termini per la richiesta della carta di soggiorno, quella che consente la permanenza a tempo indeterminato.

Ma è in materia di lotta all'immigrazione clandestina che la Bossi-Fini incide in modo particolarmente peggiorativo. Seppure vengano aumentate le pene detentive e pecuniarie connesse al favoreggiamento dell'immigrazione non regolare, la principale novità è la riforma della procedura di espulsione. Per comprenderne l'impatto è necessario chiarire il quadro delineato dalla normativa precedente.

La Turco-Napolitano prevedeva tre tipi di espulsioni, due per motivi giudiziari e una per ragioni amministrative, risultata poi quella di maggior applicazione. L'espulsione amministrativa, disposta dal ministro dell'Interno o più comunemente dal prefetto per motivi di ordine pubblico o di sicurezza dello Stato, consisteva in un decreto motivato contenente l'intimazione a lasciare il territorio nazionale entro un termine di quindici giorni. L'espulsione eseguita con accompagnamento alla frontiera a mezzo della forza pubblica era prevista solo nel caso che lo straniero già espulso si fosse indebitamente trattenuto nel territorio dello Stato oltre il termine fissato dall'intimazione, oppure vi fosse la concreta possibilità che volesse sottrarsi all'esecuzione del provvedimento.

Nel caso non fosse possibile l'immediato accompagnamento alla frontiera, per mancanza di un mezzo di trasporto adeguato o il compimento di attività di accertamento sull'identità e la cittadinanza dello straniero, la legge prevedeva che l'immigrato fosse trattenuto presso uno dei Centri di permanenza temporanea e assistenza, istituiti proprio a tale scopo. La ratio della norma è chiara: gestire le procedure di rimpatrio in forma amministrativa, attribuendo carattere residuale all'esecuzione forzata del

provvedimento. In questo contesto l'utilizzo dei Centri di permanenza temporanea risultava teoricamente marginale rispetto alla gestione generale del fenomeno.

La Bossi-Fini ha ribaltato questo scenario, invertendone le proporzioni. L'espulsione coatta diventa il meccanismo principale, rendendo residuale l'applicazione della sola intimazione. Il nuovo assetto ha comportato un incremento nel ricorso ai Centri di permanenza temporanea, divenuti di fatto centri di detenzione, dai quali tutti i clandestini sono costretti a passare, indipendentemente dal fatto di essere o meno socialmente pericolosi. Il carattere repressivo della norma si evince anche dall'innalzamento del limite temporale del divieto di rientro da cinque a dieci anni.

Sempre la stessa legge, focalizzata anche alla prevenzione del fenomeno, dispone maggiori controlli transfrontalieri, con particolare attenzione alla vigilanza delle coste, ampliando oltre il limite delle acque territoriali l'ambito operativo delle navi in servizio di polizia. Questo aspetto in particolare sembra essere in contrasto con l'art. 13 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948, secondo il quale "ogni uomo è libero di lasciare il proprio Paese". Lo straniero che si trova in acque internazionali, che non è ancora entrato in Italia, sta formalmente esercitando il suo diritto a emigrare; potrebbe ipoteticamente cambiare rotta e non entrare neppure nel territorio dello Stato, e quindi nella sua giurisdizione, eppure è sottoposto ai controlli della polizia italiana, esercitati in un ambito territoriale generalmente non riconosciuto dalle consuetudini del diritto internazionale.

Come abbiamo già avuto modo di notare, la Bossi-Fini non è un intervento normativo a sé stante, ma una legge di modifica di un corpo normativo più vasto, volto a regolamentare anche gli aspetti sociali del fenomeno 'immigrazione'. Modificando in senso punitivo tutta la materia concernente la responsabilità giuridica dello straniero, non incide sul versante dell'integrazione. La legge dedica solo cinque dei 38 articoli che la compongono alla regolamentazione dell'istituto del ricongiungimento familiare e alla programmazione di attività volte all'integrazione dello straniero, apportando modifiche contenute e trascurabili. Dai dati pubblicati da Caritas/Migrantes emerge invece una forte componente migratoria connessa alla dinamica del ricongiungimento, che insieme alle presenze per lavoro rappresenta il 92% del totale.

3.2 Le istituzioni creano categorie: lo sguardo dell'Associazione nella decostruzione delle categorie di illegalità e reato di clandestinità.

Riguardo questo tema ho trovato le suggestioni e le analisi dell'antropologo De Genova (De Genova, 2004) interessanti e puntuali. Molti sono gli aspetti che egli considera nella interpretazione del termine ed alcune di esse le ritengo utili al fine di inquadrare ed interpretare le opinioni espresse dal presidente del Naga, avv. Massarotto, a proposito del tema sulla categoria dell'illegalità. Nel riferire le interviste con Massarotto mostro come la decostruzione del termine illegale, attraverso la chiave di lettura proposta da De

Genova (De Genova, 2004), si sviluppi a mano a mano che vengono approfondite dall'avvocato le tematiche direttamente legate al termine, e vengono descritte le caratteristiche delle scelte che lui ha operato nel corso del suo volontariato. Attraverso le parole e il racconto delle sue pratiche, si apprende anche ciò che l'Associazione pensa intorno alla parola 'immigrato irregolare' o più genericamente 'illegalità'. Nello sguardo dell'Associazione, si rilevano spunti di analisi del 'termine illegale' o 'reato di clandestinità' del fenomeno migratorio peculiari e rivelatori di osservazioni, che colgono alcuni meccanismi delle politiche d'esclusione messe in atto dalle istituzioni pubbliche, col preciso intento di 'legalizzare l'illegalità'.

Il percorso riferito alla scelta di un impegno nel volontariato al Naga, e nel contempo nei primi anni a fianco di alcune associazioni per immigrati, da parte di Massarotto ci parla di come, in qualità di avvocato, egli si sia impegnato nel disvelamento e nella conseguente critica alle politiche pubbliche non rivolte al sostegno di "diritti", ma volte all'emarginazione di soggetti già provati dalla personale esperienza del percorso migratorio. Le politiche pubbliche rivolte a questa "illegalità migrante" come la definisce De Genova (2004), non definiscono solamente uno *status* giuridico, ma segnano anche una condizione socio-politica "specificatamente spazializzata": Massarotto riconosce l'aspetto sociale nell'individuazione di spazi ben precisi in Italia. Non è solo un problema di tipo legale l'arrivo e la permanenza di questa "illegalità migrante", ma l'approccio al fenomeno migratorio è considerato complesso dall'Associazione e da Massarotto. "Nel 98", ci racconta Massarotto, "entrò in vigore la legge Turco Napolitano e sono nati i CIE (Centri di identificazione ed espulsione) cioè i nuovi CPT (Centri di permanenza temporanea) con tutti i problemi relativi alla deportabilità".

Nelle pratiche di Massarotto si coglie la tensione verso un impegno attivo intorno in prima istanza alla problematica sulla 'deportabilità'. Nella sua intervista così racconta: "Sono entrato al coordinamento antirazzista perchè volevo fare politica attiva. Entrato poi al Naga ho creduto si dovesse fare qualcosa contro le espulsioni forzate. Nasce SOS espulsioni (gruppo legale del Naga) e mi sono attivato per costruire una rete cittadina". Il tema dell'espulsione e del pericolo di essere deportati è affrontato anche da De Genova: "L'illegalità è vissuta attraverso un tangibile senso di "deportabilità" cioè la possibilità tangibile di essere deportati o espulsi dallo spazio dello Stato-Nazione". La "deportabilità" secondo questo autore (De Genova, 2004: pag. 182) è decisiva nella produzione legale dell' "illegalità": solo nella misura in cui alcuni vengono deportati i più possono alla fine rimanere come lavoratori a basso costo, producendo nei fatti una politica della così detta "porta girevole". La 'deportabilità' e non la deportazione in sé, ha storicamente reso la mano d'opera messicana come una merce disponibile (De Genova, 2004: pag. 189).

Ancora riguardo la 'produzione legale dell'illegalità' (anche se lo è riferita ai migranti messicani negli Stati Uniti), ci dice De Genova (2004: pag. 207), richiede che si renda effettivo e visibile lo 'spettacolo del confine' tra Stati Uniti e Messico per mantenere lo "status" di 'clandestini'. La dimostrazione di rendere 'effettivo il confine' non è l'unico modo in cui l'illegalità del migrante si mantiene nella vita di ogni giorno. L'effetto dell'illegalità come protratta vulnerabilità, deve essere ricreata quotidianamente, non nella singola

occasione dell'attraversamento del confine tra Stati. Le illegalità nella vita di ogni giorno, sono spesso rappresentate dalla mancanza di varie forme di documentazione concesse dallo stato, come ad esempio la mancanza di una patente di guida. Allora la sfida di un'indagine critica e di un'analisi sociale significativa deve produrre la domanda: 'cosa realmente producono queste politiche?'

L'avv. Massarotto ci parla delle politiche statali e del loro "smascheramento", descrivendo una pratica per lui fondamentale nell'approccio legale a tal fine:

"gli avvocati che si occupavano di irregolari dovevano essere volontari. Il Naga è un terreno sufficientemente fertile per accogliere queste battaglie. Il gruppo che gestivo aveva come base il concetto che il lavoro non doveva essere sugli e con gli immigrati. Non si doveva fare gli avvocati esperti di norme ma rilevare le contraddizioni delle leggi e farne una lotta politica."

Questa innanzi tutto è l'attività fondamentale dell'Associazione perchè per Massarotto fare 'lotta politica' significa rilevare le contraddizioni delle istituzioni, su un fenomeno (quello migratorio) che c'è e deve esistere senza essere normato da leggi.

L'avvocato ci spiega ancora le ragioni di un "volontariato" nell'occuparsi di immigrati irregolari:

"non sono volutamente socio dell' ASCI (Associazione di avvocati che si occupano del sostegno legale agli immigrati). Io faccio l'avvocato e poi sono un volontario che si occupa delle politiche dell'immigrazione non della parte giuridica (i codicilli) ma del fenomeno, faccio politica perchè per me non dovrebbero esistere leggi sull'immigrazione. Se facessi l'avvocato che 'aiuta' gli immigrati mi troverei nella situazione di un "conflitto d'interessi" perchè avrei bisogno di loro per sopravvivere economicamente. L'avvocato vuole migliorare le leggi sull'immigrazione mentre per me sono da abolire quindi non posso occuparmi di leggi. Poi sono italiano quindi un soggetto non realmente "coinvolto" come gli immigrati. Faccio sempre meno l'avvocato all'interno del Naga. Non legislazioni quindi ma di politica mi occupo che è precedente all'aspetto giuridico, fa da contorno da conteso."

Riprende ancora Massarotto arrivando al cuore del problema delle politiche sull'immigrazione e sulla creazione di specifiche 'categorie' di soggetti da parte delle istituzioni:

"sono convinto che lo scopo delle legislazioni occidentale non è di gestire la regolarità ma discrezionalmente l'illegalità: tutti sono irregolari se qualcuno è legale allora ce lo giochiamo. L'illegalità è il modo di gestire l'immigrazione E' creare una zona o una categoria di chiaro scuro, opaco, un modo non ben 'intendibile' è uno spazio in cui si transita dall'illegalità alla legalità. Nel gestire il disordine i governi possono giocarselo come vogliono è un modo molto più efficace. E' più facile avere a che fare con soggetti senza diritti che quelli con diritti. In Italia non si entra regolarmente, ma i soggetti entrano illegalmente e sono sospesi, se sono 'pizzicati' hanno delle grosse difficoltà. Poi si aspettano che ad un certo punto intervenga la sanatoria, che arrivi un matrimonio con una donna italiana cioè un qualche mezzo tra la legalità e l'illegalità che li faccia diventare regolari. La sanatoria è questo: la discrezionalità. Un soggetto che il giorno prima era illegale il giorno dopo è regolare ma non grazie a una norma, ma grazie ad un modo per gestire un flusso che ad un certo punto è divenuto massa critica."

Anche De Genova affronta tangenzialmente il tema della creazione della 'categoria di clandestino' quando ci spiega (De Genova, 2004) che le revisioni legislative americane negli anni hanno di fatto precluso alla maggior parte dei messicani la possibilità di migrare in accordo con la legge. In questo modo hanno giocato un ruolo strumentale nella popolazione allo scopo di produrre una 'forza lavoro' senza documenti, legalmente vulnerabile: cioè "clandestina". L'autore parla anche del concetto di "naturalizzazione

dell'illegalità" (De Genova, 2004: pag. 182), che vede i messicani clandestini come mero fatto della vita, come ovvia conseguenza dell'attraversamento non autorizzato dei confini e di qualche altra violazione della legge sull'immigrazione. E' per questo che si deve compiere un'opera di de-naturalizzazione della reificazione dell'immigrazione o dell'immigrato.

"Dal 1976 il dibattito legislativo e le successive revisioni nella legge sono riuscite a produrre l'*immigrazione illegale* come un oggetto interamente nuovo all'interno dell'economia degli scopi legali nel regime di immigrazione degli Stati Uniti. L'*illegalità dei migranti* senza documenti, non è un dato di fatto. Essa è il prodotto (nella contemporanea configurazione) della legge sull'immigrazione degli Stati Uniti – non semplicemente in un senso astratto, per cui senza la legge niente potrebbe essere costruito fuori dalla legge, né semplicemente in un senso generico per cui la legge sull'immigrazione costituisce, differenzia e classifica le 'varie categorie di stranieri' – ma in un senso più profondo che rivela come la storia degli interventi dal 1965 hanno rivisto il *fenomeno migratorio* (corsivo mio) attraverso l' illegalizzazione (Bach, 1978; Buravoy, 1976; Calviata, 1982, 1998; Castells, 1975; Coutin, 1996, 2000; Hagan, 1994; Joppke, 1994; Nikolinos, 1975; Portes, 1978). Infatti la 'produzione legale dell'illegalità' ha fatto delle migrazioni messicane un obiettivo, con modalità storicamente senza precedenti e sproporzionalmente deleterie." (De Genova, 2004: pag. 201)

Massarotto osserva la produzione di soggetti legalmente vulnerabili (i clandestini) e descrive ciò che usualmente accade nel ruolo tra professionisti avvocati: "si cerca di dimostrare che l'immigrato è regolare e si cerca tra le pieghe della norma. Ci sono possibilità di vincere delle cause, ma per singoli casi non per la massa, perchè c'è discrezionalità. La norma è creare l'irregolarità". Anche De Genova riconosce questo meccanismo di costruzione dello stato di irregolarità attraverso la promulgazione di leggi che la sanciscono. A causa di una crisi politica nella subordinazione del lavoro nei primi anni '60, ci fu un emendamento della legge sull'immigrazione nel 1965 eccezionalmente severo.

Ancore le Istituzioni costruiscono lo stato d'irregolarità e continua Massarotto:

"Che in Italia non si entri regolarmente è dimostrato sia dalla norma che dai dati statistici. La norma non è tesa a gestire l'ingresso regolare. Noi dobbiamo scardinare la costruzione dell'illegalismo non a partire dalla norma, che non aiuta perchè è contrattuale: questa si amplia e si restringe in base a cosa il consenso umano decide in quel momento sia meglio. Non è un valore a sè stante."

Interessante l'analisi di un professionista che osserva da "dentro" la costruzione di un edificio giuridico al quale normalmente si fa riferimento con l'idea della 'immobilità' di una legge e del suo carattere 'definitivo', che si pensa cioè sia data per sempre. "Io cerco" afferma Massarotto "come attivista di essere critico e analitico e decostruire il concetto di norma e legge che non sono valori in sé, ma sono incontri di volontà, d'intenzionalità. Es. il falso in bilancio è stato prima un reato poi quasi lecito, poi quasi reato ancora, ecc. questo in 25 anni. Quindi le norme sono un incontro di opinioni in una società che si muove". Anche lo stesso De Genova osserva le caratteristiche di mobilità o fissità delle leggi e ci dice che:

"si tende a considerare l'"illegalità" come un'indifferenziata transitoria fissità, ci s'imbatte così in una significativa visibilità di migranti illegali che ruotano intorno ad una stupefacente invisibilità della legge. La forza materiale di questa, la sua capacità di produrre alcuni dei più significativi e salienti parametri della vita socio-politica sembra stranamente assente" (De Genova, 2004: pag.194).

In questo modo esprime la sua analisi sull'azione pratica delle leggi e sui loro ruoli nella vita dei

migranti irregolari.

Anche Massarotto, con lo sguardo ampio su di un fenomeno in continua evoluzione, c'informa di legalità ed illegalità in 'movimento' ed aggiunge il tema dello 'stato d'eccezione': "è cambiamento antropologico della società. Ciò che era possibile negli anni 80-90 è divenuto impossibile nel 98. Gli Stati Europei strumentalmente non possono dare per scontato il fenomeno migratorio. E paga di più gestire attraverso l'illegalità che la legalità, dicendo che è un fenomeno eccezionale". Il pasticcio e l'ambivalenza dell'intervento legislativo sul fenomeno è ben chiaro anche a De Genova quando afferma che la storia delle leggi americane sull'immigrazione messicana è la storia d'interventi "intricati e calcolati":

"L'intricata storia del processo di produzione legislativa si distingue più opportunamente per la sua costitutiva inquietezza e per la relativa incoerenza delle diverse e confliggenti strategie, tattiche e compromessi che lo Stato nazione americano ha prodotto in un particolare momento storico per mediare le contraddizioni alle crisi e alle lotte intorno alle insubordinazioni dei lavoratori. Così queste leggi sono servite come strumenti per supplire tatticamente e perfezionare tanto la disciplina quanto la coercizione" (De Genova, 2004: pag. 193).

Le istituzioni caratterizzano specifiche categorie dell'immigrato irregolare anche attraverso lo strategico compromesso della pratica della sanatoria, apparentemente utilizzata saltuariamente ma nella realtà diviene la norma ed ha il preciso intento di essere discrezionale e quindi libera da vincoli di qualsiasi natura. Massarotto ci dice:

"(...) la sanatoria stessa è "extra legge" e indica un cambiamento nel tempo, dice che la legge non è un valore in sé ma è un intervento esterno. Le sanatorie sono in tutta Europa soprattutto nell'Europa del sud. E' un meccanismo di 'calmieramento' dell'illegalità clandestina o gestione dell'illegalismo o intervento discrezionale sull'opacità: mostra nei fatti, queste opacità. Con il transito di centinaia di migranti da una parte all'altra dell'Europa noi vediamo che l'intento non è "gestire" il fenomeno, ma "sanare". Non c'è intento emendante, non c'è buonismo e anche se ci fosse l'impatto è di una "gestione" della persona che ha commesso un illecito (era irregolare prima e lo è anche dopo) e non si capisce perché ad un certo punto dovrebbe divenire regolare. Dopo vent'anni si è visto che queste norme sono fatte al contrario cioè a partire dall'illegalità. Il legislatore sa che il fenomeno dell'immigrazione è strutturale, non congiunturale, durerà nel tempo e il fenomeno sociale di cambiamento più importante di questo secolo e del secolo scorso irreversibile e irrefrenabile".

Anche De Genova parla del fenomeno migratorio come di un fatto irriducibilmente sociale e ci ricorda che i considerevoli provvedimenti per la legalizzazione previsti dall'amnistia americana del 1986 hanno offerto ai migranti messicani, un'opportunità talmente rara di 'regolarizzare il loro status' che pochi scelsero d'ignorarla sottolineando che l'illegalità è stata storicamente determinata in modo tale da essere 'inseparabile dall'esperienza del migrante' (De Genova, 2004: pag. 204).

Chiedo all' Avv. Massarotto cosa pensi riguardo la possibile differenza, dal punto di vista legale, nell'uso dei termini: illegale, irregolare, clandestino. E la sua risposta ci indica quanto sia relativo per lui distinguerli: "Sono sovrapponibili: è nominalistico. Giuridicamente sono tutti soggetti che vanno contro la legge. Si parla di un reato amministrativo e questo contraddice la legge 'Turco Napolitano' e 'Bossi Fini'".

L'uso di diverse parole, che identificano di fatto gli stessi soggetti, ci informa di come s'intenda

spostare l'attenzione sulla forma e non sulla sostanza, sul significante e non sul significato. Ad esempio dietro l'aspetto formale di "nuove" leggi, con un cambio nell'assetto delle normative contro l'immigrazione in America (Illegal Immigration Reform e Immigrant Responsibility Act) del 1996, in cui si celava in realtà il culmine delle campagne punitive nei riguardi dell'immigrato irregolare (De Genova, 2004: pag. 205). Queste si caratterizzavano per un ampliamento dei provvedimenti allo scopo di criminalizzare, arrestare, detenere, multare, deportare e anche punire con il carcere un'ampia serie d' infrazioni che ampliavano la 'portata qualitativa' della produzione legislativa di "illegalità" per i migranti.

La fine dell'ultima intervista si conclude con una sollecitazione da parte di Massarotto che informa di un altro tema caro nelle politiche delle istituzioni: gli hotspot (luoghi di permanenza 'temporanea' posti ai confini degli stati, lungo le rotte di transito informali).

"Quindi se discutiamo al ribasso, se "portiamo a casa almeno questo", tutto ciò ci porterà ad ottenere sempre di meno. Bisogna alzare l'asticella, coinvolgere più soggetti, anche individualmente, avere il coraggio di pensare ad ambiti di aggregazione magari completamente diversi, nuovi e secondo me può funzionare. E se non funziona peggio di così non può andare. Quindi non è che perdi qualcosa, e se la cosa funziona si può incidere anche a livello pubblico, con la politica e gli enti pubblici. Se non fai questo salto banalmente non incidi, ti condanni all'irrelevanza, alle briciole, staremo lì a discutere di cazzate, sugli hotspot: 50 km. più in qua o più in là. Ma io non parlo degli hotspot, non dovrebbero neanche esistere gli hotspot. Se devo parlare di questi ho già perso! Ci sono livelli di discussione se partiamo dai quali, siamo lontani dal poter incidere."

Così come Piero Massarotto parla e sollecita ad azioni e modalità d'intervento più attive anche De Genova ha una proposta operativa:

"rispetto all'illegalità dei migranti, una vitale conoscenza scientifica è francamente impensabile senza un'informata ricerca sull'Immigrazione. Senza esaminare le attuali pratiche di produzione delle categorie di differenziazione tra gli statuti legali dei migranti da parte delle leggi sull'Immigrazione, questa disciplina scientifica tratta il diritto come qualcosa di transtorico, e così fondamentalmente immutabile – naturalizzando in questo modo una nozione di ciò che significa trasgredire quel diritto" (De Genova, 2004: pag. 194).

E sollecita a continuare nelle ricerche.

Concludo questa parte dell'intervista con Massarotto con le parole che sollecitano l'Associazione a continuare la lotta per i diritti mentre ricorda l'importanza della tutela degli immigrati irregolari quale battaglia fondamentale da mantenere e sviluppare:

"Se tendiamo al ribasso otteniamo un ribasso ancor peggiore di quello che si pensi. Bisogna alzare non il tono della voce, ma quello del discorso: in Italia non si entra regolarmente e il problema non sono i rifugiati politici, ma i soggetti che devono entrare regolarmente e così anche in Europa. L'immigrazione è un dato che va dichiarato apertamente non avendo paura di esplicitarlo. Mi viene detto: allora "tu difendi gli immigrati"! Si li difendo, ma non perchè sono buoni, non m'interessa come non m'interessa difendere gli italiani. L'immigrazione è un fenomeno dato che segnerà in modo irreversibile la società."

3.3 La persona va ma la figura rimane: l'immigrato al Naga.

In questi anni, si sono sviluppate leggi o normative, che hanno riguardato l'impegno dello Stato verso le problematiche sanitarie che interessano gli immigrati. Ma lo stato di illegalità che si è venuto a creare come risultato dell'attuazione di tali leggi è stata una scelta e una costruzione politica istituzionale ben precisa. Da molti anni, lo scopo dei governi degli stati-nazione è quello di riportare gli stranieri immigrati ad una situazione di illegalità tale, da poterli rendere più vulnerabili e quindi più manipolabili (se non sfruttabili) e soprattutto espulsibili. La coscienza di questo meccanismo è ben chiaro a molti "irregolari". Lo scritto che qui riporto è tratto dal documento di un gruppo di sans-papiers in lotta (volantino raccolto in una manifestazione svoltasi in Francia, 2015) e introduce in modo chiaro il tema "sdrucchiolevole" dei soggetti che appartengono alla categoria di illegali. Il volantino afferma:

Fra di noi ci sono:

2. Rifugiati che si sono visti rifiutare l'asilo politico anche se presenti sul territorio francese da tanti anni
3. Coniugi di cittadini francesi o di persone regolarizzate
4. Coppie alle quali è stato rifiutato di far venire la famiglia
5. Studenti stranieri
6. Genitori di bambini nati in Francia ma che non hanno la nazionalità francese

Tutti noi siamo il prodotto delle leggi in vigore, che da più di 10 anni, riforma dopo riforma, hanno avuto in comune la caratteristica di impedire sempre di più l'ottenimento dei documenti, quando non quella di cercare di ritirarli a chi li aveva (come si può verificare con le leggi Pasqua-Maihaignerie-Toubon e l'attuale progetto Debrè). Noi stranieri in lotta, non siamo clandestini. Siamo Sans-papiers (senza documenti) che molte volte abbiamo provato ad ottenere il permesso di soggiorno e il permesso di lavoro, ai quali abbiamo umanamente diritto. La nostra situazione non è dovuta alla nostra volontà né a una nostra scelta di clandestinità."

Ricchissimo di suggestioni questo scritto ci indica innanzi tutto che la posizione legale di questi immigrati deriva direttamente dall'attuazione di leggi e non da libera scelta di voler essere irregolari; indica che meccanismi d'opposizione e reazione passano attraverso il desiderio di 'manifestare' il proprio malcontento sottolineando di 'essere in lotta'; indica che il carattere democratico nella ricerca del riconoscimento di 'diritti' quali il lavoro e il permesso di poter giustificare la propria presenza con documenti, è un aspetto interiorizzato dagli immigrati. Il che ci rimanda all'ipocrisia di dettami legali ed etici ("parole vuote" vedi prossimo capitolo che approfondisce la tematica) ai quali le istituzioni non possono più fare appello.

In molte società viene affermato il "diritto all'esclusione" dai servizi (soprattutto sanitari), degli

stranieri “non autorizzati”, “senza documenti”, “clandestini”, “irregolari” o “illegali” giustificandolo in quanto non fanno parte e non sono cittadini di quel dato paese e non hanno un contratto sociale riconosciuto che li leghi alla comunità ospitante (Willen, 2011). In questo modo si profila uno stato d' iniquità tra cittadini ospitanti ed immigrati ospitati.

I modelli globali d'ingiustizia strutturale, come cuore dell'im/migrazione non autorizzata, coinvolgono anche ambiti lavorativi che vedono presenti sia gli imprenditori che i consumatori a beneficiare del lavoro di im/migrati non autorizzati ricattabili, a basso costo e vulnerabili all'interno dei mercati locali. Il contesto economico politico è allora una componente cruciale nell'analisi dei rischi e delle conseguenze sulla salute degli im/migrati non autorizzati (Willen 2011: pag. 339). Il caso di Gor, immigrato oltre quarantenne montenegrino da me intervistato, è emblematico riguardo la pluralità di aspetti (economici, legali, familiari) che intervengono nella sua vita e che ne influenzano l'andamento.

Il sig. Gor nato nel Montenegro 51 anni fa è giunto in Italia nel 1989. E' il secondo di cinque figli di cui i primi due, compreso il nostro Gor, sono adottati. La famiglia povera, contava forse sulla presenza di molti figli per ottenere miglioramenti economici. Lui racconta però di un'infanzia difficile con conflitti sia in famiglia che nell'ambito scolastico. La madre, molto svalutante, lo puniva spesso per descrizioni e racconti troppo fantasiosi ed irreali. A scuola litigava coi compagni e discuteva con gli insegnanti, dai quali a volte veniva picchiato. Tuttavia i risultati scolastici erano buoni. Fa un percorso di studi poi che lo porta fino alle soglie del diploma, ma lo interrompe anticipatamente per frequentare un corso per allievi ufficiali che rappresenta l'opportunità di un lavoro garantito e ben retribuito. In questi anni l'ambiente familiare è troppo conflittuale ed esigente, sempre con la richiesta di entrate di denaro che vogliono forse esplicitare e giustificare la scelta della sua adozione. A 19 anni Gor “scappa” dalla famiglia interrompendo nuovamente gli studi giungendo in Svezia in cerca di un lavoro. Lo trova ma solo precario e rimane lì per circa due anni, tempo oltre al quale non è più possibile prolungare legalmente il permesso di soggiorno. Così una volta terminato il contratto è costretto a tornare a casa, ed è proprio il ritorno al paese d'origine senza un lavoro e senza grandi guadagni, nonostante la sua permanenza in un paese nordico, che fa scattare i prodromi di un esordio di tipo psicotico. Comincia a svilupparsi una sospettosità diffusa ed oggetto del suo delirio divengono “gli uomini con i baffi”.

La descrizione degli eventi di vita di questo signore c'invita ad un'osservazione critica degli aspetti politico economici che l'hanno coinvolto e ci obbliga a rivalutare una varietà di concetti e di assunti incluso il termine di “illegale” e la convenzionale comprensione della relazione tra immigrazione “non autorizzata” e possibilità reale di operare “scelte”.

Un'analisi economico politica induce ad atteggiamenti critici verso affermazioni populiste circa la relazione tra queste “scelte” e le questioni sui diritti, giustizia e assistenza. Per molti soggetti la migrazione non è una questione di “scelta”, come abbiamo visto nel caso di Gor, ma è la ricerca di una strategia per fronteggiare individualmente politiche economiche di tipo globale e migliorare la qualità di vita propria e

dei propri familiari. I paesi ospitanti tendono ad interpretare queste "scelte" in modo molto diversificato: talvolta come attacco silenzioso alla sovranità dello stato, un modo per 'rubare' lavoro agli autoctoni, un 'sottrarre' risorse statali, o una volontà d'interferire politicamente. Queste accuse e forme di costruzione di un capro espiatorio tendono a divenire molto vivaci (particolarmente rancorosi) quando i problemi di salute, di diritti e di assistenza degli im/migrati crescono e il dibattito si amplifica.

Sappiamo inoltre, che non solo gli im/migrati 'non autorizzati' tendono a coprire il mercato locale nei livelli più bassi: 'sporchi, pericolosi e pieni di richieste' (le tre D), ma che anche lo stato 'd'illegalità' interagisce congiuntamente 'sindemicamente' (Singer, 2009) con altri fattori di rischio alla produzione di malattie sia a livello collettivo (piccole e circoscritte epidemie es. tbc o polmoniti) che individuale. Il termine 'sindemico' (tradotto letteralmente) vuole indicare che 'due o più disagi interagiscono sinergicamente contribuendo ad aggravare disturbi e patologie nella popolazione' (Centro per il controllo e la prevenzione delle patologie, 2010). Come è accaduto a Gor per il quale fattori legati al clima familiare, fattori economici e lavoro precario lo hanno portato a sviluppare o esacerbare un disturbo psicologico latente.

In altri termini la sindemia costituisce un "modo di pensare all'intervento per la salute che si focalizza sulla connessione tra i diversi problemi relativi alla salute, considerando questi tipi di legame quando si sviluppano politiche di salute, quando si pensa a possibili fattori di cambiamento sociale e allo scopo di assicurare condizioni nelle quali tutte le persone possano essere in salute" (Singer, 2009). Tutto questo pone gli immigrati in posizione di svantaggio in riferimento alla salute, come ancora descriverò nella situazione del sig. Gor.

Ritornato a casa dalla Svezia qui vi rimane solo per qualche mese perchè viene "obbligato" a ripartire dalla famiglia, che non è in grado di mantenerlo. Anche la polizia comincia ad interessarsi di lui. Riparte ed arriva in Italia nello stesso anno con un permesso di 'tipo umanitario'. Comincia a lavorare senza contratti regolari e in modo discontinuo: prima a Novara per una ditta di traslochi che dopo qualche mese di precariato lo licenzia, poi nella provincia di Milano per un'azienda di prodotti caseari, quindi in città in un'agenzia di consulenza finanziaria che dopo pochi mesi chiude ed infine nella redazione di un giornalino di quartiere. Nessuno di questi impieghi gli offre un contratto regolare.

Nel 1996 conosce una ragazza italiana della quale si innamora. Si trasferiscono in Jugoslavia dove si sposano. Ma il matrimonio dura poco e lui ritorna in Italia due anni dopo per forti dissidi e grossi conflitti ancora con la famiglia di origine. E' infatti nel 1998 che accede al Naga per gravi crisi d'ansia e ideazione persecutoria, senza lavoro e senza permesso di soggiorno.

Com'è visibile interazioni 'sindemiche' possono avere serie conseguenze per la salute degli immigrati e delle loro famiglie, oltre che per la salute pubblica in generale. E' questo lo scopo dell'investigare nell'ambito della mia etnografia: osservare in che modo l'illegalità interagisca con le altre manifestazioni di disegualianza strutturale ad esempio la disoccupazione, l'esposizione a patologie infettive, la vulnerabilità alla violenza, la povertà, la discriminazione, gli ostacoli strutturali, istituzionali, linguistici e culturali

all'assistenza sanitaria ed altro, nella produzione di patologie.

Ritorniamo al sig. Gor che appena giunto al Naga, in quella situazione, lo incontro in qualità di medico psichiatra. In quel momento non necessita di una terapia farmacologica perchè la sommaria occupazione all'interno della redazione del giornalino lo mantiene sufficientemente coeso. Prosegue tuttavia con colloqui psicologici in quanto richiede uno spazio per sentirsi "aiutato" a gestire la vita proprio come im/migrato irregolare.

Nel 2002 fa ritorno brevemente a casa ma, per ragioni non chiare, viene arrestato e portato in prigione, dove vi resta per circa sei mesi. Appena rilasciato espatria nuovamente e arriva a Roma. In questa situazione, mentre non è chiaro se realmente ha problemi con il servizio di sicurezza statale o se questo fa parte di un pensiero delirante, lui fa domanda di riconoscimento dello "status di rifugiato" che gli viene respinta. Riesce ad ottenere un "permesso umanitario" di due anni e questo è l'unico tipo di permesso che è sempre e solamente riuscito ad ottenere nel tempo. Terminato il periodo di permesso è costretto per legge ad andarsene, ed è quello che fa. Quindi riparte alla volta della Turchia, Egitto, Argentina. In quest'ultima nazione racconta di essere stato bloccato dalla polizia per un'indagine non ben chiara che alla fine gli ritira il passaporto.

Ritornato in Italia nel 2015, prende a Roma una residenza fittizia, un medico di base e richiede permesso di soggiorno ancora di tipo umanitario. Ma non rimane a lungo a Roma perchè a maggio arriva a Milano e mi cerca. E' da lungo tempo che si sente male e la relazione sentimentale che ha intrapreso con una nuova donna (Angela) non sta andando bene. Lui non ha un lavoro (ciò che principalmente gli viene criticato dalla compagna), condivide la casa con questa donna ma è geloso, precario e sull'orlo di diventare ancora "irregolare" in quanto il permesso di soggiorno sta per scadere. In questa situazione ritorna il pensiero delirante paranoideo: si sente seguito, ricercato e aggredisce verbalmente in un bar un cliente coi "baffi" senza alcuna apparente ragione.

Non facendo più volontariato da qualche anno, accolgo il sig. Gor presso il mio servizio territoriale (CPS Centro Psico Sociale) con molteplici difficoltà di ordine burocratico. Ci mostra una tessera sanitaria il cui numero però risulta non valido. Gli viene consegnato un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente di cui parlerò diffusamente nel cap. 4) dall'ufficio preposto presso l'Ospedale di Garbagnate, dopo essere stato accompagnato da una nostra infermiera (in quanto l'accesso all'ospedale con i mezzi pubblici è difficilissimo e complicato). Ormai la relazione con Angela è finita e lui non riesce a farsene una ragione. Comincia a stare molto male anche fisicamente e i disturbi psicotici continuano ad essere presenti. Lui continua a vivere a Mantova ma è senza lavoro, senza soldi e a breve sarà senza casa e senza permesso di soggiorno che sta per scadere.

Continuo a vedere Gor presso il nostro servizio che è aperto anche ai fuori residenti, ma l'aiuto sugli aspetti di assistenza sociale non possono essere eseguiti. Gli suggerisco quindi di spostare la residenza da Roma a Mantova, in questo modo avrà accesso ad un aiuto anche sociale da parte del servizio competente.

Accetta, va a Roma per rinnovare il permesso di soggiorno e sposta la residenza a Mantova. Il nuovo servizio territoriale lo aiuta nella richiesta per la 'domanda d'invalidità' che ottiene. Purtroppo si aggiunge un altro problema perchè all'interno del documento viene aggiunta la clausola che non può lavorare. Così Gor si trova ad avere quei pochi soldi di assistenza (200 euro circa al mese), ma con l'impossibilità di lavorare e di poter avere nel tempo un permesso di soggiorno garantito.

Intanto il suo permesso scade e la questura di Roma (fortunatamente Gor telefona prima d'intraprendere il viaggio costoso fino a là) lo informa che invierà il documento rinnovato, direttamente agli uffici di Mantova. A Maggio Gor comincia ad attendere. Dall'Inps quattro mesi dopo gli fanno sapere che senza aver preso visione concretamente del visto in forma originale, loro saranno costretti a sospendere la piccola quota di danaro relativa all'invalidità per la sua malattia. Lui a fine settembre chiede alla questura di Mantova di contattare gli uffici Inps e rassicurarli ma solo ad Ottobre arriva la risposta che è positiva.

Il suo stato di salute psicologico continua a peggiorare in questi mesi, e lui è costretto ad assumere importanti terapie psichiatriche con effetti collaterali disturbanti. Allora gli vengono prescritte altre compresse ed inviato a visite neurologiche per indagare su disturbi organici poco chiari. Vengono rilevate infatti zone radio-opache che esitano con la diagnosi di "sclerosi a placche" e nei fatti nessuna possibile conseguente terapia.

Fortunatamente nel servizio psichiatrico che lo segue, l'assistente sociale riesce a fargli ottenere una casa dal comune a costi molto contenuti. Ma per il cibo, e lui è vegano, deve appoggiarsi alla Caritas, al pacco alimentare mensile che, mi dice, lo fa sentire poco dignitoso. Due volte alla settimana frequenta il "gruppo orto" attività proposta dal Cps e da lui accettata, con il beneficio secondario che può tenersi parte dei prodotti coltivati .

Così la continua ricerca di espedienti e l'attenzione a seguire gli andamenti delle sue vicende legali, lo mantengono ad uno stato d'incertezza continua e con essa anche ad un malessere non mai realmente risolto.

3.4 La 'zona grigia' dell'illegalismo: pratiche di resistenza degli operatori Naga tra analisi e lotta.

Ritengo importante cominciare questo paragrafo ricordando che, come dice Willen e come più volte affermato in questo lavoro, non c'è nulla di 'naturale' o 'automatico' nello status di immigrante illegale o nella migrazione illegale. La posizione di illegalità è una costruzione – sociale, politica, economica, ideologica e giuridica – che è stata inventata e costruita per particolari ragioni e in particolari contesti (Willen, 2011: pag 338). Negli Stati Uniti, alla frontiera con il Messico ad esempio, la situazione d'illegalità ha il preciso intento di creare una forza lavoro a basso costo (Ngai, 2004; Zolberg, 2006).

Willen si chiede: in quali circostanze e perchè un soggetto è classificato "illegale",? Chi beneficia e chi combatte questa situazione? Come cambia la configurazione dello stato d'illegalità nel tempo e nelle

diverse situazioni? Quali tecniche si sviluppano nei diversi contesti per rendere 'illegale' o criminalizzare i migranti irregolari? Soprattutto come i diversi ambiti locali d'illegalità influenzano lo stato di salute o il benessere/malessere in termini materiali o di esperienza? Di tutte queste domande ci si deve occupare perchè hanno direttamente che fare con le implicazioni e le conseguenze sullo stato di salute degli im/migrati irregolari e sul conseguente loro accesso alle strutture sanitarie (Willen, 2011). E' proprio a partire da questa considerazione che è nata l'Associazione Naga, per dare cioè risposta allo stato di malessere e di malattia presente in soggetti solo e rigorosamente nella posizione di irregolarità. Ora l'attività dell'Associazione va oltre e qui verrà approfondito il tema dell'illegalità e delle sue conseguenze, la produzione conseguente di una "zona grigia" e le modalità/suggerimenti per gestirla, tema questo molto indagato dai volontari in questi tempi.

La "deportabilità" e l'"illegalità" producono problematiche avverse nell'ambito della salute, specificatamente quella mentale, con conseguenti disturbi d'ansia, depressivi o anche psicotici. Poco si sa di come queste esperienze vengano incorporate, in che modo possano creare rischi alla salute o come può essere impedita la cura agli im/migrati illegali attraverso le innegabili difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari.

La dimensione soggettiva 'liminale', ai 'limiti', dell'immigrato illegale chiaramente ha anche conseguenze oltre che sulla salute a livello individuale, anche a livello familiare e sociale ed è solo recentemente che ci si pone in aggiunta, il problema della scolarizzazione di questi soggetti (Castaneda, 2009, 2010; Mc Guire and Georges, 2003).

I percorsi di analisi delle ricadute di uno status illegale, sono variegati: da quello giuridico, a quello filosofico (Coyle, 2003; Dwyer, 2004)), a quello clinico (Anya, 2007; Arnold, 2008; Kullgren, 2008; Virgilio, 2007). Anche all'interno dell'Associazione il tema è stato affrontato da diversi punti di vista. Willen ci sollecita a fare attenzione a tre dimensioni della migrazione illegale: illegalità come forma giuridica, come condizione sociale e come 'modo di stare nel mondo'. L'esperienza e l'incorporazione dell'illegalità, sia indipendentemente che associate ad altre dimensioni soggettive (sesso, etnicità, classe, biografia individuale) necessitano di particolari analisi (Willen, 2007).

Premesso quindi che lo stato di salute per l'immigrato dipende anche dalle conseguenze legate allo status d'illegalità, i volontari del Naga nell'individuare alcune caratteristiche del malessere dei loro im/migrati irregolari, s'interrogano e promuovono l'uso di quello che loro chiamano la 'zona grigia' cioè di quella che Massarotto ha chiamato: "una zona o una categoria di chiaro scuro, opaco, un modo non ben 'intendibile' è uno spazio in cui si transita dall'illegalità alla legalità".

Con il termine illegalismo utilizzo il suffisso "-ismo" nel termine 'legale' allo scopo di sottolineare l'uso di una parola astratta, che indica 'dottrine o atteggiamenti'. Ciò che è divenuto 'atteggiamento' quotidiano è l'uso della 'zona grigia' dell'illegalismo, che diviene l'ambito all'interno del quale l'immigrato (come chiunque altro) può utilizzare 'pratiche di resistenza'. Le pratiche di 'resistenza' o di 'reazione' utilizzate dai

migranti, hanno lo scopo di opporsi ad un sistema politico istituzionale che quotidianamente calpesta quei diritti umani di cui questi soggetti irregolari necessiterebbero.

Le pratiche di 'resistenza' o di 'reazione' della grande ed eterogenea popolazione di volontari che compongono l'Associazione hanno motivazioni che si rifanno alla tradizione cattolica ("lo facciamo a fin di bene") o a quella di stampo laico ("lo facciamo per difendere i diritti umani"). Comunque, muovendosi all'interno di uno spazio a volte ampio e a volte molto più ristretto, seguono l'obiettivo della 'libera' scelta individuale, al di fuori di leggi e di norme con uno sguardo al futuro ed 'un occhio' alle ineluttabili restrizioni. Massarotto, in uno dei suoi interventi così specifica:

*"Quando facciamo scelte di **aggiramento di regole operiamo scelte politiche** e lo facciamo continuamente. Dobbiamo riportare al centro del dibattito questo comportamento che è diffuso tra noi e nei nostri gruppi. Non ci siamo detti, non è tra le linee dell'Associazione, ma ci viene spontaneo continuamente cercare di passare a latere muoversi senza sconfinare nell'illegittimità, rimanere nell'ambito grigio che è amplissimo. Quel 'non chiaro' 'non deciso' non è solo e necessariamente negativo ma è anche positivo: quel comportamento 'friabile' spesso torna utile a tutta l'Associazione, che si muove in questo modo. Questo è interessante non solo perchè la 'zona grigia' può essere utilizzata come "trucco" per dare una certa legittimità all' "etica dei trucchi", ma ci fa ragionare sul fatto che, come noi percepiamo quella 'zona grigia' che ci torna utile, forse anche il 'potere' la conosce e la usa al contrario con degli obiettivi di libera gestione. La libera gestione attraverso la zona grigia è più semplice che non attraverso la predeterminazione del 'cosa si fa' e 'cosa non si fa'. Centriamo la discussione su quello che facciamo, sulle nostre pratiche."*

La libera gestione della 'zona grigia', ci ricorda Massarotto, è una pratica che riguarda tutti: sia i volontari del Naga, sia i soggetti istituzionali dei diversi ambiti: giuridico, sanitario, politico e di controllo. E questo, va ricordato, deve essere tenuto in seria considerazione per i possibili problemi di 'mala gestione' o semplicemente 'gestione superficiale' delle istituzioni, che si producono e che ledono i diritti.

Prosegue Giovanni un altro avvocato del gruppo che vuole tranquillizzare i volontari (legalmente parlando) sulla pratica dell'utilizzo della 'zona grigia':

"Quando entriamo nella zona grigia, si può stare tranquilli perchè alla luce del discorso sull'interpretazione, se ognuno di noi è interprete, nella zona grigia potrà comportarsi come meglio ritiene e comunque avrà un sostegno da parte dell'ordinamento a cui fa riferimento. La serenità sta nel fatto che non c'è nessuno che può dirti che è solo bianco o è solo nero. La tranquillità è data anche dall'opinione che questa modalità d'agire non sarà individuale ma si strutturerà in maniera collettiva e darà luogo a delle linee di comportamento. Anche nei comunicati stampa, anche quelli ruoteranno intorno ad un 'consenso' condiviso riferendo cose 'giuste' a quelli che ancora non lo sanno o non l'hanno capito e che ancora devono aderire."

La sig.ra Meli volontaria di circa 60 anni del gruppo accoglienza, porta un esempio di quello che sono le 'pratiche consuetudinarie' del Naga che sostengono le affermazioni riportate dagli avvocati poco sopra e che identificano un 'fare comune' di un gruppo:

"E' arrivato qualche giorno fa in Italia un signore del Camerun giunto dalla Libia. A Chieti aveva fatto richiesta di asilo. Ma l'attesa era lunga e siccome aveva una brutta ferita ad un piede era venuto a Milano. Il giorno prima era già stato al PS di un ospedale dove gli avevano fatto una radiografia, una diagnosi (ferita con proiettili) e indicato una terapia con aspirina ed antibiotico. Poi lo avevano rinviato. Un suo connazionale, ce l'ha portato non sapendo che altro poter fare per lui. Anche noi eravamo sorprese e

irritate per la qualità dell'intervento ed inoltre erano già le cinque del pomeriggio e lui non sapeva dove andare a dormire. Noi abbiamo telefonato in tutti i dormitori senza trovare posto. Allora gli abbiamo consigliato di andare in un grande ospedale, *'non dire che era già stato in un PS'* e forse in questo modo lo avrebbero trattenuto per valutazioni: almeno per la notte avrebbe avuto un posto per dormire. Effettivamente è stato così. Quindi in questo nostro operare mi sono riconosciuta molto come Naga e credo che qui oggi io sia venuta per capire come fare ad ampliare le mie possibilità *'d'illegalismo'* quello che forse un tempo si chiamava agire *'nelle pieghe del capitalismo'*."

Ancora di pratiche si parla nell'esempio qui sotto. E' difficile comprendere per questi volontari, dove situare il confine (che per *'sua natura'* a mio parere non può esistere) tra illegalismo e illegalità, quesito che si pone a volte anche riguardo la gran parte delle azioni della stessa Associazione. Una volontaria dello sportello legale interviene:

"La prima prova dell'illegalismo e l'esistenza stessa del Naga che si muove nell'illegalismo. Se così non fosse il Naga non avrebbe nessun motivo di esistere. E' vero allo sportello legale dobbiamo sempre cercare di inventare al meglio delle soluzioni e in una situazione sempre più frustrante. Dobbiamo cercare una sorta di *'umanizzazione'* del diritto. Io spesso suggerisco di fare qualcosa contro la legge e mi chiedo: ma quindi quello che posso fare è sempre e solo proporre *'illegalità'*. Soprattutto in queste ultime settimane io riscontro un *'abuso di potere'* da parte di chi deve gestire dei servizi per i cittadini. Pensiamo alla questura, a chi deve operare delle scelte rispetto al proprio comportamento. Ma l'interpretazione soggettiva, la legittimazione dell'interpretazione soggettiva come può avvenire? Attorno c'è la *'disperazione'* e noi siamo spesso costretti a dire: *'io per te non posso fare assolutamente niente perchè la legge dice questo'*. Come posso essere legittimato a creare scelte che sostengono illegalismo e non illegalità? Che potere ho? Noi creiamo illegalismo ed *'esistiamo per crearlo'* come Associazione."

I volontari si muovono in questa *'zona grigia'* con la fatica e con il timore di non sapere con certezza dove la zona d'ombra finisce e dove ricomincia. Ma la zona grigia è uno spazio che si dimostra poco chiaro e a volte paradossalmente contraddittorio nel caso ad esempio dell'agire delle istituzioni, come ben descrive Stefano del direttivo:

"Forse a questo punto del seminario si potrebbe parlare delle prove di esistenza non di Dio ma dell'illegalismo. Le politiche con le quali si è cercato di regolare l'illegalismo, negli ultimi 15 anni, che sono ad es. le sanatorie, sono situazioni in cui l'ordinamento riconosce l'illegalismo, lo fa emergere senza poi di fatto intaccare le condizioni che lo producono. Quando un soggetto irregolare viene tradotto in carcere, viene riconosciuto come soggetto che soggiorna sul territorio italiano quindi viene fatto emergere dalla situazione di *'trasparenza'* di *'buio'*. Così andare in carcere è una specie di sanatoria: gli viene riconosciuto il diritto alla salute come ad un cittadino italiano detenuto e stabilisce con la pubblica *'amministrato'* un contratto di *'lavoro'* a tempo determinato. Magari va anche agli arresti domiciliari e poi finita la pena, torna irregolare e viene espulso."

O come descrive Riccardo volontario del gruppo legale che dice:

"Mi è capitato di vedere con i miei occhi un provvedimento di allontanamento dal Cas (Centro accoglienza straordinaria) dove vivono le persone che arrivano normalmente al Naga nel quale il prefetto di Trento scriveva: *'come da relazione del Centro, ...'* peccato che la relazione non fosse allegata! La persona viene accusata di un qualcosa, c'è un provvedimento amministrativo, senza che la persona possa sapere quale sia il suo reato. Se pensiamo a ciò che dice Montale a proposito della storia: *"la storia non è poi la devastante ruspa che si dice, lascia sottopassaggi, cripte buche e nascondigli"* Noi possiamo affermare che operiamo all'interno di *'cripte buche e nascondigli'*. Noi pensiamo di fare un lavoro umanitario e di dare una mano a questa o quell'altra persona, ma più di tutto noi abbiamo il ruolo di utilizzare queste

buche nella giustizia a favore e non contro gli immigrati irregolari. C'è uno sgretolamento del sistema giudiziario e noi dobbiamo cercare di entrare nei 'buchi' e metterci il nostro punto di vista. Non è che cambiando le leggi cambiamo la realtà perchè neanche le leggi stesse sono in grado di regolarizzare le pratiche che nascondono un 'abuso di potere'".

Lo scontro con le istituzioni, siano esse di ambito giuridico che sanitario, è spesso al centro delle attività dell'Associazione che investe con determinazione le energie dei propri volontari in questi conflitti. Il dibattito si focalizza sulle procedure e modalità più idonee per affrontare tali situazioni. Fabrizio, direttore sanitario del Naga, così descrive qualche esperienza di contatto con le strutture ospedaliere:

“Ricordo il caso della donna dimessa dall'Ospedale con la raccomandazione di rivolgersi al Naga per avere i farmaci necessari. Le vengono effettivamente consegnati, ma la diagnosi non era corretta e la patologia avrebbe dovuto essere indagata maggiormente. La sera stessa muore. Anche l'ospedale ha usato la 'zona grigia' e ha fallito. Noi cosa possiamo fare? Contattare l'ospedale dicendo che quella paziente non poteva essere dimessa come abbiamo sempre fatto e continuiamo a fare? Il Naga non riesce ad incidere molto e di solito gli amministratori delle strutture ci dicono: “beh si effettivamente avremmo dovuto ...” Ma continuamente abbiamo casi di pazienti che vengono gestiti in questo modo dagli ospedali, che dobbiamo fare? Denunciare i sanitari o l'amministrazione?”

Stefano dello sportello legale replica: “nel caso dell'ospedale, è lui che decide cos'è la norma e cosa è l'eccezione e questo è un “potere” ed è qualcosa che accade continuamente. Il potere decide ed è sovrano. Questa è una condizione che riguarda soggetti fragili ora, ma domani sarà la nostra condizione. Come sempre l'immigrazione è un laboratorio di 'sperimentazione di dispositivi' che riguardano la politica in generale”.

Giovanni, avvocato, riporta il dibattito sullo sguardo più ampio di un problema culturale nelle logiche dell'illegalismo, e suggerisce alcuni strumenti 'legali' che servano allo scopo di opporsi ad una comune mentalità che non considera i diritti umani un valore 'per tutti':

“Il problema è passare dalla teoria alla prassi di quello che si chiama illegalismo. Si questo è un problema culturale. Abbiamo quotidianamente a che fare con una cultura degli uffici che hanno potere e che pensano di essere nel giusto, così come l'Associazione. Come si fa? Come si possono far incontrare questi due punti di vista? Sicuramente è l'attività associativa nel suo insieme, non quella del singolo che funziona: per esempio informando. Dire di non andare in questura non è informazione ma è un 'consiglio trappola' per tutti. Bisogna dare l'informazione dei diritti, non un consiglio perchè altrimenti si diventa correi. Se si prospettano invece due situazioni: andarci o non andarci, spiegando ed informando: 'se ci vai succede questo, se non ci vai quest'altro'. L'informazione è lecita al mille per mille, anzi è meritoria. A volte è l'aspetto estetico che acquista importanza.

Viene detto che 'cavilliamo', ma questo è giusto. Dipende per quale secondo fine lo si fa: se il secondo fine è quello della giustizia allora penso che vada bene. Per esempio in altre associazioni dove opero, un modo per interloquire con il potere è la 'comunicazione'. La comunicazione legittima attraverso i media in modo che si acquisti consensi e che si faccia pressione. Un maggiore consenso sulla posizione che si ritiene più vicina. Poi una prefettura può fare quello che vuole, ma se ci sono tanti cartelli di manifestanti sotto gli uffici, forse lo farà lo stesso ma forse no. La dimensione sociale è quella che funziona, non quella giuridica. Si può sempre suggerire agli uffici: 'guardate tra le cinque soluzioni che potete adottare avete scelto la quinta, ma è estrema, potete adottare soluzioni che si avvicinino alle altre quattro meno confliggenti?' Non serve un giurista per questo.

Una seconda forma di interlocuzione può essere quella di costituirsi parte civile in procedimenti che hanno per oggetto tematiche che sono vicine a quelle riguardanti gli immigrati irregolari. L'Associazione può autolegittimarsi in procedimenti nei quali non sono direttamente parte in causa, ma la 'parte' è un suo

associato o utente. Ci s'insinua così nei processi, portando il 'proprio punto di vista' in una sede che è giuridicamente più forte. Se poi questo pensiero passa vuol dire che quella vostra opinione, quella vostra interpretazione, quella vostra manifestazione d'illegalismo è passato ad un livello istituzionale.

Quando la risposta allora è negativa si può sempre fare riferimento a quel dato giudice 'che quella volta ha accettato l'ottica proposta dall'Associazione'. che è una autorità costituita del nostro ordinamento. Certo non è legge, ma l'opinione di un giudice acquista peso all'interno del dibattito. Costituiamoci in tante parti civili là dove c'è omissione di soccorso: 'io rappresento un'Associazione che ha come scopo primario la tutela dei diritti' così avremo portato una voce all'interno di una sede istituzionale che forse può essere portata come soluzione di altri casi."

Interessanti per l'assemblea le proposte di Giovanni che poi vengono seguite da approfondimenti di casi e di conseguenti eventuali opportunità. Il dibattito si condensa poi intorno ad alcune questioni tra le quali riporto questa: "per contrastare l'opacità della condizione del cittadino straniero, il Naga utilizza spesso strumentalmente degli stratagemmi al limite della legalità (ad es. si consiglia di pensare bene prima di presentarsi in Questura a seguito di invito alla regolarizzazione; sono stati prodotti dei fogli visita ad hoc in occasione di sanatorie; si cerca di allargare il 'campo' delle 'cure essenziali'; in occasione dei decreti flussi si è evitato di farsi riferire la data della presenza effettiva nel territorio italiano). Tutto questo lo riteniamo accettabile?"

Si apre la discussione e vengono espressi i punti di vista dei volontari attivi nei differenti gruppi: "Si è accettabile continuare ad operare nella 'zona grigia' anzi ritengo sia necessario fare una battaglia per allargare queste pratiche. Ci si deve muovere in quello spazio più frequentemente." afferma Guido, poco più che ventenne del gruppo accoglienza. Interviene un altro volontario: "Va bene se il Naga sta nelle pieghe, ai confini, ma lo si deve rendere manifesto, cioè non deve rimanere nell'ombra." Aggiunge Aldo giovane appena laureato in giurisprudenza:

"Certo anche se gli altri, nostri avversari venendo a sapere di queste pratiche potrebbero farci cadere in una posizione di 'debolezza'. Vi ricordo il caso in cui era apparso un articolo sul Fatto Quotidiano nel quale si faceva riferimento ad un colloquio telefonico intercorso tra una socia, ignara che stesse parlando con un giornalista, e l'interlocutore che aveva chiamato per avere informazioni su come potersi comportare di fronte a problematiche legali riguardo il permesso di soggiorno. Lei suggeriva le possibili modalità per "trasgredire" la legge. Naturalmente nell'articolo veniva sottolineato l'aspetto del 'cattivo' e 'disonesto' comportamento degli operatori del Naga, per gettare discredito sull'Associazione."

Di fronte al racconto del ricordo di questa situazione c'è chi rimane perplesso in silenzio ma c'è chi interviene incalzando: "Certo questo è il nostro modo di criticare ciò che 'è legale'".

Un altro volontario vuole allargare lo sguardo su ciò che normalmente è socialmente accettabile, sull'idea 'comune' dell'essere scaltro e furbo e sulle relative conseguenze:

"La percezione della gente comune è che esiste ciò che è legale e ciò che non lo è. La zona grigia, per sua natura, non è formalizzata. All'italiano serve questa zona grigia per sentirsi libero di operare scelte individuali: è un modo di essere molto diffuso. Poi si fa finta che non esista. E' difficile riconoscerlo e sono proprio le istituzioni, con il loro funzionamento che spingono a operare nella zona grigia. E' lo Stato stesso che con le sue leggi e le sue norme induce questo comportamento e produce illegalità o comunque la tollera."

Più voci poi si uniscono, in accordo su una linea di principio: “ci manca il rivendicare questa modalità”, “combattere per 'legalizzare' l'illegalismo e queste pratiche che debbono diventare plateali”, “si devono denunciare questi meccanismi”, “bisogna farlo molto di più”, “usare la zona grigia e dichiarare che la si utilizza per il riconoscimento dei diritti umani verso gli immigrati”. E si ricorda che “il Naga fuori è conosciuto per le sue caratteristiche di critica, noi siamo indipendenti e liberi. Non ci siamo mai fermati o seduti e questa è la nostra forza. Bisogna ricordarselo. Dobbiamo personalizzare, non c'è solo una persona, siamo un gruppo e dobbiamo usarlo per dichiarare e rivendicare ben sapendo di essere continuamente in 'cammino”.

Il dibattito prosegue con altri interventi, ma ritengo che gli aspetti salienti dell'ottica di gestione di pratiche d'opposizione nei confronti del malfunzionamento delle istituzioni, sia ora sufficientemente chiaro per rendere evidente la battaglia dell'Associazione. Intendo, riportando parte di questo dibattito, sottolineare anche la fondatezza della mia opinione riguardo l'apporto proposto alla comunità scientifica antropologica.

CAPITOLO QUARTO

LE LOGICHE DI CURA: I BISOGNI, LE RISPOSTE.

Nei primi mesi della mia esperienza etnografica ho fisicamente preso posto nello spazio dell'accoglienza. La mia attività in quel momento era quella di aprire la cartella con notizie generali, facendo anche una richiesta diretta su quale fosse il giudizio, da parte dei soggetti, rispetto alla qualità delle cure nei servizi pubblici (se mai ne avessero avuto esperienza). Ho ottenuto per la gran parte risposte positive e di gradimento. A lungo ho cercato di ricevere un qualche rimando caratterizzato da perplessità o da sgradevole disagio per fatti avvenuti durante un ricovero od una visita ma, forse per reticenza dovuta ad un veloce e quasi pubblico colloquio o per reale fondamentale soddisfazione, non sono stata appagata nelle mie aspettative.

Mi sono quindi resa conto che non era mio interesse considerare e riferire sulle caratteristiche e sul valore delle risposte alla domanda di cura in questo senso e che si stava concretizzando il pericolo d'incorrere in forme di giudizio o di valutazione sulla qualità delle risposte erogate dai servizi sanitari considerati.

Osservavo invece che qualcosa mi indirizzava verso l'obiettivo di voler dare delle prove ('disvelare') di qualcosa per me noto. Gli anni passati come volontaria nell'Associazione Naga, mi hanno condotto verso una valutazione del quadro di gestione dei servizi sanitari pubblici per gli immigrati irregolari, molto critica. Ma non trovavo il modo di rendere visibili queste criticità nelle parole dei miei interlocutori che pure ne subivano gli effetti. Più avanti approfondirò la tematica che riguarda la difficoltà di 'rendere visibile l'invisibile'.

Nei mesi successivi della ricerca etnografica, ho spostato la mia attenzione sull'incontro di alcuni singoli immigrati che, arrivando al Naga per delle visite ambulatoriali accettavano poi di essere contattati da me e di rispondere alle mie domande. Ho ricostruito le loro storie e ho indagato i percorsi di cura realizzati. Non mi ha sorpreso sentir lodare l'intervento dei medici volontari dell'Associazione, che ha facile gioco nell'offrire un servizio qualificato, gratuito e attraverso persone che, disponibili all'incontro con il diverso si mostrano maggiormente tolleranti, rendendo ragione di un fondamentale apprezzamento. Invece riguardo l'intervento nei servizi pubblici. Venivano alla luce alcune problematiche, che poco avevano a che fare con la qualità dell'azione degli operatori sanitari, ma erano soprattutto riferite ad aspetti organizzativi, amministrativi o gestionali.

L'aspetto più interessante, riguarda la "logica" che muove l'intervento nelle diverse strutture, perchè questa riferisce di un modello e di pratiche d'intervento nella cura peculiari e specifiche. In tal senso l'autrice Mol (2006) è stata per me un buon riferimento nel condurmi attraverso le trame di questa analisi.

E' riuscita a suggerirmi uno spostamento dell'asse interpretativo nominando aspetti che, pur avendoli osservati faticavo a definirli, cioè la produzione delle cosiddette "logiche" che sottendono alle pratiche, e la loro impalcatura teorica a giustificazione dell'intervento.

Il termine "logica" utilizzato spesso in filosofia, ha il rischio di non essere fruibile quando si parla di 'pratiche'. Potrebbe suggerire che i fatti, siano così coerenti tra loro, da far supporre che ogni cosa sia definita da un'altra. Ma questo non è sempre vero. Inaspettatamente ci sono accadimenti nuovi e la creatività è spesso coinvolta in qualsiasi forma di pratica. Nel particolare, alcune cose sono più comprensibili di altre e gli eventi tendono ad adattarsi tra loro quando ci sono affinità. Questo è ciò che il termine 'logica' evoca secondo l'autrice in questione (Mol, 2006: pag.9).

Si potrebbe anche parlare di "stile", cioè qualcosa da esplorare come caratteristicamente appropriato, che è cioè sensato in una situazione, pertinente e coerente. La coerenza non è necessariamente comprensibile ai soggetti coinvolti, ha bisogno di essere "nominata", definita, spiegata per divenire visibile. Può essere implicita, inserita nelle pratiche, costruita, usata senza essere capita e quindi va tradotta in un linguaggio comprensibile.

Mol insiste nel voler 'decifrare' le logiche nelle pratiche, dando un senso attraverso parole che mettano a confronto, attuino delle comparazioni allo scopo di elaborare una conoscenza e delle intuizioni. Studiare le pratiche significa immergersi a lungo in una realtà di accadimenti che ispirino teorie, idee e concetti non necessariamente universalmente validi e nè lo devono per forza essere. Sono però molto specifiche di quel singolo caso. Secondo l'autrice quando ci si immerge a lungo in una particolare situazione, si acquisiscono informazioni di quella specifica situazione che non è generalizzabile, ma diviene materiale per una comparazione. Là dove ci sono differenze queste vanno analizzate e la 'logica a priori' non aiuta. Non abbiamo a che fare allora con attori ma con 'modelli'. Quello specifico caso è interessante non perchè funziona in qualsiasi situazione ma perchè è inserito in una traiettoria che offre elementi di confronto, fattori di contrasto o di riferimento per altri casi ed altre situazioni. Non è indicativo di ciò che sicuramente può avvenire, ma suggerisce adeguate questioni da porsi. Questi studi sviluppano la sensibilità per approfondire la qualità, per indicarci ciò che cambia da ciò che rimane invariato. E' così che esporrò le interpretazioni delle logiche presenti in questa mia etnografia: da quelle dei soggetti protagonisti a quelle delle strutture sanitarie da loro frequentate.

Ritengo utile descrivere le "storie di vita" di solo alcuni immigrati fruitori che frequentano l'associazione, mentre mi riferirò ad un più ampio gruppo di soggetti, con le loro problematiche di salute e le loro difficoltà, durante l'accesso e l'utilizzo dei servizi pubblici o privati accreditati.

4.1 Immigrati senza permesso di soggiorno e richieste di cura all'Associazione Naga

Le 'storie' da me considerate, rendono evidente la complessità dei comportamenti che un individuo

malato mette in campo nella ricerca di riconquistare uno stato di salute.

Il sig. Tor ad esempio, un paziente che incontrai per la prima volta nel 1998 al Naga e con il quale mantenni una continuità terapeutica per circa due anni, aveva perso ogni mio riferimento dopo che, in concomitanza con la nascita del mio primo figlio, dovetti sospendere l'attività di volontariato. Le vicende della sua vita lo portarono a molti spostamenti sia in Italia che in altri Paesi. Nel 2015 arriva a Roma in uno stato di grave malessere. Intraprende allora un viaggio a Milano appositamente per tornare al Naga con l'obiettivo di cercarmi. Da anni non facevo più volontariato in Associazione e loro non avevano miei riferimenti. Allora Tor comincia una ricerca attraverso internet e scopre che lavoro come dipendente di un'Azienda Ospedaliera nella provincia di Milano. Trova il numero di telefono del servizio e finalmente mi chiede di poterlo visitare. Questa è parte di una storia molto indicativa di un alto livello di motivazione che certi pazienti hanno nel voler mantenere una "continuità terapeutica".

Nel caso di Mej, quarantenne tunisino altro paziente intervistato, che viene ricoverato per ben due volte all'Ospedale S. Paolo per una polmonite non risolta, e visitato successivamente al P.S. dello stesso ospedale, la complessità del comportamento si evidenzia in una sorta di "diffidenza" che lo spinge a tornare a più riprese al Naga con la richiesta di farmaci e di controlli medici allo scopo di "riconfermare" le diagnosi avute negli interventi precedenti.

Molti degli antropologi che studiano i sistemi medici hanno focalizzato la loro attenzione sui comportamenti di ricerca della salute definendoli "itinerari terapeutici" (Schirripa, 2005). Anche lo scopo del mio studio è quello inizialmente di porre l'accento sui percorsi di cura. La mia ricerca parte indagando sia le modalità della "domanda", sia gli itinerari percorsi allo scopo di trovare "risposta" al proprio malessere da parte di immigrati irregolari.

Poi l'indagine si sviluppa su due livelli: nelle logiche delle istituzioni (nel paragrafo successivo), con le conseguenti loro pratiche che forse per amor della disciplina medica e in una sorta di falso "pudore" vengono poco o raramente esplicitate, e con gli immigrati nelle loro Interessanti e assolutamente non scontate logiche nelle pratiche di "reazione" ed "adattamento" (in senso darwiniano come lotta per la sopravvivenza non accettazione passiva), come conseguenza alla caratteristica "falsa" risposta istituzionale spesso non risoltrice delle problematiche da loro espresse.

Quel che l'analisi dei comportamenti degli immigrati irregolari mette in luce è innanzitutto il loro "incessante movimento" all'interno di tutte le possibili opportunità, seguendo itinerari complessi ma flessibili, impegnati nella ricerca di "una guarigione a loro avviso soddisfacente" (Beneduce, 1991: pg. 22). Rosy una paziente peruviana quasi trentenne (un'altra paziente da me intervistata) ad esempio, per la sua gastrite ricorrente ha inizialmente incontrato un medico internista che ha rivisto dopo qualche mese per la stessa irrisolta patologia. Nel frattempo però è passata da un gastroenterologo dell'Opera di S. Francesco che le ha procurato alcuni farmaci antiacidi. "Hanno pensato poi che il problema fosse la presenza di qualche ernia e quindi mi hanno inviato all'Ospedale per una gastroscopia dalla quale non risulta nulla di

anomalo. Continuo ad incontrare dottori che però non capiscono la vera causa del mio problema. Sono tornata al Naga che almeno è vicino al lavoro, e dove sono certa di poter essere visitata anche in orari serali quando gli altri ambulatori sono chiusi.” Così la facile accessibilità (McLaffery e Grady, 2005), la discreta organizzazione e la solidarietà (Padilla e Villaobos, 2007; Steward et al., 2006; Wang, 2007) espressa nella condivisione delle diverse problematiche sono spesso fattori determinanti nell'operare la scelta per il servizio di riferimento.

Gli immigranti irregolari nella ricerca di un servizio sanitario al quale possono rivolgersi, si confrontano con diverse “barriere”: la lingua, i costi, l'area in cui è sito il servizio, i mezzi di trasporto che arrivano sul luogo, il livello di coscienza della comunità d'appartenenza e la 'sensibilità' culturale (Asanin J., Wilson K., 2008).

A proposito di questo ultimo aspetto voglio citare il caso del sig. Goumri, algerino immigrato in Francia per lavoro appena terminate le scuole superiori, e poi sposatosi con una donna francese dalla quale ha avuto tre figli. Le cose però non andavano bene tra loro e lui decide dopo 14 anni di permanenza a Parigi, di partire per l'Italia arrivando a Milano ormai più di trentasei anni or sono. Questo signore di 71 anni, che si presenta con giacca e cravatta e l'aria molto distinta, spicca subito tra gli stranieri presenti in sala d'attesa. Mi viene presentato dalla psichiatra che attualmente lo sta seguendo per una “depressione reattiva” al suo stato di disabilità motoria, secondaria ad una caduta accidentale nel novembre dell'anno scorso. Si dichiara subito piuttosto reticente al colloquio con me, ma poi lasciati soli nella saletta accanto all'ambulatorio, si lascia andare: “qui mi sento a mio agio e quindi anche con te, posso venire quando voglio e c'è sempre qualcuno che può ascoltarmi. Poi quando sto male so che posso contare su bravi medici ...”

Ancora al sig. Goumri voglio far descrivere che la scelta di accedere al Naga è dettata dall'aspetto economico cioè dalla gratuità del servizio. Lui si descrive come un gran lavoratore e sempre in perfetta forma. Adesso invece, dopo la caduta sente improvvisamente tutto il peso dei suoi anni e capisce che il suo corpo sta cedendo: “Insieme al mio corpo cede anche la mia mente non ho più nulla, non ho una casa e dormo presso un dormitorio pubblico! Non ho una pensione perché ho sempre lavorato in nero: così mi chiedevano e così andava bene anche a me. E' una fortuna che qui non debba pagare!” Improvvisamente, in seguito ad una malattia relativamente grave e solo in parte debilitante, si intrecciano la comparsa di nuove patologie (la depressione, l'ipertensione,..), le abitudini penalizzanti per la propria “vecchiaia” (il non aver versato i contributi pensionistici) e la coscienza di aver utilizzato i propri soldi per un “altrove” che non lo ponesse ai margini della società (belle serate e frequenti compagnie femminili) ma la “fortuna” di un servizio sanitario gratuito.

Anche Fassin osserva che la scelta dei percorsi terapeutici “appare come il risultato di logiche multiple, di cause strutturali (sistemi di rappresentazione della malattia, posto del soggetto nella società) e di cause congiunturali (modificazione della condizione finanziaria, consigli di un vicino) che rendono vani tutti i tentativi di formalizzazioni precise” (Fassin, 1992: pg. 118)

L'operare delle scelte di cura prevede inoltre l'abilità di una scelta individuale ed indipendente, che non è solo un "ideale" delle cure sanitarie ma è un modello, un "principio" messo in atto anche nella scuola, nella crescita dei figli, nel costruire case, cuocere cibo, ecc. (Mol, 2006: pag.3). Gli ideali di una buona cura sono "silenziosamente incorporati nelle pratiche e non parlano da sole" (Mol, 2006: pag. 2) vanno esplicitate e descritte.

Vediamo ancora le modalità e quali sono i percorsi che conducono gli immigrati alle richieste di cure mediche al Naga.

Innanzitutto esiste uno scambio d'informazioni che è quello del "passa parola" (Quassoli, 2003) e che sembra sempre essere la principale fonte per l'accesso all'Associazione. "Si!" dice Sami etiope e di recente arrivo in Italia: "è stato un amico a mandarmi qui. Lui è venuto anche con la moglie e i figli. Certo si deve attendere a volte anche molto, ma mai come quando si va al Pronto Soccorso dell'ospedale". Le informazioni vengono spesso scambiate proprio all'arrivo in Stazione Centrale, ma anche tra immigrati nell'ambito lavorativo ed a volte nella rete del gruppo d'appartenenza.

Riguardo le caratteristiche dei percorsi di ricerca per la propria cura trovo interessanti le suggestioni di Mol, che parla di una differenza tra le modalità 'occidentali' nell'operare delle scelte in modo "autonomo" e le modalità degli 'altri' che si rifanno alle scelte delle 'loro comunità' (religiose, tradizionali, ecc.). Questo è spesso vero ed ho anche rilevato il fatto che gli immigrati frequentanti l'Associazione richiedono spesso, al personale medico, interventi terapeutici e l'uso d'opportunità tecnologiche – strumentali che si discostano molto dalle loro tradizionali modalità di cura. Quando Soledad, ecuadoregna poco più che trentenne già in Italia da qualche anno, chiede ripetutamente una Tac celebrale per le sue insistenti "emicranie croniche", non si accontenta di ipotesi interpretative di carattere psicologico che rimandano a possibili legami interrotti con i propri parenti in Ecuador, ma chiede e rivendica un diritto di proporre e di accedere ad interventi d'indagine di tipo occidentali. Sia nel merito (poter usufruire di tecnologie migliori) che nel metodo (sostenendo richieste di operare scelte individuali) questi soggetti sono diversi rispetto ai loro connazionali in Patria. Anche Mohamed, egiziano ventottenne, chiede un risonanza "alla testa" perchè "non è possibile che un musulmano possa sentire così forte il desiderio di bere anche solo una birra tutte le sere con gli amici", quando torna a casa dopo giornate di 8 o 10 ore lavorative come manovale.

La questione centrale per Mol è se le persone, quando sofferenti e malate, siano in grado di poter operare delle scelte in modo autonomo. L'autonomia è valutata non sulle possibili abilità soggettive, ma sulle 'pratiche' messe in atto da questi soggetti. Viene da lei considerato il momento della scelta (in campo sanitario come in altri campi), studiandone le modalità attraverso l'indagine della 'logica' di cura. L'osservazione è stata condotta indagando non ciò che loro desiderano ma ciò che loro fanno per ottenere una guarigione, e come essi si adoperano per raggiungerla. L'autrice osserva che i programmi terapeutici spesso sono impegnativi e che tengano poco in considerazione le possibili difficoltà per i pazienti. Come è capitato al sig. Goumri che ha dovuto autonomamente cercarsi una "stampella" quando dimesso dal

reparto di ortopedia, e arrivato al Naga come poteva, aspettare che nella giornata attraverso un passa parola, ne arrivasse una da qualche volontario .

Tra i criteri che gli studi di Asanin J. (2008), Ahmad et all. (2004), Deri (2005), O'Mahony et all. (2007) identificano come “discriminanti” per la scelta di un servizio sanitario, c'è quello legato alla lingua. E' un aspetto importante di cui tenere conto anche nell'incontro con gli immigrati frequentanti l'Associazione Naga, sia nel primo contatto per la stesura della cartella clinica, che poi durante l'incontro con il medico. In generale con i volontari, gli immigrati non usano quasi mai la loro lingua, ad eccezione degli stranieri di lingua spagnola che hanno l'agio di comprendere e farsi comprendere senza grosse difficoltà. Prevalentemente viene utilizzata la lingua veicolare (imposta dai colonizzatori europei): il francese, l'inglese o lo spagnolo (Schirripa, 2005). Abbastanza frequentemente tuttavia, ci si affida alla traduzione estemporanea e al lavoro paziente di qualche “interprete” occasionale chiedendo tra le persone presenti nella sala d'attesa di quella giornata. La gentile disponibilità da una parte e la tolleranza ad accettare la presenza di un “terzo” sconosciuto, risponde all'immediato bisogno e necessità di aiuto per coloro che arrivano all'Associazione poco dopo l'accesso in Italia e problematizza la tematica sulla privacy rendendola un inutile suppellettile del “diritto del cittadino”. A domanda diretta Abdu risponde: “no, no è problema per me se lui traduce. Lui parlare italiano meglio, lui aiutare, lui capire medico e dire me cosa devo fare “

Il perdurare dell'uso della lingua veicolare, osservato in questi ultimi anni, indica l' aspetto di marginalità sociale nel quale l'immigrato irregolare finisce o semplicemente è ritornato. Lo scarso italiano che a fatica questi immigrati sono riusciti ad apprendere, parla anche della insufficiente adesione alle diverse opportunità offerte per corsi di lingua italiana per stranieri, legata forse alle difficoltà organizzative nell'alternanza scuola-lavoro o forse dovuta ad una reticenza nel volersi veramente integrare.

Ritornando all'analisi delle “barriere” che l'immigrato incontra nella ricerca di un servizio di cura Asanin (2008) parla della 'sensibilità culturale' . Strettamente legata alla lingua, la sensibilità culturale è un fattore di rilievo quando si parla di 'comunicazione' e di 'comprensione' tra interlocutori. Quando il sig. Goumri afferma: “vengo al Naga perché mi trovo bene, perché quando chiedo una visita non ho bisogno di una ricetta che dica che ho bisogno di una visita, vedo il dottore e basta! Qui capiscono i miei bisogni e la gente sa quanto noi immigrati soffriamo per tante cose, non solo per le malattie” sta parlando di una barriera d'accesso riscontrata nei servizi pubblici, che riguarda la burocrazia da un lato e la 'sensibilità nel comprendere', da parte degli operatori, quanto la malattia sia parte di una vita dalle già numerose difficoltà.

Sul tema della comprensione hanno parlato e scritto molti autori ma qui voglio soffermarmi su due suggestioni di Piasere che trovo interessanti ed originali. Il “prendere dentro” (Jasper, 1958) della comprensione viene espresso da Piasere, attraverso il termine 'perduzione', che così descrive:

“Il concetto di perduzione o metodo perduitivo rimanda ad una acquisizione incoscia o conscia di schemi cognitivo-esperienziali che entrano in risonanza con schemi già precedentemente interiorizzati,

acquisizione che avviene per accumuli, sovrapposizioni, combinazioni, salti ed esplosioni, tramite un'interazione continua, ossia tramite una co-esperienza prolungata in cui i processi di attenzione fluttuante e di empatia, di abduzione e di mimesi svolgono un ruolo fondamentale (...) Il termine dall'aria un po' scienziata per quello che vuole illustrare, etimologicamente vuol rimandare a un "capire attraverso una frequentazione" (Piasere, 2002: pg. 56).

Molto interessante l'idea della 'risonanza di schemi' tramite l'interazione dei soggetti nell'esperienza di frequentazione', che porta alla comprensione empatica delle emozioni altrui non solo attraverso le parole. Uno dei meccanismi per intendere la comprensione empatica delle emozioni è quello relativo al modello fisico dei "neuroni specchio".

Rizzolatti e colleghi (2006) hanno scoperto che nella corteccia dei macachi esistono neuroni che si attivano sia nel momento in cui compiono un'azione, sia quando vedono o sentono la stessa azione compiuta da altri. Nell'uomo, con tecniche meno invasive (TMS e fMRI) si sono notate attivazioni simili ipotizzando che questi neuroni specchio, codifichino atti motori transitivi ed intransitivi, senza la necessità di un'effettiva interazione con l'oggetto ma anche semplicemente quando questi atti sono "mimati". L'azione prevalente però è quella legata "alla comprensione delle azioni altrui" (ibidem) arrivando fino alla comprensione delle emozioni altrui: "la comprensione immediata, in prima persona delle emozioni degli altri, che il meccanismo dei neuroni specchio rende possibile, rappresenta il prerequisito necessario per quel comportamento empatico che sottende larga parte delle relazioni interindividuali" (ibidem). Riferendosi alla scoperta, Piasere (2009) ci sollecita, ed io condivido, a non lasciare questa tematica delle neuroscienze nelle "sole mani dei neuroscienziati", in quanto "queste scoperte aprono ad argomenti ben più ampi della sola apparente discussione neuronale".

In conclusione la comprensione delle problematiche espresse dai pazienti passa attraverso una comunicazione che va oltre la semplice lingua. Al Naga si osserva una certa attenzione a mettere l'immigrato a proprio agio utilizzando occasionali interpreti. Tuttavia la lingua non deve ritenersi il mezzo privilegiato o la priorità da affrontare nella relazione tra operatori ed utenti.

4.2 "Parole piene" e "parole vuote": il loro 'peso' tra leggi e realtà

In questo capitolo, a proposito dell'uso delle parole, intendo analizzare e descrivere quello che chiamo "peso" in quanto elemento/caratteristica di realizzabilità o meno di qualcosa espressa verbalmente. Se le parole sono "piene" il loro peso le trascina in un 'precipitato' pragmatico e concreto visibile nelle pratiche che si realizzano. In opposizione, se sono "vuote", rimangono sulla carta o nell'aria come echi che sfumano e si disperdono.

Nel loro testo del 1986 "Le sans du mal" Augè e Herzlich fanno un preciso riferimento al sapere

medico come soggetto coinvolto nel processo di produzione della malattia in quanto situazione particolare contraddistinta dal marchio della devianza: la norma è il benessere. In quest'ottica il medico non esplicita solo uno stato di malattia ma lo crea. Questo c'informa del peso che hanno le parole nel linguaggio tecnico medico ma anche dei risvolti operativi all'interno del contesto sanitario. Mary Douglas seguendo l'impostazione di Durkheim rispetto al rapporto tra individuo e comunità sottolinea, in aggiunta, che anche le istituzioni influenzano oltre al contenuto delle rappresentazioni anche lo stesso modo di funzionare delle menti individuali: gli individui sono in grado di prendere decisioni più importanti solo all'interno dei confini che le istituzioni hanno creato .

Ritengo importante a questo riguardo esporre quindi qui di seguito, tutte le leggi e il significato dei codici inerenti all'ambito di cura sanitaria per gli immigrati senza permesso di soggiorno. Questo materiale rientra spesso nell'ambito delle "parole vuote", come poi sostengo attraverso la descrizione delle pratiche e la realtà dei fatti nel territorio lombardo-milanese.

L'articolo 32 della Costituzione italiana sancisce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e prevede la garanzia di cure gratuite agli indigenti. In coerenza con questi principi, in Italia l'accesso alle cure è garantito a prescindere dalla condizione giuridica di un individuo e quindi anche ai cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno, secondo quanto previsto dall'articolo 35 del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche (d'ora in poi "Testo Unico sull'Immigrazione"). Nello specifico, "uno straniero anche irregolarmente presente sul territorio nazionale potrà comunque usufruire delle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, ancorché continuative utilizzando il codice Straniero Temporaneamente Presente (STP)".

La Corte Costituzionale ha affermato che le previsioni contenute nell'articolo 35 del Testo Unico Immigrazione ⁴ (con riferimento alle cure non solo urgenti ma anche essenziali) costituiscono garanzia di "un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana", rispetto al quale non sono ammessi bilanciamenti con altri valori, quali il contenimento della spesa pubblica, né discriminazioni, in ragione della regolarità o meno del soggiorno⁵

Quanto ai cittadini comunitari che non abbiano una copertura sanitaria o i requisiti per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), anche ad essi è garantito il diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti. Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative a: minori, donne in gravidanza, vittime di tratta e vittime di schiavitù. Inoltre ai cittadini comunitari non "in regola" sul territorio italiano sono garantite, "anche per motivi di sanità pubblica nazionale", le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive⁶

⁴Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286

⁵Corte Costituzionale, Sentenza n. 252 del 5/7/01. Si veda anche Corte di Cassazione, Sez. I Civile, Sent. n. 20561/2006 Cassazione civile, sez. I, 24 gennaio 2008, n. 1531 Cons. di Stato, Sent. n. 5286/2011 Cons. di Stato, Sentenza n.4863/2010.

⁶Circolare del Ministero della Salute emanata in data 19 febbraio 2008.

La realtà è ben diversa, in particolare in Lombardia. I cittadini stranieri extracomunitari senza permesso di soggiorno, subiscono frequentemente discriminazioni che si riflettono molto negativamente sulle loro condizioni di salute. Nei fatti, molte persone, anche con patologie gravi, non sono assistite adeguatamente.

Il Naga ha raccolto in forma anonima la documentazione clinica dei casi di pazienti stranieri irregolari che si sono presentati all'ambulatorio e per i quali gli ospedali milanesi e limitrofi non hanno applicato quanto previsto dal Testo Unico sull'Immigrazione.

L'Associazione ha deciso di occuparsi degli ospedali perché, malgrado quanto previsto dalle norme di legge, non esistono, in Lombardia, strutture di medicina di base dedicate ai cittadini stranieri irregolari. Quando è stato possibile, i medici del Naga hanno cercato di risolvere il problema di salute del paziente inviandolo nuovamente agli ospedali pubblici, contattando telefonicamente il personale delle strutture o inviando lettere ai primari dei reparti interessati e alle direzioni sanitarie degli ospedali.

I cittadini stranieri extracomunitari che non hanno il permesso di soggiorno hanno diritto a ricevere il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), così come stabilito dall'articolo 35, comma 3 del Testo Unico Immigrazione, nei presidi pubblici e accreditati di ogni ASL, "le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989;
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente bonifica dei relativi focolai".

La Circolare Ministero della Sanità, n. 5 del 24 marzo 2000 e il D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394, Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 definiscono meglio cosa si intenda per:

- 1 cure urgenti: cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona;
- 2 cure essenziali: le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

Agli stranieri non in regola con le norme relative al soggiorno in Italia, ma che abbiano bisogno di cure

“urgenti ed essenziali” deve essere attribuito, in sede di prima erogazione dell'assistenza, il codice identificativo alfanumerico di sedici caratteri, individuale (STP), riconosciuto su tutto il territorio nazionale. Il rilascio del codice STP ha validità semestrale ed è rinnovabile. Al momento dell'assegnazione del codice, se il destinatario della prestazione è indigente, bisogna far sottoscrivere “l'autocertificazione di indigenza”. In questo modo il paziente sarà esonerato dalla partecipazione alla spesa. Sulle ricette rosse che prescrivono farmaci o visite dovrà dunque essere indicato l'apposito codice di esenzione X01, che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata. Anche la dichiarazione di indigenza, come il codice STP, ha validità semestrale.

Importante ricordare che l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto (articolo 35, comma 5, Testo Unico Immigrazione).

C'è poi la sigla CSCS (Comunitari Senza Copertura Sanitaria) che viene attribuita ai cittadini comunitari che fanno parte dell'Unione Europea, di quei Paesi dello Spazio Economico Europeo – SEE (Norvegia, Liechtenstein, Islanda), della Svizzera e della Repubblica di San Marino.

Vediamo qui di seguito chi può iscriversi al SSN:

1. Per soggiorni inferiori ai tre mesi l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non viene effettuata, tranne che per i lavoratori stagionali.
2. Chi soggiorna per più di tre mesi si deve iscrivere al SSN se:
 - è un lavoratore subordinato o autonomo dello Stato;
 - è familiare, anche non cittadino dell'UE, di un lavoratore subordinato o autonomo dello Stato;
 - è familiare di un cittadino italiano;
 - è in possesso di un'attestazione di soggiorno permanente maturata dopo almeno 5 anni di residenza in Italia;
 - è un disoccupato iscritto nelle liste di collocamento o iscritto a un corso di formazione professionale;
 - è titolare di uno dei seguenti formulari comunitari (certificazione del Paese di provenienza attestante il diritto alle prestazioni sanitarie): modelli E106, E109 (o E37), E120, E121 (o E33).
3. La Regione Lombardia, con circolare H1.2014.0020053 del 05.06.2014, ha esteso l'iscrizione volontaria (= a pagamento) al SSR ai cittadini comunitari in analogia con le modalità vigenti previste per la popolazione straniera, senza però definire specifici requisiti da applicare alla “categoria” dei comunitari.

Le ASL di Brescia e Milano avrebbero adottato come interpretazione, anche in assonanza con quanto disposto dall'Accordo Stato – Regioni del 20.12.2012, la seguente: dato che tra i requisiti previsti per i cittadini extracomunitari (ai sensi dell'articolo 34 Testo Unico Immigrazione) c'è quello del regolare soggiorno sul territorio italiano, questo stesso requisito è richiesto al cittadino comunitario che voglia iscriversi volontariamente al SSR. Ora, visto che un cittadino comunitario non deve chiedere il permesso di

soggiorno, cosa significa “regolare soggiorno”? Significa che la persona che è in Italia da più di 3 mesi deve procedere all’iscrizione anagrafica (= residenza) e per farlo deve dimostrare di avere “risorse economiche sufficienti” e “assicurazione sanitaria” (articoli 7 e 9 del D.Lgs. 6 febbraio 2007 n. 30).

Il cittadino comunitario “regolare” (secondo quanto appena spiegato) e che non sia in possesso di altra copertura sanitaria e che non rientri nelle categorie iscrivibili obbligatoriamente al SSR può accedere all’iscrizione volontaria al SSR pagando il contributo di 387,44€/anno (dall’1 gennaio al 31 dicembre) – o altre cifre a seconda della sua situazione (219,49€ per lavoratori alla pari; 149,77€ per studenti o cittadini che partecipano a programmi di volontariato).

La ASL di Brescia precisa che, da quando il cittadino comunitario procede all’iscrizione anagrafica (necessaria per essere regolare), gli verrà chiesta anche l’assicurazione sanitaria (per avere la quale, a pagamento, deve però avere la residenza!), e basterà dimostrare di avere un domicilio per procedere all’iscrizione al SSN, che servirà poi appunto a chiedere la residenza.

Infine, secondo la suddetta Circolare H1.2014.0020053 del 05.06.2014, i cittadini comunitari genitori di minore italiano, laddove non esistano già altre condizioni che ne consentano l’iscrizione al SSN, hanno diritto all’iscrizione obbligatoria al SSN, anche a titolo gratuito se il genitore dichiarasse di non essere in grado di poter pagare l’iscrizione.

In generale, i cittadini comunitari che si trovano in Italia (anche se non iscritti al SSN), hanno diritto agli stessi livelli di assistenza di cui usufruiscono gli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale nei seguenti limiti:

- a. i titolari di TEAM⁷(o attestato equipollente) hanno diritto alle sole prestazioni medicalmente necessarie;
- b. i titolari di modelli E106 (lavoratori, studenti) e E121 (pensionati) hanno diritto all’assistenza sanitaria completa;
- c. completamente parificati agli iscritti al SSN sono coloro che svolgono attività lavorativa sulla base di un contratto di diritto italiano;
- d. godono dell’assistenza sanitaria, con iscrizione al Servizio Sanitario nazionale, anche alcune fasce di popolazione particolarmente vulnerabili come le persone vittime della tratta o le vittime di schiavitù.

Per i casi non coperti dalla TEAM e in assenza dei formulari sopraelencati, i cittadini dell’UE, qualora non indigenti, sono tenuti a stipulare una polizza assicurativa privata. Rimangono al di fuori di questo quadro quei cittadini comunitari che sono presenti sul territorio nazionale ma che sono privi di copertura sanitaria, in quanto non risultano assistiti dagli Stati di provenienza (non hanno quindi tessera TEAM o

⁷ Tessera Europea di Assicurazione Malattia. Essa viene rilasciata, in Italia, salvo alcune eccezioni, dall’1 novembre 2004 a tutte le persone iscritte e a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) in possesso della cittadinanza italiana che hanno la residenza in Italia. La tessera TEAM è di fatto un attestato che garantisce il diritto alle prestazioni durante il soggiorno temporaneo in uno dei Paesi dell’Unione Europea o in uno degli stati che aderiscono allo Spazio Economico Europeo (Svizzera, Liechtenstein, Norvegia, Islanda). Questa tessera sanitaria va richiesta al proprio Paese e il rilascio è subordinato alla sussistenza di specifici requisiti, nel caso della Romania ad esempio è possibile ottenerla solo se il cittadino abbia versato almeno 5 anni di contributi al Fondo nazionale di Sanità, pari a circa 900 euro.

certificato sostitutivo) e non hanno i requisiti per l'iscrizione al SSN. Essendo cittadini comunitari questi soggetti non hanno più diritto ad essere assistiti con l'erogazione del codice STP. A loro dovrebbe comunque essere garantita la tutela della salute in base ai principi di solidarietà e universalità del Servizio sanitario nazionale (articolo 35 Testo Unico sull'Immigrazione).

La Circolare Ministero della Salute del 19 febbraio 2008, riguardo le precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia, afferma che:

“Come si è detto, rimangono al di fuori di questo quadro, quei cittadini comunitari privi di copertura sanitaria e presenti sul territorio nazionale. Al riguardo, ferme restando le competenze in materia sanitaria di spettanza regionale, si è del parere che il decreto legislativo 30/2007 debba essere armonizzato con le norme di principio dell'ordinamento italiano che sanciscono la tutela della salute e garantiscono cure gratuite agli indigenti (articolo 32 Costituzione), dai cui principi discende il carattere solidaristico ed universale del Servizio Sanitario Nazionale”.

Pertanto, come sottolineato nella nota informativa del 3 agosto 2007, i cittadini comunitari hanno diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti. Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative:

- alla tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989;
- alla tutela della maternità, all'Interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN.

Infine, devono essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale [...] Le regioni sono invitate ad assicurare alle aziende sanitarie ed ospedaliere un adeguato supporto per una omogenea e uniforme applicazione della normativa vigente al fine di assicurare ai propri cittadini una piena tutela del diritto alla salute”.

Per poter realizzare quanto previsto dalla normativa vigente (e cioè garantire anche ai cittadini comunitari, privi di copertura sanitaria, le cure indifferibili e urgenti), alcune Regioni hanno previsto un codice, simile all'STP, ma chiamato ENI (Europeo Non Iscritto) da indicare su ricettario rosso per le richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali, ospedaliere e farmaceutiche. Anche l'Accordo Stato Regioni del 21/12/2014⁸ prevede che la prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti dei cittadini comunitari privi di copertura sanitaria vengano effettuate “con l'utilizzo di un codice regionale che, secondo quanto già avviene in 13 Regioni e P.A. può essere denominato ENI (Europeo Non Iscritto), anche ai fini della tracciabilità delle prescrizioni”.

⁸ Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Nonostante l'impegno preso con la firma del suddetto Accordo, la Regione Lombardia non ha ancora previsto l'erogazione del codice ENI per i cittadini comunitari non iscritti e non iscrivibili al SSN. L'unico riferimento "normativo" è la Circolare n.4/SAN 2008 del 27 marzo 2008, Giunta Sanità, che prevede che i cittadini comunitari presenti sul territorio nazionale e privi di copertura sanitaria abbiano diritto alle prestazioni indicate dall'articolo 35 del Testo Unico sull'Immigrazione, tra le quali le prestazioni relative alla tutela della salute dei minori, alla tutela della maternità, all'interruzione volontaria di gravidanza, alle campagne di vaccinazione e agli interventi di profilassi internazionale. La Circolare prosegue dicendo che delle prestazioni erogate ai cittadini comunitari privi di copertura sanitaria deve essere tenuta una contabilità separata e che per le prestazioni di ricovero si debba indicare la sigla CSCS (Comunitario Senza Copertura Sanitaria) Si tratta dunque di una sigla, e non di un codice alfanumerico individuale (come STP ed ENI) da scrivere sul retro delle ricette rosse per classificare i ricoveri ospedalieri di questi pazienti, non per dare loro accesso agli ambulatori medici pubblici o al ricettario regionale per esami diagnostici o per terapie.

La Regione Lombardia ha dunque emanato una circolare con la quale stabilisce che i cittadini comunitari hanno diritto alle prestazioni indicate dall'articolo. 35 del Testo Unico sull'Immigrazione, ma, a differenza di altre Regioni, non ha definito le modalità con le quali questo diritto possa essere garantito. Conseguenze di questa lacuna sono state il nascere di prassi diverse nei diversi ospedali della Regione e quindi trattamenti differenziati nei confronti dei pazienti comunitari, i quali vengono nella maggior parte dei casi respinti dagli ospedali.

Molti cittadini stranieri rivoltisi a strutture private accreditate, non ricevevano da loro la prescrizione di farmaci o prestazioni ambulatoriali su ricetta rossa il che c'informa di un altro problema, di tipo squisitamente legale amministrativo, ma che ha una pesante ricaduta sulla 'continuità terapeutica'. In questo tipo di ospedali, "il corretto utilizzo del ricettario è definito dalla DGR n. 9581 dell' 11 giugno 2009. Nella stessa si stabilisce che l'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale con l'utilizzo dei ricettari del SSN è autorizzata esclusivamente a favore di assistiti lombardi". Nella DGR n. 9581 si legge che la Giunta ha deliberato di abilitare i medici di Strutture Sanitarie di diritto privato accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale "all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di assistiti lombardi con l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale"⁹.

In conseguenza di ciò, un paziente non "lombardo" che acceda ad una struttura privata accreditata riceverà cure immediate ma non potranno essergli rilasciate impegnative con prescrizioni di farmaci o prestazioni. Tra i pazienti non "lombardi" la Regione Lombardia fa rientrare i cittadini stranieri irregolari, i quali a differenza di un cittadino italiano residente in altra Regione, non hanno un medico di base al quale

⁹ Il Direttore Generale ASL Milano G. Walter Locatelli e il Direttore del Dipartimento SSB Cure Primarie, dottoressa Gemma Lacaita, in risposta al quesito avente per oggetto: richiesta di riconoscimento di prescrizioni mediante ricettario SSR ai cittadini stranieri in possesso del modulo STP da parte delle strutture ospedaliere private Accreditate.

rivolgersi per le prescrizioni.

La situazione paradossale che si presenta di frequente nell'ambulatorio dell'Associazione è quella di cittadini regolarmente seguiti da strutture private accreditate a seguito di accesso tramite Pronto Soccorso, ma impossibilitate a proseguire le cure in quanto la struttura non può effettuare prescrizioni su ricettario SSR. Ciò determina un'interruzione di cure a volte essenziali, e spesso difficili passaggi ad altre strutture pubbliche senza alcun risparmio dei costi per la Regione e notevoli disagi per i pazienti bisognosi di cure.

Ci sono poi i casi delle strutture del privato sociale (come l'Opera di S. Francesco) che invece possono effettuare prescrizioni su ricettario SSR, a cittadini non "lombardi", pur non essendo strutture pubbliche.

Di fronte a queste incongruenze, il Naga ha chiesto più volte alla Regione Lombardia di prendere provvedimenti per poter modificare quanto deliberato con la suddetta DGR, attribuendo alle strutture ospedaliere private convenzionate la facoltà di utilizzare i ricettari SSR, ponendo così fine ad un percorso di cura estremamente difficoltoso per tali pazienti. Non avendo però ricevuto alcun riscontro, l'Associazione intende utilizzare azioni legali. E' questa la modalità prevalente che il Naga ha recentemente (da qualche anno) scelto di utilizzare nelle sue "battaglie sui diritti". Dopo anni di assemblee pubbliche, manifestazioni, interventi nei dibattiti e articoli su molte riviste, la scelta attuale è quella di intraprendere percorsi legali contro istituzioni o strutture pubbliche. Questo a partire dalla difesa legale contro alcune espulsioni forzate che immigrati irregolari si trovavano a dover gestire senza alcuna tutela. E' così che è nato un percorso parallelo di denuncia: queste le "parole piene" che divengono "fatti".

4.3 Percorsi di passaggio tra Associazione e istituzione pubblica: le logiche di cura tra i codici STP – X01 e i meccanismi di reazione e opposizione.

Ogni peculiare e soggettiva richiesta di cura, viene affrontata da parte delle istituzioni o dei professionisti della salute, con modalità e meccanismi che intendono semplificare (e di fatto appiattare) la domanda, oltrechè naturalmente, la risposta terapeutica. Di fatto allora la scelta di restringere il numero delle storie di vita e delle relative problematiche legate alla salute, ha lo scopo di porre l'accento sulla specificità del percorso di cura e sulle "pratiche". Le caratteristiche della "risposta" da parte delle istituzioni e le conseguenti pratiche di "reazione" ed "adattamento" di questi immigrati sono gli aspetti che qui affronterò.

I percorsi intrapresi dagli immigrati che, inviati dal Naga, fanno richiesta di cura ai servizi sanitari pubblici rendono chiare ed evidenti le risposte istituzionali.

Ritengo, le suggestioni di Mol, interessanti per descrivere ed interpretare alcuni meccanismi nelle risposte delle istituzioni. Nell'occasione di un suo intervento chirurgico la ricercatrice ha esclamato ad un'infermiera, sperando in una sua solidale complicità, : "speriamo vada tutto bene!". La risposta ricevuta è

è stata purtroppo sgradevolmente perentoria: “è lei che ha optato per questo tipo d'intervento, qualsiasi conseguenza sarà solo dovuta a questa sua scelta”. In questo caso la domanda lecita che lei si è posta è stata: “ma la 'proposta' di una cura è una “discreta” forma di 'potere'”? (Mol A., pg.XII) La 'logica' in gioco è la scelta terapeutica che rimane 'formalmente nelle mani' del paziente. Se qualcosa dovesse andare male, il peso del cattivo risultato ricadrebbe tutto sulle spalle dell'utente e non su chi consiglia e pratica la cura.

Le interpretazioni dell'autrice sulle logiche di cura, non riguardano i fruitori (immigrati o autoctoni), ma le logiche nelle risposte delle istituzioni sanitarie.

Il problema del peso di scelte individuali è ancora maggiore, a mio parere, nel caso in cui i soggetti siano stranieri irregolari. Infatti, al di là che sia lecito chiedersi quanto sia autonoma ed indipendente una scelta di cura in generale, è interessante osservare come il peso della responsabilità di questa scelta viaggi, con tutta la sua rilevanza, nelle ipotetiche scelte soggettive.

Un altro meccanismo nelle logiche dell'operare delle istituzioni è la non sempre realistica giustificazione di una 'disfunzione organizzativa' che invece occulta una logica di deliberate scelte politiche, che utilizzano accuse di un mal funzionamento del personale (“scusi ma gli infermieri non mi hanno comunicato”) o di un disattento (facile preda) fruitore del servizio (“guardi che questa informazione è scritta in un cartello all'entrata del Pronto Soccorso!”).

L'ingerenza delle politiche d'esclusione degli immigrati irregolari dai servizi sanitari, passa attraverso direttive non chiare scritte sulle normative vigenti. In pratica viene data delega formale agli operatori (medici o infermieri) dei servizi di operare 'secondo coscienza', assumendosi però anche la responsabilità nelle disfunzioni a carico degli immigrati.

Oltre a direttive non chiare c'è la disinformazione sulle norme di gestione degli interventi a carico degli immigrati irregolari. L'incertezza che queste visite vengano riconosciute come prestazioni e quindi pagate dal Servizio sanitario nazionale all'Azienda Ospedaliera, mette gli operatori in difficoltà. L'intervento terapeutico non è più cura ma attenzione alla 'spesa'. Allora, è nell'incertezza di accedere al “rimborso regionale” che si gioca il ricatto economico. Questo ha lo scopo di ottenere, nei servizi sanitari pubblici, la rigida e pedissequa adesione da parte dei dipendenti, alla pratica della 'sospensione' o 'prestazione al ribasso' della cura per gli immigrati irregolari.

L'obiettivo diventa anche quello di ottenere dai lavoratori identificazione e adesione agli obiettivi dell'azienda condividendone la “cultura d'impresa”. Per Cuhe (2003) in questa accezione della parola cultura, si attua una forma di manipolazione ideologica del concetto antropologico di “cultura” allo scopo di legittimare l'organizzazione del lavoro all'interno dell'ottica aziendale ospedaliera.

Interessante l'incontro, avvenuto all'Ospedale S. Carlo di Milano, tra alcuni medici ed operatori volontari del Naga e i dirigenti dell'Azienda Ospedaliera: la responsabile del Cup (Centro Unico Prenotazioni), il direttore sanitario, la responsabile del Pronto Soccorso e la responsabile Ufficio Spedalità. “Abbiamo notato” è l'incipit del dott. Signorelli “che in diversi ospedali milanesi c'è qualche problema con

l'applicabilità della normativa nazionale nella produzione del codice STP ed in generale c'è molta discrezionalità, vi risulta?"

"Noi non abbiamo un ufficio dedicato come a Niguarda" risponde il direttore sanitario "ma gli operatori agli sportelli, dovrebbero sapere perchè la normativa è pubblicata. Noi abbiamo avuto più spesso problemi con i rumeni perchè essendo comunitari non possono avere il codice STP ma il CSCS ¹⁰ e quindi la visita non ci viene rimborsata. Per gli altri normalmente il codice STP viene fornito dagli infermieri al Triage del Pronto Soccorso. Abbiamo fatto delle riunioni con gli infermieri per questa nuova situazione".

"Noi possiamo se volete" interviene l'operatore del Naga "offrirvi degli incontri di formazione per il personale. Ma volevo chiedere: "e' possibile per un nostro immigrato accedere ad una visita ambulatoriale con la nostra ricetta bianca? All'Ospedale di Niguarda questa è una procedura accettata!"

"Non so " ribatte la responsabile del cup "è una procedura che direttamente non ci fa accedere al rimborso anche perchè lo specialista non si può autoprescrivere. E' vero è improprio il passaggio in P.S. ma la Regione ha detto chiaramente: 'si la visita in P.S. e il ricovero, no ricetta rossa per farmaci e ambulatorio'. E' già stato avviato un contenzioso con la prefettura per questo!". "Ciò che garantisce il corretto andamento delle procedure" continua il direttore sanitario "sono le regole non la buona volontà di un singolo operatore".

Il sistema sanitario occidentale è dotato di una sua organizzazione interna complessa, con un sapere che non è solo legato all'impostazione biomedica ma anche a scelte organizzative, all'interno delle quali pratiche e saperi medici si intersecano con tempi e ritmi di un'organizzazione denominata Azienda. Questa prefigura un assetto organizzativo preciso che determina una vera e propria "cultura d'impresa". Il termine apparso intorno agli anni ottanta, è comunemente usato all'interno del mondo economico per sottolineare il fattore umano della produzione. Scompaiono a questo punto quei possibili riferimenti legati all'interpretazione della malattia quali l'illness , la disease e la sickness, se mai fossero realmente stati considerati. L'intervento nella cura travalica questo panorama di senso e si focalizza sul complicato intreccio di "valorizzazione" e "quantificazione economica" dell'intervento terapeutico.

Una volta promulgata una legge e la sua normativa, la verifica di quanto sia realisticamente fattibile sul piano concreto avviene, a volte, solo a posteriori. A volte quindi, per ragioni e logiche d'opposizione e di critica ad un sistema prevaricante (non attento ai diritti), soggetti o gruppi di soggetti s'accordano per valutare e informare sulle criticità e sulle caratteristiche d' inadeguatezza di leggi. Questo è spesso ciò che si realizza nell'associazione Naga riguardo le leggi in ambito sanitario a salvaguardia dei diritti per gli immigrati senza permesso di soggiorno. Ad esemplificare quanto detto, riporto il dibattito avvenuto durante un'Assemblea del Naga del giugno 2016. Il Presidente Naga introduce l'argomento:

"Assistiamo sempre più al cambiamento del fenomeno migratorio: a Milano i nuovi immigrati non si vogliono fermare e quindi non vengono al NAGA. Ci sono poi i migranti economici che sono molto meno

¹⁰ Il codice STP – cittadini extracomunitari e codice CSCS per cittadini comunitari (vedi approfondimenti descritti prima)

sostituiti dai profughi attuali. L' Europa ha portato all'esterno i confini dei singoli stati verso hot spot sui mari o ai limiti estremi dei paesi confinanti con l'esterno. I discorsi sull'immigrazione sono semplificati ed impoveriti. I rari soggetti che arrivano a Milano possono poco sull'autodeterminazione. Per la stessa sua politica in generale, l'Associazione rischia di essere isolata e deve invece essere capace di attivare nuove energie altrimenti si perde la ricchezza del lavoro associativo . Stasera sollecitiamo le proposte e se ci sono quesiti chiedete. E' un'associazione fai da te, si deve fare auto promozione, poi si scrive al direttivo e se la proposta ha ampio respiro, si va in assemblea se ne parla e se l'assemblea è d'accordo si attiva il progetto. Il 1998 con le leggi Turco Napolitano e poi Bossi Fini, è stato l'anno di costruzione della gran parte dei nostri gruppi poi operanti”.

Fanny, socia Naga del gruppo accoglienza e formazione nelle scuole, interviene: “il nostro è un gruppo che mi fa divertire oltre che essere utile. E' il gruppo per le scuole con un format: media inferiori e superiori. Speriamo di essere noi (osservatorio, ecc.) a proporre alle scuole nuovi orizzonti. Anche la 'fucina' (delle idee) è ricca di proposte dei singoli ma è importante farlo insieme”.

Riccardo, socio dello sportello legale, prosegue: “dirompenti sono le novità delle migrazioni a cui stiamo assistendo e già vediamo la crisi delle istituzioni europee creata dagli atti di resistenza dei profughi..... dobbiamo anche ripensare alla relazione con altri soggetti che si occupano di migranti presenti sul territorio con i quali stiamo relazionandoci sempre di più”.

Samina (del gruppo osservatorio), interviene: “abbiamo chiesto e parlato con i singoli immigrati ed abbiamo creato il Report X01 che poi è stato pubblicato”.

Miriam, del gruppo camper esterno notturno via ferrari-ripamonti soprannominato 'Cabiria', prende la parola: “Cabiria sta formando un'idea politica su alcune tematiche importanti come per es. la prostituzione ed è necessario pubblicizzare”.

Fausto, del gruppo accoglienza, prosegue: “spesso si è parlato dell'inerzia dell'Associazione ma la collaborazione fra i tanti gruppi interni è produttivo. Da fuori si vede che c'è bisogno di aprirsi e pubblicizzare”.

Pietro, presidente del Naga, afferma:

“Per astratto, noi sottovalutiamo la forza oggettiva dell'immigrazione e rimaniamo nella prospettiva della relazione d'aiuto viziato dalla nostra solita opinione di superiorità occidentale e d'aiuto verso soggetti più deboli. Ma come associazione siamo ancora al rapporto soggettivo, mentre dovremmo dare un senso più ampio e un apporto sui grandi temi dell'immigrazione. Per la prima volta per le 'amministrative' insieme ad Amnesty International, avevamo pensato di fare incontri con i futuri sindaci, per discutere di immigrazione. Loro non hanno aderito, primo fra tutti Sala. Nell'incontro sul report del gruppo X01, di persone ne sono venute tante, quindi il tema è sentito. L'associazione deve impattare sulla città! Altro tema importante è quello sulla salute: 'welfare della salute per tutti' dovrebbe essere il nostro motto.

L'afflato più ampio e generalista latita . Ricerchiamo un senso collettivo che crei teorie ma anche punti di vista nuovi. Molti fra noi sono soci ma anche altro, perchè questi altri saperi non vengono trasmessi e condivisi all'interno dell'associazione? Io sono convinto che l'Associazione possa dire qualcosa alla società che possa influenzarla e cambiarla. Per questo credo che serva il nostro apporto e ognuno di noi, ma soprattutto in gruppo, deve operare affinché ciò avvenga. A partire dall'ambito specifico della cura degli immigrati noi possiamo, nel nostro piccolo, sperimentare metodi particolari e innovativi. Poi si può proporre un metodo più allargato alla cura in generale, verso soggetti con difficoltà economiche”.

Alessandro, socio del direttivo, informa: “per il seminario vorremmo trattare il tema dell'illegalità. E'

un tema ampio: il termine è diverso in base ai soggetti che lo utilizzano ed è terreno di scontro politico-ideologico ma anche ha un forte impatto mediatico. Nella legislazione (Bossi-Fini) c'è una legalizzazione dell'illegalismo: la legge serve per l'illegalismo e l' illegalità.”

Visibile è il fermento intellettuale che queste pratiche producono quando, all'entropica dimensione del pensiero, non si pongono regole o rigidi confini dell'operare realizzando una pragmatica “sperimentazione” che non confligge con la realizzabilità. L'attenzione posta alle situazioni critiche e le 'pratiche di reazione ed opposizione', attraverso modelli creativi che divengano riferimento per altri soggetti ed in altri luoghi, caratterizza l'opera del Naga.

Attraverso le pratiche di assistenza (prevalentemente legale) e di cura, si osservano direttamente l'operatività e la concretezza delle leggi che riguardano l'assistenza al migrante irregolare. Interessante in questo senso, ciò che è stato discusso durante una riunione del gruppo che si occupa di raccolta dei dati riferiti all'esito della presa in carico degli immigrati nei servizi pubblici o del privato convenzionato. Non ci sono, e forse non a caso, informazioni ufficiali su ciò che accade agli immigrati una volta che hanno ottenuto uno dei codici STP o CSCS, né informazioni sulle ragioni che inducono operatori dei servizi a non produrre questi codici. Di fatto questi immigrati sono 'trasparenti' al sistema, in quanto non sono né cittadini con i derivati diritti, né clienti o fruitori o utenti dai quali ci si attende o si richiede una valutazione del livello di gradimento del servizio.

Gli STP e CSCS sono codici riferiti a situazioni d'urgenza che spesso esitano nella necessità di una presa in carico cioè una continuità terapeutica fatta di controlli ed esami, almeno temporanea. Questa viene totalmente ignorata. E' il caso di Dje un uomo di 59 anni con diabete di tipo 2, che era stato inviato dal Naga all'Ospedale S. Paolo nel 2013 e al quale era stato prodotto il codice STP poi scaduto che ho intervistato durante un suo controllo dal chirurgo, in ambulatorio:

“L'STP mi è stato rinnovato per altri sei mesi (nel 2014) ma ormai ora non ho più nulla! Mi hanno spiegato che non potevano più rinnovare questo codice. Ma i dottori dell'ospedale (ambulatorio migranti) mi vedono sempre quando vado una volta l'anno e non mi chiedono soldi. Purtroppo non riesco a comperare i farmaci perchè nessuno mi rilascia la ricetta e fatico a trovare chi me li dà. Fortunatamente un 'amico' farmacista mi regala qualche scatola ed allora per un po' di tempo faccio la cura. Ma anche per controllare la glicemia faccio fatica e spesso non riesco a farlo”

così racconta al medico del Naga quando arriva per uno stato di malessere generale, per sudorazioni e dimagrimento importante.

E' proprio così. Non esiste nessun divieto a produrre più volte il codice STP per una stessa persona, ed anche se l'errata informazione è compensata da un benevolo atteggiamento di minima (quasi “scarsa”) cura, questo non rende l'inefficienza della struttura un fatto meno grave.

In uno degli incontri del gruppo una volontaria, medico dell'Ospedale S. Raffaele, così discuteva sul tema di queste problematiche e sulle modalità di reazione e opposizione al “sistema politico” di gestione della presa in carico: “Per intraprendere una causa legale occorre cercare il caso di un Rumeno. Perchè

allora si che è evidente la contraddizione tra la legge e la sua attuazione". Alessandra racconta di un paziente passato al S.Raffaele per un intervento di stomia addominale che ha avuto il codice CSCS finchè è stato ricoverato ed in carico al S. Raffaele, ma poi alle dimissioni non gli è stato consegnato. Quindi per tutte le visite di controllo successive non poteva usufruire di tale esenzione. Secondo Paolo questo potrebbe essere però un caso "spurio", in quanto l'errore non è stato di un servizio pubblico, ma di privato convenzionato che non fa ricette rosse e che potrebbe essere considerato dal giudice, come un caso a parte. Sarebbe meglio trovare un caso legato ad un'azienda ospedaliera perchè è più incisivo. Per l'avvocato Piero Massarotto sarebbe più efficace ai fini di una proposta di denuncia, "il caso di una donna gravida perchè evoca già normalmente sentimenti di pena e protezione. Dobbiamo trovare il modo di attirare quei soggetti rumeni che capitano nei servizi o gravitano intorno al Naga, magari aiutandoli dando loro gratuitamente i farmaci che necessitano e chiedendo loro di rendersi disponibili a presentarsi in tribunale una volta intrapresa una causa".

"Per il caso del rumeno di Alessandra si deve fare in fretta se si vuole depositare la testimonianza, perchè tra qualche mese non avrà più bisogno e ci può essere il pericolo che lui cambi residenza" ricorda Paolo, socio dello sportello legale, e prosegue: "Anche il nostro modo di lavorare come gruppo di raccolta dei dati, deve tener maggiormente conto dell'indagine, di approfondimenti e della possibile risoluzione dei problemi che si hanno come in questi casi, piuttosto che continuare a visitare ininterrottamente. Meglio stare al telefono e discutere per risolvere il problema legale, affinché il servizio pubblico si occupi di questi casi".

Nell'arco di un intero anno sono stati raccolti tutti i casi rilevati di difficile attuazione della legge riguardante l'uso del codice STP e X01. Descriverò brevemente alcune occasioni e alcune situazioni nelle quali queste irregolarità si sono verificate e si sono rese più evidenti per entrare nel merito del "modo" in cui queste sono avvenute e si rendono visibili.

Diba senegalese senza permesso di soggiorno si è presentato al P.S. del S. Raffaele per un dolore latero-cervicale. Viene richiesto Rx del rachide e visita ortopedica su ricetta "rossa" ma senza codice STP che non viene neanche aperto dalla struttura stessa. Il paziente si rivolge allora al Naga che valutata la patologia e i sintomi lo rimanda a controlli successivi dopo terapia farmacologica direttamente data dall'Associazione.

Her filippina irregolare arriva al Naga, come da accordi, per controllo della Pressione Arteriosa e per dare notizia dell'esito a buon fine del percorso amministrativo necessario per completare l'iter diagnostico consigliato dallo specialista neurologo. La paziente, inviata con lettera esplicativa NAGA al PS dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano, incontra lo stesso medico che l'ha accettata e visitata in data 22/9 e dimessa dopo 24 ore per "possibile episodio di amnesia globale transitoria". Presenta una prescrizione del medico di PS in cui questi la invia all'Ospedale di Niguarda per "rinnovo STP", dato che le era stato rilasciato da quell'ospedale nel 2014 "per rinite allergica" (a proposito di cure urgenti o comunque essenziali).

Donna di 42 anni, cittadina della Repubblica di Mauritius, in Italia da circa 20 anni. Affetta da diabete

mellito tipo 1 ed ipertensione arteriosa, è irregolare da circa 2 anni (per perdita del lavoro). Su indicazione del medico che nel periodo di regolarità lavorativa era il suo medico di base, accede abitualmente a Naga per avere i farmaci. Si presenta in ambulatorio per grave ritenzione idrica (incremento del peso corporeo di oltre 10 Kg in un mese) ed è inviata all'Ospedale di Niguarda per "anasarca da sindrome nefrosica". Ricoverata e trattata con terapia appropriata, le viene assegnato codice STP e dichiarazione di indigenza. E' dimessa con diagnosi di "Sindrome nefrosica da nefropatia diabetica" con indicazioni terapeutiche ma senza ricette né per farmaci né per controlli clinici e di laboratorio. Nella lettera di dimissione viene espressamente detto: "si riaffida ai medici del Naga".

Cigic bosniaco senza permesso di soggiorno, viene ricoverato presso l'Ospedale San Raffaele per lesioni di diversa natura post traumatici dopo essere stato investito. Dopo il periodo passato in Ospedale vengono prescritti controlli su ricettario "rosso" ma in assenza di codice STP. Il paziente non li esegue perchè troppo costosi. Il medico del Naga allora invia all'ortopedico e al chirurgo dell'Associazione.

Zuhe è una ragazza ucraina di 22 anni con permesso di soggiorno scaduto. Arriva al PS psichiatrico dell'ospedale S. Gerardo di Monza per ricaduta sintomatologia produttiva in disturbo borderline di personalità. La paziente viene ricoverata d'urgenza e dopo una settimana viene dimessa. La ragazza però, ancora in una situazione di crisi, viene riammessa in reparto lo stesso giorno, in seguito a gravi gesti autolesivi. Ridimessa nuovamente, all'uscita le chiedono (indebitamente) il pagamento della degenza come fosse una paziente privata. Arriva al Naga dove prende appuntamento con la psichiatra e le viene consigliato di non pagare.

In questa raccolta di situazioni legate alla mancata attuazione della normativa, è solo grazie all'interesse dell'Associazione che vengono rilevate le criticità nell'andamento di questa legge. Infatti quello che ad esempio normalmente si usa indagare nei servizi pubblici cioè il livello di soddisfazione "dell'utenza", in questa situazione non solo non si rileva ma è anche oculatamente evitato.

L'indagine ha prodotto dei dati che sono stati poi pubblicati attraverso un 'report'. Interessanti sono i rilievi fatti riguardanti le pratiche dei servizi che riproducono le logiche di un 'mercato della salute' che sta cambiando sicuramente non nella direzione di una "tutela della cura".

Nonostante la legge italiana consideri la salute un diritto inalienabile dell'individuo, in accordo con quanto stabilito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948¹¹ e fatta propria dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria di base.

I risultati dello studio condotto dal Naga tra il 2014 e 2015, c'informano sull':

¹¹ Articolo 25: 1. Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. 2. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.

“Entità e gravità del fenomeno: nel periodo considerato sono stati raccolti 155 casi di persone che sono state ricoverate negli ospedali milanesi e dei paesi limitrofi, o che hanno avuto accesso ai Pronto Soccorso, e non sono state assistite secondo quanto previsto dalla legislazione vigente. In concreto i problemi più ricorrenti sono:

- mancata assegnazione del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente);
- mancata assegnazione del codice X01, per l'esenzione dal pagamento del ticket;
- mancato utilizzo della sigla Comunitari Senza Copertura Sanitaria (CSCS)¹² per cittadini comunitari, ad esempio rumeni e bulgari, senza copertura sanitaria.

La conseguenza è stata che i pazienti interessati non hanno potuto accedere agli esami di secondo livello indicati dagli ospedali stessi, oppure non hanno potuto essere presi in carico per il proseguo delle terapie, oppure non hanno ricevuto la prescrizione per farmaci indispensabili e a volte molto costosi. Considerando che al Naga accede solo una parte dell'utenza potenziale, e che non è stato possibile monitorare tutti i casi che si sono presentati in ambulatorio poiché non sempre gli operatori hanno potuto raccogliere i casi e non sempre i pazienti hanno voluto condividere le difficoltà incontrate, si può stimare che questa privazione di diritto riguardi centinaia di persone ogni anno a Milano.” (Naga, 2015)

Paolo, uno dei soci del gruppo che ha condotto lo studio, durante uno degli appuntamenti di discussione sulla tematica afferma:

“A titolo informativo è interessante sapere che l'opera di S. Francesco (altra Associazione di volontariato del territorio milanese ma esclusivamente composta da cattolici e schierata politicamente), che dispensa gli STP, riceve indicazioni e direttive dalla Prefettura la quale a sua volta le riceve dal Ministero degli Interni. E' stata fatta loro la richiesta che il numero di codici STP non fosse discrezionale ma che fosse numericamente basso per 'non intasare i servizi pubblici'.”

Questa informazione rende ragione del fatto che esiste un controllo normativo governativo/statale, sulla gestione di strumenti o opportunità delegate alle associazioni di volontariato, e che concretamente quest' ultime non sono libere di utilizzarle secondo il proprio giudizio e i propri parametri.

Nonostante la determinazione nel voler dimostrare, attraverso le informazioni raccolte dai pazienti, le difficoltà nel riuscire ad ottenere una continuità di cura adeguata, molte sono le incertezze da parte dei volontari del Naga, sul come condurre le “battaglie” sui diritti. Claudio, altro socio del gruppo di studio, ad esempio ricorda sempre nella stessa riunione che: “il numero di visite in generale è diminuito e anche il numero di immigrati clandestini è diminuito: da 14.000 a 5.000 e ultimamente a 3.000” quindi: “l'impatto mediatico è meno forte e meno impellente è la necessità di risoluzione del problema”.

Le lotte dell'Associazione sfociano spesso in posizioni rigide e contrapposte, a modello dell'atteggiamento Istituzionale come dimostra il seguente intervento.

Andrea, medico coinvolto nel gruppo di ricerca:

“Dopo il contatto col Fatebenefratelli rimasto senza risultato, di fatto anche i positivi incontri con Niguarda e S. Carlo non hanno avuto seguito. Ci sono dubbi sull'utilità di proseguire su questo cammino nonostante si riconosca la validità dal punto di vista della sensibilizzazione dei P.S. e delle direzioni dell'ospedale in generale. La proposta che il Naga organizzi corsi ECM è troppo costosa per l'Associazione e complicata, e non garantisce un aumento dell'interesse al problema dell'assistenza ai migranti. Inoltre la stessa esperienza di Niguarda, mediata da Vernizzi (medico dipendente di Niguarda e socia Naga), è stata di fatto

¹² Per un approfondimento si rimanda a Naga, Casa per la Pace Milano, Centro Internazionale Helder Camara Onlus, Sant'Angelo Solidale Onlus, Comunitari Senza Copertura Sanitaria. Indagine sul difficile accesso alle cure per cittadini rumeni e bulgari a Milano e in Lombardia: quando essere comunitari è uno svantaggio, Milano, Marzo 2012, disponibile al link: http://www.naga.it/tl_files/naga/documenti/CSCS_rapporto.pdf

bloccata dai controlli introdotti dalla Regione, impedendo così che i pazienti da noi inviati ottenessero l'assegnazione dell'STP e l'assistenza necessaria inclusi esami e visite specialistiche. Dobbiamo esser più duri e perentori o trovare vie alternative più incisive”

“Dunque cosa si può fare?” riprende Chicca, medico e anch'essa coinvolta nella ricerca come individuatrice di 'casi', nella discussione della riunione: “Ho avuto la disponibilità da parte di alcuni medici di Niguarda di lavorare volontariamente con pazienti da noi inviati, previo accordo con il nuovo primario di P.S., che sembra disponibile - un po' sul modello dell' ospedale S.Paolo”. Pierfranco, medico pediatra, ricorda un progetto al Policlinico con medici regolarmente stipendiati per visite a soli immigrati. Daniela suggerisce che si chieda ufficialmente che presso alcuni ospedali vengano istituiti degli ambulatori, ma Pierfranco obietta: “un approccio 'dal basso' va bene se si vuol puntare su medici volontari, ma per una proposta più ufficiale occorre contattare strutture più 'alte', bisognerebbe chiedere alla Agenzia per la tutela della Salute. Si tratta semplicemente di chiedere l'attuazione del punto 2, comma 8, dell'art. 43 cioè l'istituzione di ambulatori dedicati (ambulatori ISIS) – vedi Piemonte.”

Poi la discussione langue si aprono attimi di crisi vera, riguardo l'attendibilità o la realizzabilità o meno di certe manovre possibili nei confronti delle istituzioni. Le battaglie “di principio” lasciano perplessi i soci e cala un “silenzio” , un “vuoto” che all'interno della riunione evoca un “silenzio” nella “lotta”. Io osservo i loro volti, i loro sguardi che si fermano davanti ai loro occhi sulle pareti alla ricerca forse di possibili risposte. Rompe il silenzio Luciana, socia immigrata dall'Egitto (una dei pochi soci immigrati) del gruppo accoglienza:

“Sorge a questo punto una questione di fondo: come andiamo avanti, cosa facciamo? Continuiamo ad aspettare che la Regione cambi linea, o la soluzione degli ambulatori dedicati può avere un senso per noi? Ha senso continuare a fare incontri con gli ospedali sapendo che la “ricetta bianca” non la possono accettare?. Continuiamo a discutere con le direzioni ospedaliere sul come fare le esenzioni, ma se alla fine loro ti propongono un ambulatorio dedicato noi cosa rispondiamo?.

C'è chi vede una contraddizione tra usare la “ricetta bianca” e non avere il coraggio di chiedere un ambulatorio pubblico (per migranti). D'altra parte alcuni sono veemente contrari ad un ambulatorio dedicato, che non farebbe altro che accentuare la discriminazione verso gli stessi migranti. Il rischio di dare spazio alla giusta esigenza di diversità culturale ha portato alla proposta di ambulatori dedicati col pericolo però di servizi ghettizzanti. Questo potrebbe essere il caso del Naga. Ma nello specifico, proprio per non incorrere in tale situazione c'è stata da parte dell'Associazione la determinata decisione a considerarsi un servizio “in chiusura”, cioè con la richiesta e delega al servizio pubblico delle attività di cura, che tutti i i servizi di volontariato stanno attuando nei confronti degli immigrati. In primis, per non ottemperare a un malinteso relativismo multiculturale di “ghetti esotizzanti”, e secondariamente, ma non meno importante, per non offrire il fianco alle inadempienze delle istituzioni pubbliche rispetto al 'diritto alla salute per tutti'.

Si riconosce nella riunione, un momento d'impasse, e si giudica necessario consultare l'assemblea.

Riprende Luciana:

“Molti forse temono che questo riapra discussioni e divisioni che hanno sconvolto il NAGA sette anni fa, ma occorre accettare il fatto che per sette anni abbiamo lavorato cercando di sfuggire al dilemma ricetta

rossa/convenzione o ambulatorio pubblico dedicato, ed ora siamo arrivati ad un punto morto (Luciana). Occorre chiedere all'assemblea come si va avanti, preparandola adeguatamente per non riaprire ferite del passato. Proporrei di stendere un documento per la direzione sanitaria del Naga e per il direttivo col riassunto di ciò che si è fatto e fin dove si è arrivati (Daniela)".

Maria Vittoria, socia 'storica' che fa parte del gruppo carcere, aggiunge: " D'altra parte occorre cercare alleati, nell'ambito della sanità ma anche fuori da questa. Ma dove?, e rinforzare il gruppo con gente determinata e "aggressiva".

Ciò che ho sopra descritto riguarda la risposta dell'Associazione, con le sue 'pratiche di reazione ed adattamento', di fronte alle modalità di cura istituzionali. Qui di seguito voglio invece esemplificare, un tipo di "risposta" come pratica di "reazione" ed "adattamento ", condotta da un singolo immigrato che più volte ho incontrato durante il mio lavoro di campo.

Quando incontro per la terza volta il sig. Goumri, mi viene esplicitata in modo diretto la critica nella logica di cura istituzionale, riguardante l'inutile spreco di risorse delle strutture sanitarie. Logiche tanto complicate quanto costose (De Luca et al., 2013), che non possono essere interpretate se non con l'intenzione di penalizzare i fruitori del servizio: siano essi italiani, con produzione poi da parte degli stessi di tematiche razziste nei confronti di chi 'intasa' i servizi di Pronto Soccorso, siano immigrati senza permesso di soggiorno.

Il signore racconta: "non sono stato considerato seriamente, ed il medico avrebbe dovuto 'siringare' il ginocchio per farmelo guarire! Inoltre ogni volta che devo fare un controllo della situazione ortopedica mi tocca passare dal pronto soccorso e aspettare per ore!! Perché non mi danno un appuntamento come tutti agli ambulatori? Perché devo passare la giornata in Pronto Soccorso per avere una visita di 5 minuti?". Sono chiare le aspettative di assistenza ma il servizio non risponde nelle modalità "logiche" di cura (Mol, pag. 10). Per i soggetti infatti con codice STP esistono solo le "cure urgenti nonché essenziali", quindi nessuna visita ambulatoriale è possibile.

Ora la reazione/opposizione del sig. Goumri si esplicita in forti critiche cominciando dal Pronto Soccorso, poi nella visita dell'Ortopedico ed infine nel momento dell'indicazione della cura. "Sono tutti fattori di grande fastidio" afferma il sig. Goumri "Ogni volta che devo fare un controllo della situazione ortopedica mi tocca passare dal pronto soccorso e aspettare per ore."

Se seguiamo la suggestione di Pinelli che indaga la soggettività in quanto controparte del potere (Pinelli, 2011: pag.13) e in relazione con forze macrostrutturali (Bourgeois, 2008) notiamo come nelle pratiche e nelle aspettative di Goumri si profili una reattività che fa risaltare le contraddizioni legislative: intasare per ore un pronto soccorso solo con la richiesta di una visita di controllo! E il disagio ricade sui lavoratori del servizio e sugli utenti in generale, sviluppando ideologie razziste nei confronti dell'immigrato che vedono nella sua presenza la causa di tanta attesa.

Ecco come si crea l'inefficienza e l'inefficacia dei servizi. Il sapere medico, accompagnato dal linguaggio specifico e con le istituzioni che circondano il servizio sanitario, impone ed agisce con tempi,

ritmi e fini su un'organizzazione di tipo aziendale: il sistema sanitario. Gli operatori (medici e paramedici) devono fornire un prodotto che concerne la salute cioè analisi, cure, ecc. per utenti (cioè gli ex pazienti) che arrivano con richieste di salute. L'incontro è tra il tecnico della salute e i soggetti portatori di malattie ma anche di differenze culturali (come nel nostro caso) e problematiche sociali all'interno di un contenitore istituzionale denominato SSN (sistema sanitario nazionale). Questo, come già osservato prima, pone condizioni che sono indipendenti dagli interlocutori fisicamente presenti producendo problemi di comunicazione (non necessariamente legati alla lingua) a volte insanabili. Fattori culturali aziendali sono così causa di insoddisfazione e distorsione comunicativa.

La scelta soggettiva di opporsi al potere di un servizio pubblico è operata inoltre, nel momento stesso in cui il sig. Goumri e tutti i pazienti precedentemente menzionati, si rivolgono all'Associazione Naga.

Ci sono anche momenti in cui il mio interlocutore riconosce l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza pubblica: "C'è da dire che il rapporto con il servizio pubblico non è sempre stato così." continua il sig. Goumri "Anni fa ho avuto un episodio di broncopolmonite in seguito al quale sono stato ricoverato al Fatebenefratelli. In questa struttura mi sono trovato molto bene e sono stato trattato e curato con 'gentilezza'". Durante il nostro incontro invece c'è sì una malattia, ma anche un intero mondo affettivo, lavorativo, abitativo che pare essere compromesso e che necessita considerazione e cura. La reazione si compone nelle sue diverse sfaccettature e lentamente si concretizza nelle sue parole, ma con la stessa insicurezza osservabile nei passi sostenuti da quella stampella che a fatica è riuscito a reperire.

4.4 I soggetti "istituzionali" e le pratiche d'occultamento del potere biomedico.

Gli antropologi degli anni Trenta avevano già allora accennato alla necessità di dirigere l'attenzione non solo alla realtà locale, ma anche al "sistema dei bianchi". Lo stesso Malinowski (1930) suggerì la necessità di studiare "il selvaggio bianco fianco a fianco con quello nero", in particolare il progetto mondiale di penetrazione economica europea, l'economia coloniale ed il caos di una sua cattiva amministrazione. Anche Frank (1969) e Bastide(1971), d'ispirazione marxista, affermavano che si dovesse cambiare lo studio sui sottomessi con quello dei gruppi dominanti ed il sistema stesso di dominazione. In particolare i meccanismi in base ai quali i gruppi sociali al vertice si collocano all'interno della struttura generale. Altra tendenza è quella conosciuta come la project ethnography, cioè l'analisi antropologica della programmazione ed esecuzione dei cambiamenti (Benedict, 1967; Foster, 1969; Augè, 1972; Charsely, 1982; Colajanni, 1994).

Secondo Malinowski le distinzioni fra culture tradizionali e moderne, fra rurali o urbane, colte o popolari non avrebbero più grande rilevanza lasciando spazio a ciò che successivamente è stata definita ibridazione delle culture (Canclini, 1990). Questa porterebbe ad un'evoluzione del concetto e delle pratiche di utilizzo dei servizi sanitari. Successivamente Escobar (1995) si riferisce all'ibridizzazione culturale come

una costruzione e riconcettualizzazione delle “culture tradizionali”. Nel nostro caso ci si riferisce agli autoctoni ed indigeni (italiani) nel loro coinvolgimento trasformativo con la modernità, nei processi d'invenzione orientati verso il presente. Questi contribuiscono alla produzione di soggettività diverse, portatrici di forme progettuali alternative a quelle globalizzanti e si può parlare d' immigrati con le loro “culture ibride” che s'interfacciano con quelle “tradizionali” del paese d'arrivo.

Che il potere si esprima in ogni relazione sociale ed in ogni realtà culturale, è un dato noto ai molti antropologi che ne hanno studiato le diverse declinazioni. Anch'io ritengo, come l'antropologo Hernaez (2000) che esista una sfera di fenomeni sociali che è tradizionalmente sfuggita ad un'analisi più puntuale: è quella riferita alla conoscenza medico-occidentale o biomedicina. E' possibile che ci sia una difficoltà all'analisi autoriflessiva, che ha eclissato la possibilità di una riflessione epistemologica sulla costruzione della razionalità scientifica. Molti studi di antropologia medica infatti, si sono maggiormente focalizzati sulla valutazione delle risorse terapeutiche indigene e popolari, ma non sulle caratteristiche del funzionamento dei servizi sanitari di base.

Così si esprime Young : “la cultura della scienza afferma che nessun significato può essere considerato immune dal vaglio critico” (Young, 1991: pag. 75). Ma come render conto della “trasparenza” della conoscenza scientifica? Come far risaltare la volontà di potere che soggiace a questa scienza isomorfa alla realtà dei fatti?

Il discorso scientifico ha mostrato una particolare opacità all'analisi culturale presentandosi come sistema non ideologico, universale, apolitico e amorale (nel senso di libero da giudizi o valori). Nel caso degli studi antropologici, secondo Hernaez (2000), si è cercato di risolvere il problema dell'invisibilità del potere attraverso formule che vanno dal culturalismo (ermeneutico o fenomenologico) alle impostazioni materialistiche marxiste o neomarxiste. Anche autori come Kleinman (1980) hanno osservato, utilizzando l'analisi geertziana dei sistemi culturali alla medicina, che la dimensione sociale nelle patologie, rimaneva nascosta.

Hernaez (2000) ci ricorda, che un elemento di fondo che permette di cogliere la natura sociopolitica della biomedicina è la constatazione che la trasparenza non è una condizione data una volta per tutte aprioristicamente, bensì un artificio culturale che comprende premesse, valori, relazioni di potere e occultamenti. La biomedicina non è una copia dei fatti, bensì una rappresentazione e come tale “costruita” secondo criteri dettati di volta in volta dai soggetti che la riproducono. La neutralità e il sistema di oggettivazione di cui si vanta, diverrebbe un utile strumento che risponde alla strategia di occultamento di poteri sociali, morali e politici, di volta in volta poi perpetrata dai singoli operatori sanitari (medici, infermieri, altre figure sanitarie).

La biomedicina “E' un sistema culturale dove il potere cerca di essere 'sentito' ma non 'visto” (Hernaez, 2000: pag. 13). Questo si realizza, secondo l'autore, attraverso diverse modalità d'invisibilità: il naturalismo, l'individualismo, l'atomizzazione dei fenomeni, il predominio dell'osservazione

sull'interpretazione, la deculturazione, il mercantilismo, l'asocialità, l'universalità e la neutralità. E' su questi ultimi tre meccanismi che l'autore pone l'accento e si sofferma a descriverne le caratteristiche. Io considererò l'analisi proposta solo riguardo le ultime due modalità ma parlerò anche del naturalismo che ho spesso avuto modo di osservare.

L'universalità dei fenomeni viene descritta da Hernaez come una modalità d'interpretazione delle patologie, che trascende totalmente da elementi non direttamente medici, da contesti locali e particolari. L'universalizzazione o generalizzazione o riduzionismo biologico acquista una condizione di artificio culturale poiché è il modello professionale del ricercatore, che sta costruendo l'illusione della regolarità.

La riflessività in questo caso mi porta a compiere un'analisi critica anche del mio operato quando, in qualità di medico, ero volontaria in associazione. La necessità di generalizzare e universalizzare ben si osserva nella richiesta, sia nell'ambulatorio del Naga come in qualsiasi altra situazione clinica nelle strutture sanitarie, di chiudere la visita, cioè l'incontro con il paziente (ancor più se immigrato in quanto soggetto in "transito", "di passaggio") con la classica etichetta della "diagnosi".

La Dott.sa Marta psichiatra, afferma: "Siamo riusciti a raggruppare i pazienti visti in questi ultimi tre anni in base alle diagnosi, e la prevalenza della psicopatologia riguarda i disturbi d'ansia e depressivi. Ci sono anche casi di somatizzazione che interessano però maggiormente i chirurghi o gli internisti. Pochi sono i casi di disturbo post traumatico da stress, come invece viene rilevato nelle strutture pubbliche." Appare evidente come la dottoressa in questa occasione, sfrutti i dettagli diagnostici per avere un quadro d'insieme sui disturbi psichiatrici degli immigrati che accedono al Naga in confronto con quelli dei servizi pubblici.

Quando le caratteristiche soggettive, i sintomi, le espressioni dei pazienti vengono spogliati dei loro aspetti culturali per essere modellati come "copie dei fatti" si ottiene una specie di "struttura che struttura" (Hernaez, 2000) che vede la diversità sostituita con copie immaginate come omogenee. La "struttura strutturante" qui potrebbe essere quando si creano gruppi di pazienti omogenei per diagnosi. Un aspetto interessante è quello riferito alla caratteristica diagnostica indicativa dell'assetto "culturale" dell'Associazione o del "modello professionale del ricercatore", caratterizzati da quadri psicopatologici più fluidi, meno strutturati e meno duraturi (es. ansia o somatizzazioni rispetto alla psicosi). L'intervento frammentario dovuto ad una presenza non continuativa dei soggetti, ben si adatta alla cura del paziente "tipo" di questa struttura di volontariato.

L'esigenza di "fare delle diagnosi" aiuta sicuramente il clinico nello scambio d'informazioni (anche di tipo terapeutico), ed aiuta a volte anche il paziente. Il dott. Marco chirurgo racconta: "Mi è capitato spesso di arrivare alla conclusione della visita con dei dubbi sulla diagnosi, in quanto la descrizione dei sintomi che mi faceva quel senegalese erano peculiari e a volte si contraddiceva. Così come il caso di una sudamericana che riferiva patologie pregresse, con conseguenti interventi terapeutici, di cui però non ricordava la tipologia. Tutti comunque vogliono sapere 'cosa hanno', come si chiama la loro malattia. E quando riferisco le mie perplessità, mi sollecitano a prescrivere loro esami strumentali aggiuntivi o...cambiano medico per

riuscire ad avere una diagnosi certa". La necessaria serenità ottenuta attraverso la produzione di una diagnosi, è legata forse a ciò che Shakespeare ben descriveva attraverso l'espressione di un suo personaggio: "date parole alle mie lacrime". Il sapere il nome di una propria "malattia" e nominarne i sintomi sembra assicurare, facendo sentire i pazienti parte d'un gruppo, o comunque soggetti non anomali o 'diversi'. La diversità o l'anomalia è spesso sinonimo di soggetto "al di fuori" dalla società, quindi stigmatizzato come "strano", pazzo, matto. Molte volte mi sono state rivolte domande del tipo: "ma allora che cosa ho? Ma sono matto? Mi passerà presto?".

Al Naga la situazione è complessa ed eterogenea. Accade spesso che, la variabilità nelle scelte d'intervento prodotte dagli operatori sia soggettiva, dipendendo quindi dalle caratteristiche nella sensibilità e nel percorso formativo del singolo volontario cioè del "modello professionale del ricercatore". Tuttavia di base l'Associazione ha sviluppato un pensiero critico ben preciso, ad esempio è contro l'idea universalizzante e stigmatizzante, che gli immigrati 'portino malattie' (Bandera, 1993; Bandera e Tognoni, 1990) . Attraverso dati (di tipo statistico) in queste ricerche, è stato osservato che è spesso a partire dalla situazione di degrado abitativo e sociale che gli immigrati divengono più vulnerabili al contagio e alle malattie. Prima fra tutte quella per la quale noi siamo portatori sani: la tubercolosi. Fabrizio uno dei chirurghi che da anni è volontario al Naga afferma: " Siamo noi che li infettiamo e lasciandoli in situazioni di particolare disagio, con cattiva alimentazione e nelle stagioni fredde, loro si ammalano! Ma non perchè stranieri e quindi portatori di patologie esotiche, ma in quanto esseri umani in situazione di sofferenza sociale".

Nelle istituzioni sanitarie pubbliche o del privato convenzionato l'utilizzo del metodo della generalizzazione è sicuramente molto frequente. Normalmente le cartelle cliniche non hanno aree in cui s'indaga su aspetti sociali influenzati culturalmente, e le modalità d'intervento ora arrivano a trascendere non solo le informazioni legate alle radici e tradizioni del proprio paese d'origine, ma anche le peculiarità con le quali si esprimono i singoli quadri patologici. Così in base all'etichetta diagnostica che viene espressa, le terapie devono seguire "protocolli d'intervento definiti a priori". Da pochi mesi ora, le assicurazioni delle Aziende Ospedaliere coprono la 'colpa grave' del clinico solo se quest'ultimo ha seguito pedissequamente le indicazioni del protocollo. Faccio un esempio: se un paziente ha sofferto di depressione e quindi ha una diagnosi di disturbo depressivo ma arriva alla mia osservazione per un problema d'insonnia, io sono obbligata a curarlo con antidepressivi (che sono peraltro spesso 'attivanti' e quindi peggiorano l'insonnia) e non posso utilizzare invece dei normali ipnoinducenti o ansiolitici che farebbero al suo caso. Questo è un esaustivo esempio della pericolosità nell'uso della generalizzazione e del riduzionismo biomedico, con l'aggiunta degli aspetti critici riguardo l'intervento terapeutico della pratica clinica.

Vediamo ora un'altra modalità d'invisibilità della medicina, affrontata da Hernaez: quella della neutralità (2000: pag. 25). Questa affronta il tema dell'occultamento dei fattori sociali, politici ed economici in quanto vuole mostrarsi come scienza non "schierata" all'interno di orientamenti ideologici, pregiudizi

morali e aggiungerei culturali. Anche un autore come Mishler afferma che: "... la visione della medicina come scienza, serve a giustificare il controllo medico sulle tecniche, sulla conoscenza esoterica e nello stesso tempo questo controllo supporta, sostiene l'autonomia professionale e l'autoregolamentazione"(Mishler, 1981: pag.18). La biomedicina si autopercepisce come un sistema separato dalla vita sociale, che è indipendente dalla storia e dalle influenze economico – politiche.

Ritorna allora l'argomento della diagnosi, che in quest'ottica vorrebbe essere vista come una pratica neutrale e non influenzata dalle diversità etniche, religiose, di genere o di classe: ciò che vorrebbero essere importanti sono le malattie, il trattamento, il decorso e l'evoluzione del disturbo. La dimensione normativa soggiace sempre ad ogni sforzo di definire la differenza tra normale e patologico e viene ad essere occultata attraverso l'idea di neutralità.

Appare così abbastanza chiaro perchè la biomedicina sia stata interpretata negli studi antropologici come un sistema culturale particolare, la cui ideologia si rileva proprio nei suoi sforzi di apparire come scienza asettica e con lo scopo di deideologizzare. La supposta trasparenza diventa così il risultato di un lavoro anticritico ed antiriflessivo della conoscenza che genera reificazioni ed occultamenti.

La cartella clinica del Naga ha assunto delle caratteristiche che tengono in parte conto di aspetti sociali e culturali ma permane innegabilmente, anche in questo strumento, quella sorta di occultamento caratterizzante la così detta neutralità della biomedicina.

L'altra forma d'occultamento che ho sperimentato direttamente, e senza appunto troppa coscienza nella mia etnografia, sia nella fase di osservazione che in quella di scrittura, è il fenomeno di 'naturalizzazione'. Mi sono accorta che molti aspetti interessanti nell'esperienza di utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati, per me non avevano rilevanza e quindi non passavano il vaglio critico di un'analisi puntuale delle pratiche, proprio a causa della loro "naturalizzazione". E' naturale per me trascrivere le caratteristiche di un'esperienza emotiva con terminologia tecnica e priva di stupore, senza cogliere di "giocare il gioco" di voler essere neutrale, asettica, priva di giudizi a priori ma per finire con il più grave dei meccanismi stigmatizzanti, normativi e naturalizzanti cioè la diagnosi.

Il processo di "naturalizzazione" nei linguaggi della Biomedicina è visibile non solo nel caso dell'eziologia di una patologia ma anche nell'arbitrio dei protagonisti coinvolti nella cura siano essi medici o pazienti. Questi linguaggi trasformano l'egemonia dei saperi medici in ideologia e l'ideologia in una realtà data per scontata e di per sé evidente. Le dinamiche sociali e politiche di oppressione sono iscritte nelle modalità della diagnosi che traducono la sofferenza sociale nella forma oggettivante della patologia.

Il potere derivante dal decidere cosa è normale o patologico, spoglia gli individui dai piccoli dettagli soggettivi che se non considerati, espongono i pazienti a valutazioni psicopatologiche pericolosamente determinanti. Un collega internista mi mandò anni or sono, una senegalese che mi descrisse con modalità molto peculiare, un problema che riguardava la testa, che a volte le sembrava infuocata tanto da sentire il bisogno di usare delle pezze di stoffa imbevute di acque fredde per avere

sollievo. Poi sentiva vibrazioni che dalla testa le scendevano lungo le vertebre cervicali e si distribuivano alle spalle. Se rimaneva immobile dopo un po' le passava tutto, ma se si agitava le vibrazioni diventavano dolore, e questo tornava alla testa procurandole dei fortissimi dolori. Queste descrizioni sono state interpretate evidentemente come costruzioni deliranti dal collega, il quale me l'aveva inviata per capire meglio se la sua ipotesi diagnostica era valida. Ecco come delle cefalee possono, descritte in modo "particolare", diventare una sintomatologia psicotica.

L'attenzione quindi ad osservare e rilevare le varie pratiche d'occultamento della biomedicina, può sviluppare nuovi campi di ricerca. Lo scopo è d'informare l'utente degli obiettivi diversi dalla sola cura. Solo allora il paziente sarà in grado di operare scelte oculate e il più possibile libere.

CAPITOLO QUINTO

POSIZIONAMENTO: LAVORANDO SUL DOPPIO RUOLO

5.1. La riflessività con sguardo decentrato e critico nel doppio ruolo del medico/antropologa nella ricerca.

La propria identità è quel ramo su cui siamo seduti e che non possiamo recidere (Wittgenstein, 1953), è un poter essere, è un mondo possibile di oggetti e funziona come uno dei possibili schemi di riferimento concettuali a cui anche gli antropologi non possono rinunciare. Ancora si può definire come quel “limite cui non corrisponde in realtà nessuna conoscenza” (Levi Strauss, 1958) che è indispensabile per la comprensione. L'identità per Kant è l'elemento dal quale si parte per la possibilità di conoscenza e senza il quale, confermati nella nostra cultura, non si potrebbe partire per la comprensione dell'alterità (Borutti, 1999). Ancora intorno al tema dell'identità Malighetti (2007) afferma che essa esibisce il carattere riflessivo nella produzione della conoscenza antropologica.

Intorno alle caratteristiche nella costituzione della mia identità sono partita per la stesura di questo capitolo e per ripensare in modo critico al mio particolare *posizionamento* nella ricerca qui condotta. Questo allo scopo di sviluppare quella che Anolli chiama “mente culturale” (Anolli, 2006) cioè costruzione di una identità che lui indica necessaria per una conoscenza antropologica che io, con carattere riflessivo, ne voglio indagare le mie personali caratteristiche.

Nella mia giovinezza, ho frequentato con gusto uno dei Licei Scientifici di Milano che allora, si vantava di aver dato i natali ad alcuni dei più famosi attivisti dell'estrema sinistra italiana. La sperimentazione e la ricerca di modelli d'insegnamento “alternativi”, erano tra i progetti didattici più ambiziosi di una parte dei professori impegnati anche politicamente. Ho respirato in quegli anni l'aria di intenzioni progressiste che, lasciando di fatto aperte le porte alle ipotesi più originali nell'interpretazione della realtà, stimolavano ad operare scelte che non ricalcassero i rigidi criteri delle “scienze dure”.

Poi, durante i miei sei anni del corso di laurea in Medicina e i quattro anni di specialità (psichiatrica), questa libertà di ampie prospettive è stata a mano a mano costretta in categorie emulanti l'enunciato positivista del metodo “scientifico” più classico comparativo. Mi sono fatta coinvolgere in ricerche sperimentali di vario genere, che sempre partivano da criteri iniziali ben definiti, e che avrebbero dovuto condurre ad enunciati di leggi generalizzanti. La mia prima tesi in cardiologia partiva da rigorosi protocolli “oggettivi” e indipendenti dalla mia soggettiva osservazione o precomprensione, affinché i dati raccolti potessero essere numericamente e statisticamente significativi, e al fine di concludere che la mia teoria era valida e generalizzabile.

Durante il mio percorso da studentessa, ci sono stati tuttavia incontri significativi con docenti che proponevano l'osservazione di fatti “naturalisti” attraverso sguardi particolari. Ricordo il mio docente di

anatomia patologica, che un giorno facendoci osservare il vetrino di un fegato cirrotico, affermava "non ci si sorprende che questo paziente sia morto, ma di come sia riuscito a vivere fino a questo punto!". Di fatto capovolgeva la prospettiva dalla quale un medico, che si accanisce per evitare il "sopraggiungere" di una qualsivoglia patologia, deve prendere atto invece della sopravvivenza di un essere umano in concomitanza con una dichiarata importante malattia esautorando qualsiasi atto medico.

Era il cambio di prospettiva che mi aveva colpito: capovolgendo l'interpretazione del risultato ('non perchè è morto, ma perchè è rimasto vivo'), introduceva il carattere 'soggettivo' dello sguardo e della varietà di opportunità di lettura di un fenomeno, non solo quello rigidamente a 'universo unico'.

E ancora: mi colpì l'insegnamento del docente di patologia medica, che chiedeva ai propri studenti interni frequentanti il reparto di medicina, di domandare sempre il permesso ai pazienti, prima di sedersi sul loro letto. Introduceva di fatto una variabile inedita: il reparto non era più territorio esclusivo dell'apparato medico-sanitario. Esistevano soggetti "altri" che condividevano con noi spazi ed esperienza di cura, che avevano un ruolo importante, e che dovevano essere riconosciuti e considerati.

I soggetti "altri" da considerare, in campo medico, sono anche quelli coinvolti nelle "sperimentazioni". A volte la medicina ha, approfittando, "derogato" o "sospeso il proprio giudizio etico-morale" di fronte a fatti aberranti. Come nella situazione descritta sempre da quel professore di medicina interna, che raccontava di come una precisa presentazione dell'albero vascolare fin quasi ai più piccoli vasi capillari era visibile nei corpi umani conservati in una chiesa a Napoli, di due condannati a morte ai quali era stato iniettato nelle vene del cemento che piano piano aveva sostituito il sangue e che poi solidificandosi aveva reso visibili i vasi, sottoponendo però i condannati ad una morte dolorosa e lenta. Difronte a questa sofferenza lo sguardo del "clinico" non valuta il fatto umano, ma si compiace dell'opportunità di osservazioni fini di eventi unici.

Negli anni della mia formazione apparivano in alcuni momenti, evidenze di sguardi diversi nell'osservare la realtà, la quale non poteva essere sempre descritta o interpretata secondo criteri induttivi poi generalizzabili.

Uno sguardo diverso da quello unico e generalizzabile di cui ho accennato, riguarda il ruolo del ricercatore che, per la medicina, "deve" essere strumento d'indagine neutro e "oggettivo". Nei rigidi protocolli di ricerca si prevede di studiare il paziente indagandolo come oggetto: *reificandolo*. Ma lo stesso atteggiamento coinvolge anche inevitabilmente il soggetto che indaga (il ricercatore) che viene esso stesso *reificato*. Di questi particolari processi di "reificazione" mi ponevo il dubbio di come si sarebbero potuti realizzare e sulla qualità dei dati ottenuti. Affronterò questo tema, più avanti nella trattazione.

Avevo quindi molte perplessità rispetto al significato di certi risultati soprattutto in alcuni ambiti d'indagine (ad es. negli studi che riguardano le relazioni tra individui o in quelli in cui s'indaga il pensiero di un individuo). Di fatto ai miei occhi le 'scienze' umane e i suoi modelli analogici non apparivano più un 'a priori' indiscutibilmente realistico, chiaro e scevro da qualsiasi errore. Avevo la necessità di condurre uno

studio del significato e del “punto di vista del nativo”: oggetti centrali della ricerca antropologica che apriva ad il così detto “sapere radicato nell'esperienza umana” (Fabietti, Malighetti, Matera, 2012)

Nei successivi quattro anni della specialità di psichiatria, ho indagato aree del comportamento umano sempre con la stessa metodologia induttiva, ma con maggior scetticismo rispetto alla validità di certi enunciati e di certi metodi di studio. L'area d'indagine, cioè la mente umana con tutte le sue caratteristiche e i suoi disturbi mal si adatta, per essere interpretata, a confini rigidi come ad es. i “criteri diagnostici” che continuiamo ad utilizzare ancora oggi (ad es. il DSM V o l' ICD 10). Quest'ultimi, sono sicuramente strumenti che ci permettono di dialogare tra professionisti in modo sintetico, ma non sono esaustivi riguardo la categorizzazione delle problematiche psichiatriche. Prova ne sia che necessitano di un continuo rimaneggiamento: ad es. si è cominciato con il DSM, poi DSM II, poi DSM III, poi IV ed ora siamo al V.

Questo scetticismo, mi ha indotto a porre un'attenzione crescente ad alternative di approccio nell'indagine e nell'interpretazione di eventi e di “patologie”. E' da questa tensione che è nato il mio interesse per l'antropologa.

L'incontro con questa disciplina è stato graduale nel tempo: durante la specialità a volte qualche autorevole antropologo veniva trattato, e anch'io subivo il fascino dell'esotismo od orientalismo nelle descrizioni fatte da questi autori. Ma c'era dell'altro.

Dalla fine del liceo e per tutti gli anni dell'Università, non ho mai smesso di viaggiare in tutti quei paesi in cui le mie risorse economiche me lo permettevano. Sud America, Asia ed Africa sono state le mete privilegiate, e tutte visitate con il preciso intento e la grande curiosità di conoscere l'ambiente e la “gente” che abitava quelle regioni. Soprattutto indagare come gli individui costruivano il loro pensiero, scoprire i loro gusti o comprendere come operavano le scelte all'interno delle più svariate occasioni della vita. Una vera passione che, in associazione alla frequentazione del corso di laurea in medicina, mi ha portato a vivere esperienze particolari.

Come studentessa di medicina sono stata coinvolta ad esempio, in un piccolo ambulatorio di Madre Teresa di Calcutta, nella cura di una bambina con ferite importanti da ustioni, scoprendo innanzi tutto le reazioni silenziose e dignitose che spesso queste donne assumono di fronte agli eventi della loro vita. In secondo luogo osservavo come era gestita, da parte di alcune istituzioni religiose, la cura di problematiche pediatriche importanti, su chi pesasse la responsabilità del carico (cioè su volontari) e da ultimo il fatto che nel territorio, ad esclusione dell'intervento di queste organizzazioni, la popolazione non poteva essere garantita da servizi sanitari pubblici adeguati.

Ma non era certo con l'obiettivo di raccogliere dati, informazioni o d'indagare le pratiche delle organizzazioni sanitarie, che mi facevo coinvolgere da queste esperienze. Cominciavo a sperimentare sul campo, ciò che la Borutti indica come uno degli aspetti qualificanti il modello interpretativo, cioè il punto di vista che *“esclude l'immagine reificata degli oggetti di conoscenza”*. Gli oggetti antropologici non sono riducibili a *“cose separate dalle forme secondo cui li conosciamo”*(Borutti, 1999: pag.154). Si entra nei fatti,

in relazione coi significati e le strutture soggettive e sociali di senso. L'atto del conoscere è "prossimità" non distanza metodologica e per la Borutti "non si può parlare di istituzioni o individui, senza interagire con essi in un processo di parola, e senza far interagire diversi orizzonti di appartenenza storica e socioculturale. L'interpretativismo "comprende non spiega e questa comprensione deve conservare la dimensione della differenza dell'altro" (Borutti, 1999: pag. 155).

Non c'era lo spirito della ricercatrice nelle mie esperienze di viaggio, ma la curiosità di conoscere l'altro, sperimentando sul campo una "precomprensione" mediata dai miei modelli d'osservazione. La mia esperienza in quelli come in altri viaggi in anni successivi quando, sempre in India ma anche in Vietman, ho cominciato a visitare alcuni ospedali psichiatrici e ad osservare le pratiche terapeutiche utilizzate mantenevo, nella mia osservazione, i riferimenti appresi. La mia interpretazione di fronte all'uso frequente e disinvolto dell'elettroshock in diverse tipologie di disturbo psichiatrico, passava attraverso il mio universo di senso prodotto da un pensiero influenzato dal mio preciso periodo storico, che vedeva allora l'Italia capofila nella sperimentazione dell'abbandono di certe pratiche e nella chiusura definitiva dei manicomi. Inoltre i miei vincoli strutturali e concettuali, legati al percorso formativo degli anni della specialità, mi portava a "precomprendere" quelle esperienze su uno sfondo di schemi, di modelli, di orizzonti che orientavano il mio modo di vedere e d'interpretare. E' ciò che la Borutti dichiara essere "il soggetto conoscente il quale non è un soggetto neutro atemporale ed atopico" e indicandolo come il secondo degli aspetti qualificanti il modello interpretativo (Borutti, 1999: pag. 156).

Così perplessità mista a quasi indignazione, mi spingeva a distanze siderali dal voler accettare quell'esperienza con "un senso". Ero nella posizione che Gadamer chiama "precomprensione formale" (in Borutti, 1999: pag 156) che funziona come inerzia e "ostacolo epistemologico" all'emergenza di nuovi orizzonti di senso. Tuttavia la grande curiosità di osservare ed indagare rimaneva. Difficile era porsi in un atteggiamento neutro e non giudicante, ma poi la cura, la tenerezza, l'affetto che mostravano i familiari verso i loro congiunti mi colpiva quando, dopo l'intervento con la scarica elettrica, questi pazienti si risvegliavano nelle barelle disseminate qua e là lungo i corridoi del fatiscente ma affollatissimo ospedale psichiatrico. Osservavo quei gesti, quei sorrisi, le carezze e gli abbracci ed io ero lì, immersa in quel mondo, in quell'esperienza, respiravo quell'aria profumata di spezie ed insieme acre per l'uso abbondante di disinfettanti.

In quella situazione esperivo in forma poco cosciente quello che è stato descritto ancora da Borutti, il terzo ed ultimo tratto distintivo del modello interpretativo della conoscenza antropologica, quello che lei chiama "il modo configurante della conoscenza":

L'atto conoscitivo è inteso, non come un'inferenza logica in senso stretto (di tipo induttivo o deduttivo) ma come riconfigurazione di un campo problematico di dati in una sintesi di senso. (...) valorizzando il carattere costruttivo e configurante della conoscenza come reinvenzione del mondo, di per sé informe, dei dati, attraverso il supporto iconico di metafore e modelli interpretativi (come sono i modelli del "racconto", del "testo", del "dialogo") (Borutti, 1999: pag.156)

Il mio atto conoscitivo normalmente seguiva modelli positivistici di leggi generalizzabili con dati deducibili da esse, ma in quella situazione, libera dall'obbligo di produrre un "lavoro scientifico", m'immergevo nell'esperienza del contatto con l'altro, individuo o contesto che fosse, cercando una "sintesi di senso". Anche qui senza l'obiettivo costruttivo di un racconto, ma col desiderio, la tensione e la necessità di osservare la realtà con un altro sguardo e un altro modello.

Molti anni dopo la fine della specialità, ho avuto l'opportunità di frequentare il master in antropologia medica, come primo gradino nella conoscenza di questo diverso modo di osservare e descrivere il mondo. In accordo con l'ottica e le affermazioni della Borutti (1999), quando parla di una "scienza antropologica" peculiare su due aspetti rilevanti: "la prospettiva sui fatti a livello etnografico" e la "metodologia comparativa a livello di teoria antropologica" (Borutti, 1999: pag. 151), ho cominciato a ripensare in modo critico al mio particolare *posizionamento* nell'osservazione e nell'interpretazione della realtà.

Quasi per gioco, ma sicuramente con grande interesse, ho frequentato la specialistica in Antropologia culturale. Molto interessanti e variegati erano i campi d'indagine di cui mi sono occupata, ma nonostante la fascinazione di questa disciplina, non nego la continua difficoltà e perplessità nel sentirla, e doverla definire, "scienza". Per chi si approcciava a questa materia senza avere alle spalle un percorso metodologico ed epistemologico di altro tipo, non era difficile acquisire, quasi per osmosi, un approccio che poteva, a detta sua e di chi lo istruiva, definirsi scientifico. Ma era chiaro invece per me, che tale termine aveva un solo e preciso significato in quanto le caratteristiche nell'impostazione di una ricerca scientifica, ai miei occhi, doveva seguire criteri e passaggi definiti a priori.

Parallelamente ho sempre mantenuto la mia occupazione di psichiatra che, oltre a darmi economicamente il supporto necessario a vivere, mi gratifica nell'aspetto di solidarietà umana ma non solo. L'esperienza a latere, come medico volontario in una associazione per la cura di immigrati senza permesso di soggiorno, continuamente mi sollecitava a mantenere viva la curiosità nell'indagine sulla comprensione del variegato universo altrui.

Quando, in concomitanza ad una particolare contingenza personale, mi si è presentata l'occasione di approfondire i miei interessi all'interno di un percorso di dottorato di ricerca in antropologia, ho immediatamente aderito con grande entusiasmo.

L'interesse per un approfondimento su tematiche in ambito sanitario mi ha posto in una situazione complessa ed a volte ambivalente: medico e/o antropologa. Non influente o di poco conto è stato il lavoro sulla definizione del mio ruolo e sulla valutazione di quali caratteristiche vi incidessero, per operare una scelta riguardante il mio posizionamento. Mentre formalmente (e comunemente) è chiaro il ruolo e gli scopi riferiti alla figura del medico, meno definiti mi sembravano apparire i contorni che riguardavano il ruolo dell'antropologo.

Spesso il ruolo è legato allo scopo della ricerca che l'antropologo conduce, ma è anche un ruolo,

secondo Malinowski, direttamente influenzato dal metodo di ricerca utilizzato (1940)

Tuttavia lo sguardo decentrato e critico degli studi antropologici, porta ad assumere un ruolo importante nel rilevare fatti non immediatamente osservabili da ricercatori di altre discipline. Ad esempio alcuni antropologi (Mair, 1984), ancor prima degli attacchi radicali degli anni Settanta contro il paradigma della modernizzazione, usando lo spirito analitico della disciplina, avevano messo in discussione il concetto di sviluppo e di progresso che gli amministratori coloniali acriticamente accettavano in quanto incapaci di “notare”.

Nella mia ricerca ora ho rilevato alcuni elementi d'analisi interessanti che descriverò sia nella veste di medico che in quella di antropologa. Qui di seguito ne accenno ad alcuni in modo sintetico, per evidenziare le peculiarità che nel corso del capitolo affronterò in modo più approfondito.

Sia da medico che da antropologa, il centro d'interesse nei due diversi ruoli riguarda gli esseri umani (in una particolare situazione di cure sanitarie) con i quali mi devo relazionare in modo diretto e ai quali devo porre domande precise. Nonostante apparentemente le questioni riguardino tematiche sovrapponibili, ad esempio l'approfondimento biografico, e le domande siano per la gran parte simili, interessante notare che invece l'intento conoscitivo raggiunge interpretazioni e obiettivi diversi (la cura per il medico ed il testo per l'antropologo).

Ho notato anche che l'essere medico ha facilitato la comunicazione tra colleghi: sia nella loro comprensione della domanda, sia nella chiarezza della loro informazione. Credo che la condivisione di un linguaggio tecnico comune, possa incidere sulla reciproca accessibilità al senso dei contenuti. In aggiunta vuoi per solidarietà che per spirito di corpo, mi hanno sempre mostrato una disponibilità e tolleranza decisamente utili all'approfondimento dell'indagine. La condivisione delle esperienze di cura e delle conseguenti tensioni aiuta ad empatizzare ma anche comprendere reciprocamente il punto di vista dell'altro. L'essere medico inoltre mi ha aperto porte al contatto con i diretti responsabili di strutture, spesso medici anche loro.

Infine se per me poi il doppio ruolo ha significato questioni di confine, questo ha coinvolto inevitabilmente anche il mio contesto, visibile ad esempio negli attimi d'incertezza quando venivo presentata a qualche immigrato che avrei potuto intervistare. Medico o antropologa? Allora “le presento la dottoressa” era il modo d'accomunare, senza dover distinguere ruoli precisi, evitando inesattezze ed introducendo la “sintesi” di professionalità che si sarebbe realizzata nell'incontro.

Ho deciso qui di seguito di indicare, le aree nelle quali ho dovuto compiere uno sforzo attivo nel mantenere una specificità di ruolo, o quando con spontaneità e “naturalzza”, potevo permettermi di proporre un comportamento con interessanti sincretismi.

Per semplicità espositiva e criticamente coerente alla mia impostazione tratta da modelli positivistic, ho suddiviso la mia analisi nelle aree corrispondenti ai diversi “momenti” dell'incontro con l'altro. Nella realtà questi sfumano spesso gli uni negli altri, si sovrappongono e certamente ed inevitabilmente si

influenzano reciprocamente.

5.2 "Le presento la Dottoressa": il doppio ruolo nella ricerca .

Ho deciso di partire con la mia analisi dell'incontro con l'altro, essendo questa la situazione dalla quale sempre il medico inizia il suo percorso conoscitivo ed è anche l'atto che coinvolge, per la maggior parte dei casi, l'antropologo sul "campo".

Nelle letture condotte all'interno degli scritti riguardanti l'antropologia medica, mi sono resa conto che molti autori di quest'area sono anche medici e che quindi, utilizzano ed ampliano il loro lavoro di clinici con l'indagine antropologica. E' come se, la lettura e l'interpretazione delle informazioni riguardanti i loro pazienti, s'allargasse e s'arricchisse di questo specifico sguardo. Su questo tema, ci sono però aspetti non molto indagati: dove finisce il ruolo del medico e comincia quello dell'antropologo? Ed ha senso individuare dei confini? Che significato può avere? E quando i ruoli si sovrappongono ciò è eticamente corretto nel caso del ruolo medico? E quando i ruoli si differenziano, le informazioni acquisite cambiano?

Allargando la valutazione sul tema del doppio ruolo ad altre professioni, ad esempio nel caso di avvocati, o economisti o filosofi o sociologi, non si dovrebbe forse cercare di indagare quanto, la professione che si associa a quella antropologica, influenzi l'analisi delle informazioni ottenute o addirittura ne indirizzi la raccolta, per la semplice ragione che le domande poste risentono della formazione specifica del ricercatore antropologo? Geertz infatti ci parla della soggettività storica del ricercatore come precomprensione importante da considerare nella filigrana della narrazione etnografica (Geertz, 1988). Nel caso della fisica quantistica, ci viene ricordato quando si afferma che lo sperimentatore influenza la costruzione e l'esito del suo esperimento (Susskind, Friedman, 2015; Ghirardi, 2015). Queste questioni ampliano certamente il tema del posizionamento.

E' da queste riflessioni che parte la scelta di voler evidenziare, in modo riflessivo e in accordo con l'opinione geertziana di indicare i processi di costruzione della propria ricerca (Geertz, 1988: pag.23), come io intendo osservare le caratteristiche e la specificità del doppio ruolo.

Qui di seguito ho cercato di indicare il percorso logico dei diversi momenti di ricerca, come cioè il doppio posizionamento ha assunto le caratteristiche dell'uno o dell'altro ruolo e quanto, nella ricchezza dell'informazione, ne ho potuto sfruttare le singole specificità o il proficuo connubio.

5.2.a L'atto della comunicazione col soggetto interlocutore

Uno degli aspetti rilevanti del lavoro antropologico, così come quello medico, è l'entrare in relazione con l'altro. Anche quando l'antropologia era prevalentemente un'analisi e raccolta dei dati, fenomeni o racconti da chi "era stato" nel luogo oggetto di studi, si aveva in forma indiretta un rapporto con l'alterità. In questo capitolo intendo riferirmi alla concreta relazione e comunicazione con un soggetto vivente, ed indago gli aspetti caratterizzanti dell'una o dell'altra disciplina che maggiormente mi hanno coinvolta e con i

quali ho dovuto talvolta forzatamente separarne i ruoli o tranquillamente sovrapporli.

Contro la reificazione dell'oggetto nell'ottica interpretativa (come ho indicato prima), non si può pensare ai soggetti di studio come "oggetti" in astratto portatori di proprietà date, ma si devono comprendere i significati prodotti dai soggetti, che agiscono all'interno dei loro "universi di senso". A questo riguardo, pur con qualche aspetto critico, il modello geertziano del "soggetto come testo", nell'ottica di un oggetto antropologico come costruzione di linguaggi, ben si adatta a questo ruolo (Geertz, 1987: pag. 46-47, Borutti, 1999: pag. 157). Questi soggetti, entrano in relazione attraverso una comunicazione che varia in ambito medico rispetto a quello antropologico, essenzialmente per la sostanza dell'obiettivo finale. Voglio descrivere qui di seguito le sovrapposizioni e le differenze che ho sperimentato nella mia etnografia durante la comunicazione nel rapporto duale, trovandomi a ricoprire nei fatti e per la mia specificità il "doppio ruolo" di medico e antropologa.

Il contesto all'interno del quale avviene la relazione e la comunicazione nel caso dell'antropologo, è lo spazio del "campo", mentre per il medico è la "stanza" dell'ambulatorio, o studio, o camera d'ospedale. La mia esperienza di campo si è sviluppata all'interno degli spazi istituzionali: nella sede del Naga, nella zona dell'accoglienza o negli studi medici, e nelle sale riunioni degli ospedali o nel P.S. Ma non solo, anche luoghi meno formali come ai tavolini dei bar o nelle aree pubbliche di grandi librerie, così come nelle case di alcuni operatori. Non in quelle d'immigrati, perché loro spesso sono domiciliati nei dormitori pubblici o nelle case degli anziani presso i quali lavorano (e non desiderano condividere questo spazio) quindi con loro, prevalentemente, mi sono incontrata all'interno degli spazi dell'Associazione. Il dialogo sul campo, come anche scrive la Borutti, "non è una semplice fase, superata nel livello astratto di ricostruzione di strutture universali, ma momento conoscitivo essenziale" (1999: pag. 179).

Al di là della specificità spazio-temporale, il rapporto con l'alterità si muove in entrambi i ruoli sul colloquio e sulla ricerca di senso attraverso l'interpretazione. Questa, secondo una critica all'approccio interpretativo da parte di Borutti (1999: pag 162) porta spesso, nel caso dell'antropologo, a trascurare il contesto all'interno del quale si struttura la comunicazione, lasciando "in ombra la condizione di opacità che investe necessariamente il rapporto dialogico", dando adito così a possibili malintesi ed effetti di "distorsione nella relazione". Ciò provoca secondo l'autrice, situazione di crisi e sospensione della propria precomprensione anche perché l'interazione non è solo la costruzione degli altri attraverso la nostra, ma è anche sottoporre modelli e programmi di ricerca "alla prova" delle interazioni e delle possibili opacità.

In accordo con tale osservazione devo riconoscere che la mia esperienza, non essendo stata così distante dal personale contesto quotidiano, come il "combattimento dei galli" per Geertz nella società balinese (quindi lontana dal suo contesto 'd'origine'), poteva incorrere nel pericolo che alcuni fenomeni del contesto, subendo un processo di 'naturalizzazione', passassero inosservati. Anche l'essere psichiatra e quindi attenta ai meccanismi psicologici che tendono a far scomparire nell'ombra o che vengono oscurati nella normale comunicazione durante le relazioni, possono esitare in un eccessivo interpretativismo a

scapito dell'osservazione del contesto. Tuttavia la 'sospensione della propria precomprensione' e il pericolo di 'non rilevare opacità' mi sembra siano state soprattutto evitate grazie alla specificità di essere antropologa, che mi ha portato a sottolineare l'importanza di comprendere il contesto all'interno dell'analisi sulle caratteristiche e autenticità di coloro con i quali stabilivo il mio rapporto, che è divenuto più immediato e disinvolto.

Riguardo a ciò che la Borutti chiama la "prova" dei propri progetti di ricerca, ritengo sia utile indagare non già la specificità del singolo argomento, ma il fine stesso della ricerca che a mio parere, porta ad interferire sulla qualità delle relazioni e sulle conseguenti informazioni. Per comprendere come il fine della ricerca possa interferire sulla relazione, bisogna analizzare più da vicino il rapporto professionista – soggetto interlocutore da indagare. Della relazione medico-paziente si è scritto molto e si sono analizzate caratteristiche e modalità, mentre invece è più vago e meno descritto il rapporto, soprattutto riguardo la comunicazione, nella relazione antropologo-nativo.

Da un interessante manualetto di Semi, psichiatra e psicanalista (Semi, 1985), traggio un'utile suggestione riguardo l'atteggiamento da tenere durante le sedute con il paziente, che ho potuto sperimentare di fatto anche nella "modalità antropologica" di relazione. Semi indica alcuni necessari prerequisiti mentali che il professionista deve mostrare di avere per porsi in un atteggiamento d'ascolto, come quelli di avere una disponibilità attenta e rispettosa, una curiosità non invadente, una capacità di essere 'attivamente neutrali' e una buona conoscenza del proprio stile comunicativo.

L'aspetto interessante è l'importanza posta su due decisivi elementi che devono determinare l'intenzionalità dell'incontro: cioè evitare di appagare i desideri del paziente (principio di frustrazione) e rispondere al *principio di reciprocità*. E' su questa seconda raccomandazione che mi soffermo. L'obiettivo nella mia indagine medica è quello di giungere ad una diagnosi e ad una proposta terapeutica. Per questo obiettivo ogni clinico è ripagato (in forma pecuniaria o di gratificazione personale) e ogni paziente trae beneficio: quindi viene soddisfatto il principio di reciprocità. Come antropologa invece il mio obiettivo è quello di produrre informazioni e conoscenza riguardanti aspetti culturali dei soggetti studiati, quindi meno immediatamente fruibile per l'individuo che si ha di fronte e soprattutto non soddisfacendo il principio di reciprocità proposto da Semi.

A questo proposito porto questa esperienza. Quando ho conosciuto Miriam, peruviana ventottenne di professione badante, ho avuto un primo colloquio sulle sue esperienze di cura presso un ospedale di Milano, grazie al fatto che aveva un appuntamento col chirurgo. Ma successivamente ho avuto molte difficoltà nel riuscire a rivederla per un altro incontro in quanto, difficilmente riusciva a liberarsi dal lavoro di badante. Ho dovuto attendere che fissasse nuovamente un controllo col medico giacché ai suoi come agli occhi della gente comune, meglio giustifica un permesso dal lavoro, rispetto ad uno per il colloquio con l'antropologa. Questo bene esemplifica il grado di disponibilità che può realizzarsi in mancanza di una situazione di 'reciprocità' come indicato da Semi e quindi il peso che gioca nella relazione.

Mi è capitato di osservare, se posso aggiungere un'esperienza che ancora fa riferimento all'esito nella situazione in cui manca la 'reciprocità' nel lavoro "sul campo", una sorta di "blocco" nelle relazioni con gli interlocutori o una "percezione" d'inautenticità riguardanti le informazioni ricevute. Ricordo quando il sig. Goumri, anziano egiziano con diverse patologie, mi raccontava lungamente aneddoti sulle sue vicende, al solo scopo (sembrava) di prolungare il colloquio per ottenere alla fine il mio numero di cellulare, ma col risultato di darmi informazioni che sembravano poco credibili (se non contraddittorie).

Spesso ho notato la ricchezza e rilevanza dei dati biografici delle persone intervistate quando, nella mia presentazione fatta dai volontari del Naga, mi si indicava nel ruolo di medico-antropologa anziché come solo antropologa. Probabilmente la conoscenza di questa disciplina non è così diffusa, ma se in quest'ultimo ruolo durante il primo approccio non notavo particolari limiti nella comunicazione delle loro informazioni, devo riconoscere che così non era nelle fasi successive quando osservavo una certa sobrietà e povertà di dati. Non c'era l'interesse, da parte dell'interlocutore, a fornirmi particolari rilevanti o utili ai fini della mia indagine.

Durante il colloquio medico-psichiatrico le mie domande, a volte divenendo quasi incalzanti, dimostrano un interesse per la persona che ho di fronte il cui fine ultimo, chiaro ad entrambi, è solo quello di dare frutti utilizzabili direttamente dal soggetto intervistato. Invece non nego l'aspetto assolutamente individualistico, strumentale e vagamente opportunistico del colloquio come antropologa, quando ricerco informazioni che interessano me soltanto, di cui necessito e di cui avidamente a volte, ricerco le fonti. Questo l'ho sentito di fatto spesso interferire sull'autenticità del rapporto, e di conseguenza sull'informazione ottenuta.

Nel colloquio da antropologa si vuole ampliare lo sguardo perchè ancora oggi l'antropologia è parte di un sistema globale di relazioni economiche, politiche e sociali fortemente asimmetriche. Ma nelle indagini e nella ricerca delle informazioni è sempre l'interesse del committente a dominare il campo (Malighetti, 2005: pag. 11) e non quello del fruitore. E questo a mio parere inficia il rapporto con l'interlocutore e la raccolta dei contenuti.

Molti ricercatori sentono spontaneamente di dover mediare la relazione attraverso una condivisione dell'esperienza o associando una condizione di intensa espressione di simpatia, forse a scopo compensatorio e in linea a ciò che Semi ci indica. L'autore ricorda che alla fine del colloquio, non devono essere soddisfatti direttamente i desideri del paziente (ad eccezione dell'avergli rimandato un'opinione più chiara di sé) ma soprattutto, e per quel che qui ci riguarda, uscendo "deve aver ricevuto almeno quanto ha dato" (Semi, 1985). Con questo, vuol sottolineare l'importanza dell'idea di reciprocità e scambio che dovrebbe guidare queste (come anche altre), relazioni. Notorio è il dato di antropologi che pagavano i loro informatori, per indagare ed approfondire le tematiche riguardanti la cultura della popolazione in oggetto.

Così la mancanza di reciprocità o la possibile parziale insoddisfazione di uno dei due soggetti, potrebbe condurre ad interferenze nella comunicazione dialogica, e ciò potrebbe essere d'impedimento ed

infiare la qualità, l'autenticità, la profondità, la complessità ed esaustività di parte delle informazioni ottenute.

Ho osservato durante la ricerca, anche quanto la copresenza di due ruoli appesantisca e confonda gli interlocutori. In uno dei casi esposti, per fattori contingenti legati ad un improvviso peggioramento dello stato di salute della persona, non sono riuscita ad evitare la contemporaneità del doppio ruolo. Mi sono accorta del parziale disorientamento del paziente di fronte a domande che poco avevano a che fare con l'attualità del disagio. Mi sono allora sentita in dovere d'informare il paziente dell'aspetto utilitaristico nella mia richiesta di 'altre' informazioni non legate specificatamente alla sua malattia.

Questo mi ha portato a sperimentare e confermare sul campo ciò che spesso, da parte di professionisti di diverse discipline, si "usa fare". Sfruttare il proprio ruolo al fine di acquisire dati necessari alla propria ricerca. In queste situazioni l'attenzione del ricercatore durante i colloqui, deve continuamente spostarsi su obiettivi completamente o parzialmente diversi. Accanto alla fatica di mantenere una concentrazione adeguata, tale modalità è complessa, macchinosa se non addirittura talvolta fuorviante. Inoltre mostra un rapporto inautentico durante la relazione, che viene empaticamente raccolto.

Sposto ora l'attenzione oltre al rapporto duale anche al contesto di campo. Quello che Borutti critica dell'approccio geertziano, cioè che l'"approccio ermeneutico porta a trascurare il contesto pragmatico e vitale in cui avviene l'incontro con l'altro" (Borutti, 1999: pag. 162), mette in evidenza la peculiarità e la ricchezza dell'esperienza di campo. Il medico non si sposta mai dallo studio mentre l'antropologa ha la possibilità d'osservare, attraverso l'azione, i gesti, i movimenti del corpo, le relazioni che si producono, ciò che guida e spinge i vari soggetti ad operare le scelte nella propria quotidianità. Molto spontanea e ricca d'informazioni è l'osservazione ("partecipante") delle pratiche nel mio ruolo di antropologa.

Osservando alcuni dei miei immigrati nell'occasione della visita al P.S. ad esempio, mi sono resa conto delle reali difficoltà che incontrano, anche solo nella comunicazione dei loro sintomi allo sportello del "triage" (sportello adibito alla comunicazione dei propri disturbi ad un operatore, di solito infermiere, che deve inviare poi allo specialista più utile per la risoluzione di quegli specifici problemi). Alcuni di loro tendono ad indicare con le mani la zona dolente o interessata dal problema, e non a chiamare per nome tale area. Se questa è una parte sotto il livello del vetro dello sportello, comincia a diventare difficile intendersi su quale parte è effettivamente colpita e di conseguenza quale specialista dovrà essere contattato (nefrologo, epatologo, chirurgo, ecc.). Questa osservazione e la conseguente valutazione di una delle difficoltà incontrate da parte degli immigrati durante l'accesso alle strutture pubbliche, non si sarebbero mai potute rilevare se l'occhio dello studioso fosse rimasto chiuso all'interno di strutture formali. Questa è la risorsa e la ricchezza alla quale, nel mio ruolo di antropologa, ho potuto accedere e che mi ha guidata durante la ricerca.

Il campo inoltre, ci suggerisce Borutti è "dialogo di alterità" (pag. 177), e per quanto l'antropologo cerchi di indirizzarne il percorso, messo di fronte alle altrui informazioni (non risposte) deve sempre

riaggiustare il proprio modello di riferimento in rapporto a quello del “nativo”, cioè agli schemi con cui gli interlocutori pre-comprendono la loro cultura, fino a cambiare il proprio stile di ricerca.

Del posizionamento medico ho sfruttato invece, da un lato l'opportunità di accedere a contatti il cui privilegio è stata la diversa qualità, in termini di profondità, delle informazioni, dall'altro la possibilità di poter verificare l'autenticità di aspetti tecnici o clinici e raggiungere comunicazioni a volte “inconfessabili”. Ad esempio è notoria l'affermazione scritta e dichiarata che il Naga è un'associazione (“nata per chiudere”), che non si vuole sostituire all'azione statale di cura dato che il diritto alla salute deve essere per tutti e il servizio sanitario deve essere di pertinenza dei servizi pubblici. Ma mai come in questi tempi, la numerosità degli utenti è fattore determinante, riguardo la sopravvivenza in termini economici (per le strutture pubbliche e per le private convenzionate), o d'immagine o di potere, esercitabile da una struttura sanitaria. Così l'esplicitazione spontanea del fatto che, la diminuzione degli accessi al Naga può preoccupare perchè equivale a una diminuzione del potere contrattuale nelle battaglie legali sul territorio milanese, mi è stata espressa tranquillamente dal direttore sanitario senza remore: questo contraddice di fatto l'affermazione dichiarata dall'Associazione anche se realisticamente non si può fare altro .

Ancora una volta nella stesura di questa parte del testo, ho deciso di dividere per chiarezza l'atto della comunicazione, dall'atto della comprensione e da quello dell'interpretazione, ma nel rapporto dialogico spesso questi piani si sovrappongono, s'intrecciano l'uno nell'altro e si alternano nell'avvicendamento mentale durante la costruzione della relazione duale.

5.2.b L'atto del comprendere e conoscere

L'*atto del comprendere*, che nell'ottica Jasperiana, significa “prender dentro”, è uno degli aspetti qualificanti la pratica psichiatra così come quella medica in generale. L'atto in sé, è qualcosa che per me si struttura come modalità quotidiana di gestire un rapporto conoscitivo che rimanendo dialogico, si sviluppa nel tempo e si vuole contrapporre alla “spiegazione” tipica delle scienze che riconducono un fenomeno a teorie di leggi universali. Gli eventi, raccontati da un paziente e per le finalità diagnostiche, divengono dei particolari che devono essere inseriti in un universale noto. Questo più che per voler aderire alla metodologia dell'*analisi complessa nell'elementare*, si fa allo scopo di utilizzare un linguaggio tecnico condiviso, semplice ed utile negli scambi spesso affrettati, tra gli operatori.

Tuttavia attraverso l'interpretativismo, che considera la specificità degli oggetti di studio come “strutture di significato”, ho potuto utilizzare quell'accento posto sul sé dell'interlocutore, come strumento per rendere la comprensione e l'atto conoscitivo sia da psichiatra che da antropologa, atti spiccatamente soggettivi. Per me conoscere significa assumere la necessaria distanza emotiva (pur invece nella vicinanza empatica durante il colloquio psichiatrico), che mi permetta di sentire di non poter mai diventare “l'altro” andando, come si afferma nel modello interpretativo, verso la direzione di un comprendere che conservi la dimensione della differenza con l'altro, e che comprenda “contrastivamente”. Questa lettura della

soggettiva alterità, mi ha aiutata ad evitare il passaggio alla reificazione dell'altro.

Nel mio incontro con l'interlocutore, sia nel ruolo di psichiatra che di antropologa, a volte ho cercato di mettermi nei suoi panni, ma spesso ho indagato invece il senso che costui dà alle situazioni, agli eventi, agli oggetti e alle relazioni. Questo perchè condivido quella parte del pensiero di Geertz secondo cui la comprensione, che inizia sul campo, non è intuitiva ma è un complesso "lavoro di sutura e costruzione" (Geertz, 1988: pag. 51) ed è alla ricerca di comprendere un comprendere non nostro, di costruire sistemi di simboli con dettagli facendo ricorso alla propria cultura. E' un "vedere come", cercando di mostrare la logica degli altri utilizzando la nostra logica: "mettere in luce la loro logica con le nostre parole" (Geertz, 1988: pag.14).

Questo mi ha aiutata nel tempo come medico. Nel ruolo di antropologa quando la domanda, la richiesta di aiuto, la logica che muove questi immigrati è la stessa logica assolutamente sovrapponibile a qualsiasi problematica vissuta e riportata da un qualsiasi malato italiano, non opero nessuna distinzione nell'atto del comprendere. Il "loro vedere" è come "il vedere di qualsiasi altro paziente", fatico allora a cogliere delle peculiarità. L'informazione si 'naturalizza' e diviene difficile, da parte mia, cogliere delle novità specifiche. Questo infatti risulta essere uno dei pericoli maggiori a cui ho potuto andare incontro, cioè la naturalizzazione dell'esperienza e dell'osservazione o comprensione del rapporto con l'immigrato, (quando arriva come utente al Naga) e che poi m'impedisce di rilevare caratteristiche utili allo studio.

Ho iniziato il mio volontariato in qualità di medico psichiatra nell' anno 1995, e da allora mi sono occupata settimanalmente dell'aspetto clinico di cura. La comprensione del senso e del "punto di vista" di questi stranieri è diventata materia d'indagine per tutta la mia attività psichiatrica di quegli anni. Anche la proposta terapeutica ha seguito percorsi alternativi: ho utilizzato ad esempio l'intervento etnopsichiatrico grupale di stile Nathaniano, che ha contribuito ad ampliare gli approcci terapeutici proponibili nella cura con gli immigrati. Le storie, le vite di quest'ultimi mi sono diventate familiari e il pericolo della naturalizzazione, come avviene spesso nell'attività medica, porta ad interpretare la conoscenza acquisita come qualcosa di non sufficientemente peculiare e quindi discriminante o importante cioè degno d'analisi.

In questa parte della ricerca durante i colloqui, negli incontri con gli immigrati, il discorso spesso langue se la mia indagine riguarda la conoscenza del loro punto di vista su come e a chi rivolgersi in caso di malessere, o sul riferire la loro esperienza, perlopiù positiva, dei ricoveri o delle cure ambulatoriali. Per questa ragione ho deciso d'indagare le suddette tematiche, attraverso principalmente la filigrana delle pratiche, che lasciano scorgere disagi ben più ampi della semplice domanda sulle modalità di risoluzione del disturbo. Infatti "non tutte le domande sono possibili e malintesi e rotture non sono ostacoli, ma condizioni della ricerca" (Borutti, 1999: pag. 178)

Riprendendo invece il tema del doppio ruolo, e sempre a proposito della conoscenza, un elemento sovrapponibile in entrambi gli ambiti sia quello medico-psichiatrico che quello antropologico è quello che riguarda la ricerca della verità. Se nella medicina, quindi anche in psichiatria, si richiede l'espressione dei

sintomi e non se la loro eziologia “veramente” o no derivi dalla causa espressa, l'obiettivo dell'antropologia è l'“ampliamento del discorso umano” (Geertz in Malighetti, 2008: pag. 22).

Infatti la comprensione è un'attività contestuale strategica legata all'interazione dialogica ed esposta anche al fallimento dove la verità non è presupposto necessario; nell'interazione gli enunciati significano non per il contenuto informativo, ma in quanto “atti cioè in rapporto al contesto spazio-temporale e alla loro attività di produzione di relazione” (Borutti, 1990: pag. 176).

Per concludere ed introdurre il successivo argomento, ricordo che l'atto del conoscere e quello dell'interpretare sono solo qui formalmente separati, ma nella realtà sono così simbiotici da essere reciprocamente l'uno conseguente ed influenzante l'altro.

5.2.c L'atto dell'interpretare

Se per l'antropologo la scrittura risulta lo scopo principale della propria attività, per il medico l'atto prevalente che caratterizza il proprio agire è la terapia. L'antropologo scrive, il medico cura, passando entrambi però attraverso l'interpretazione di segni.

Nel caso del medico i segni o sintomi vanno ricondotti a leggi generali affinché possano condurre a diagnosi il più possibile veritiere e realistiche: febbre + tosse = bronchite. Tuttavia, nell'ambito della mia specialità, i segni non sono sempre riconducibili ad una specifica patologia e le teorie interpretative danno significati diversificati in base ai loro assunti teorici: pianto frequente + tono dell'umore deflesso = depressione? Ansia con depressione? Disturbo schizoaffettivo? Insonnia prolungata? Lutto non elaborato?. Da qui la difficoltà nel considerare l'approccio scientifico positivisticamente utile in ambito psichiatrico-psicologico e nell'interpretazione del sintomo.

In accordo con quanto descrive Borutti, la concezione interpretativa ha il merito di aver mostrato una diversa relazione del rapporto tra teoria ed esperienza indicando che tra forma e contenuto, tra soggetto ed oggetto di conoscenza esiste un “rapporto di senso” (Borutti, 1999: pag. 154) dove la conoscenza ha a che fare col senso dei soggetti. Vero è che, più che le leggi in generale, è la soggettività degli interlocutori che conta nella relazione con i pazienti, così come in quella che ho stabilito con gli immigrati o gli altri soggetti della ricerca nel mio ruolo di antropologa.

Interpretare nell'atto medico significa comprendere i segni aderendo a questa o quell'altra teoria: analitica, cognitivo-comportamentale, ecc. così come nell'atto antropologico si parla di strutturalismo, relativismo, ecc., ma anche attraverso teorie presenti sia in antropologia che per es. in psicologia come il funzionalismo. Per quanto mi riguarda in questi anni di attività medica al lavoro, così come al Naga, ho cercato di utilizzare i miei assunti teorici (multi-variegati) cercando di adattarli di volta in volta alle diverse situazioni o richieste, senza una rigidità che di fatto impedisse una reale comprensione del “perchè” si era giunti a quella situazione (la così detta eziologia). Ma se non di patologia si parla in antropologia, capire perchè il sig. Mohamed, giovane marocchino incontrato all'accoglienza, ha deciso di utilizzare l'Opera di S.

Francesco al posto del Naga in quella precisa situazione, diventa ora uno degli obiettivi nell'indagine della mia ricerca etnografica.

Il percorso che conduce all'elaborazione delle presunte cause, ci mette nella condizione di un "vedere come...", "pensare come..." ed è su questo terreno che colgo una sovrapposizione d'intenti e d'esperienza tra i due diversi ruoli. Questo meccanismo mentale è qualcosa che frequentemente utilizzo per cogliere, nelle diverse situazioni l'inedito, la creatività o che fanno, di quella scelta operata, l'autentica scelta soggettiva. Grazie all'utilizzo di un approccio legato all'antropologia interpretativa, il mio interesse non è la ricerca di leggi generali ma i modi di vita particolari. La natura di questo "olismo" consiste nel fornire un'immagine di una vita osservata da vicino e nel concettualizzare gli elementi della cultura per fare sistematiche connessioni tra loro (Malighetti, 1991: pag.177).

Seguendo il percorso tracciato da Borutti, alla base dell'interpretazione e conoscenza in antropologia c'è il dialogo dell'alterità sul campo, che non prescinde dalla costruzione del testo etnografico. La costruzione interpretativa parte dall'uso di schemi dialogici nella relazione con l'alterità, dove l'antropologa non diviene l'altro, né impone i propri riferimenti simbolici, ma nell'interazione ripensa i propri orizzonti mettendoli in contatto con comportamenti, reazioni, modelli indigeni di rappresentazione della propria cultura (Malighetti, 1991: pag. 178). Poi le costruzioni interpretative continuano nella forma del lavoro di traduzione di un "dire" in un "detto". Con Clifford Geertz la metafora della "cultura come testo", conduce ad interessarsi a come le interpretazioni vengono costruite da parte dell'antropologo che a sua volta dialoga con le interpretazioni dei suoi informatori. Le interpretazioni dell'antropologo si fondono con quelle dell'indigeno e si richiamano: "le une non possono essere comprese indipendentemente dalle altre" (Malighetti, 1991: pag. 18).

Così il momento della formazione delle ipotesi interpretative si concretizza nella fase di oggettivazione, dove le descrizioni sono espresse a più livelli: nel dialogo delle lingue, nel passaggio dal contesto orale, dialogico e atemporale del discorso, fino alla scrittura monologica e atemporale del testo, e nell'operazione di messa in forma dell'alterità attraverso modelli di riferimento. Così come nella formulazione d'ipotesi eziologiche e terapeutiche.

All'interno del dialogo tra le lingue Borutti affronta uno dei temi più complessi, a mio parere, della fase interpretativa che deve tenere conto delle "distanze". Nel parlare dell'apprendimento della lingua originaria della popolazione studiata, afferma :

"Ma se l'antropologo parla e vive il punto di vista del nativo, egli non traduce più nel proprio punto di vista, non dialoga più con l'alterità, e perciò non comprende.(...) E' il caso degli antropologi (..) che non sono più tornati dai viaggi, e che si sono fatti indigeni. Costoro hanno smesso di essere antropologi, e perciò di comprendere. Nella loro esperienza, comprendere è diventato essere: in altre parole, si è annullato per loro lo spazio in cui avviene la conoscenza". (Borutti, 1991: pag. 180)

Così è importante che l'antropologo comprenda l'alterità nella differenza e l'apprendimento della lingua, così come il punto di vista del nativo, deve rimanere uno sforzo cosciente di simulazione e

traduzione. Comprendere senza essere o divenire l'altro, cioè mantenere la giusta distanza conoscitiva, è una delle pratiche fondamentali nell'attività psichiatrica. Grazie al percorso formativo degli anni della specialità, ma soprattutto per l'esperienza clinica realizzatasi attraverso il mio lavoro di psichiatra, ho sviluppato un'attenzione adeguata riguardo questa modalità di rapporto. Nell'esperienza di campo mi è stato utile aver sviluppato 'altrove' questa conoscenza, potendola così realizzare con dimestichezza.

Ancora a proposito dell'argomento più in generale dell'interpretazione, vorrei descrivere il pericolo a volte della 'naturalizzazione' di una segno o sintomo, che si trasforma in 'normalità' e quindi non lo si considera degno d'interesse. Quando la domanda, le modalità di comunicazione o le pratiche dell'altro, divengono simili e del tutto sovrapponibili a quelle sperimentate nella quotidianità delle relazioni degli italiani, mi è capitato di omologare i segni come 'naturalmente' presenti. E' percepibile la condizione dell'altro diverso da sé ma non diverso dagli italiani. Questo incorre nel pericolo di non problematizzare la condizione dell'immigrato, di non approfondire le sue specifiche caratteristiche sui percorsi di cura perchè 'naturalizzandoli' non sono degni di nota. Mentre la giusta attenzione farebbe notare che ciò che cambia ad esempio, è la risposta delle istituzioni. Si noterebbero le diverse forme di violenza strutturale nella produzione della malattia o le risposte di "reazione" e opposizione come forme inedite e peculiari dell'immigrato.

Una critica condivisibile avanzata dalla Borutti (1999) è quella che riguarda la modalità interpretativa di sottovalutare forse fenomeni intensi e temporali, quando avviene un passaggio troppo immediato dalla visione alla rappresentazione verbale. Così:

"il tempo dello sguardo non è quello della cosa vista. Vedere non è né osservazione neutra, guidata da tassonomie già pronte, né immedesimazione empatica. Il vedere diventa, nell'incontro antropologico, sguardo che si incontra con altro sguardo e ne è modificato: non c'è simmetria tra vedere ed essere visto; l'esser visto cambia il vedere; lo sguardo è uno scambio di sguardi: è vedere ed essere visti" (Borutti, 1999: pag.163)

Questo quindi è uno dei pericoli di un percorso \che coinvolge l'esperienza di campo quando non considera lo spazio affettivo vitale (che per me come psichiatra è quello empatico) dell'osservazione, o quando la costruzione delle descrizioni etnografiche passa dal discorso diretto dialogico a quello indiretto nel lavoro di "traduzione", "interpretazione", "ricostruzione dei contesti", ed infine il compromesso nella testualizzazione, che pone in un rapporto di tensione ed osmosi l'antropologia ideale e l'insieme dei costrutti teorici (Borutti, 1999).

5.2.d L'atto dello scrivere e/o del curare

Quando Geertz utilizza la metafora della cultura come "testo", sottolinea di fatto l'importanza fondamentale della scrittura nel lavoro dell'antropologo. Negli scritti etnografici sono transitate le teorie di universi metodologici ampiamente diversificati, che ne hanno tracciato le differenze. Tuttavia l'antropologia interpretativa mi ha interessata per il carattere esclusivo nella creazione di "senso" del rapporto con

l'alterità, che sfocia nel percorso di un virtuosismo circolare dove soggetto e oggetto, particolare e generale si confrontano e si rafforzano (Malighetti, 2008).

A partire dall'esperienza di campo, che è un'occasione per riformulare la propria ricerca, l'antropologo traspone la relazione con l'alterità in documenti grafici differenziati: taccuini di appunti, trascrizione di dialoghi, registrazioni, grafici, schizzi, foto, commenti, tentativi di traduzione – documenti che sono già intuizioni ed interpretazioni. L'etnografo registra ciò che è in grado di comprendere rispetto a quello che i suoi interlocutori hanno voluto o saputo dire partendo da ciò che hanno capito. Così l'etnografia nasce nella temporalità della scrittura, nella trascrizione della realtà del dire e nel rapporto con i lettori e "l'identità culturale emerge, dunque, come il prodotto di una negoziazione condotta dal *punto di vista dell'antropologo* con le prospettive che questi ha attribuito ai propri interlocutori." (Malighetti, 2007: pag.25)

La trascrizione dell'esperienza in un testo diviene interfaccia tra i due momenti forti: l'esperienza di campo e la teoria che si integrano in un contesto sociale.

Diverso è l'esito finale dell'approccio medico, che vede la proposta della pratica di cura dei disturbi rilevati cioè il percorso terapeutico.

Le indicazioni sulle diverse pratiche di cura non sono mai state monoliticamente uniche e universali, variando persino nella proposta finale della dose ritenuta terapeutica di una farmacoterapia per la stessa identica malattia. Ad esempio riguardo ciò, il dosaggio statunitense degli antidepressivi o dei neurolettici, si attesta a circa il doppio (o poco meno) rispetto a quello europeo. Così come nella cura di pazienti di certe etnie, decisamente più sensibili agli psicofarmaci, si è obbligati a rivedere le dosi decisamente in ribasso.

Tuttavia prima della terapia un medico scrive e descrive le caratteristiche di una patologia, con un linguaggio tecnico, specialistico, influenzato da quella terminologia medica che implica uno sguardo "distante" e "neutro", pur se soggettivamente influenzato e condiviso. Da un lato tale pratica ha due pregi: il primo dà la possibilità di evitare un coinvolgimento affettivo ed emotivo tale da impedire il perdersi nei sentimenti di tristezza e pena che interferirebbero con l'elaborazione di una strategia d'intervento terapeutico consona alla situazione; secondo, la descrizione neutra può offrire spazi ad interpretazioni diverse e di conseguenza a proposte terapeutiche di altri soggetti, forse maggiormente efficaci. Dall'altro questo linguaggio tecnico ha il difetto di non esplicitare il pensiero o l'interpretazione che si sta costruendo nel momento stesso della descrizione (questo potrebbe accadere anche durante la realizzazione di un testo etnografico).

Nelle mie trascrizioni etnografiche risento molto di questa impostazione. Quando riprendo le parole dei miei interlocutori dal registratore, cerco di non tralasciare quasi nemmeno i loro "sospiri". Non mi risulta difficile riportare i colloqui o gli incontri avvenuti, ma come medico tendo ad utilizzare le parole (ad esempio come quelle annotate sulle cartelle cliniche), in modo che assumano immediatamente la forma di descrizione. Questa descrizione, esita in una "etichetta", a volte indelebile (la diagnosi), dimostrandone

tutto il carico di potere.

Come antropologa invece la narrazione delle pratiche osservate e poi descritte sembra veicolare, nel mio vissuto, un potenziale meno imperativo, più dinamico e poroso. Si entra e esce dalla dimensione conoscitiva che apre a diverse interpretazioni. Ad es. per Geertz, secondo la lettura della Borutti, la conoscenza è una “costruzione che esibisce un mondo di significati, costruzione discorsiva coerente in un insieme di comportamenti sociali, non deduce il particolare dall'universale della legge, ma mostra la forma, il modello nel particolare attraverso la mediazione di un'icona testuale” (Borutti, 1999: pag.158). Con questo Geertz sottolinea la funzione configurante e modellizzante della finzione testuale anche se questa tiene poco in considerazione gli aspetti “intraducibili” ed “opachi” della soggettività: gli sguardi, gli ammiccamenti, gli affetti, ecc.

La scrittura del mio testo antropologico pesca direttamente dall'esperienza etnografica di campo “dinamica e porosa”. Condivido con Grillo (1997) l'idea che l'antropologia illumini aspetti che altre discipline ignorano come l'osservazione diretta e condivisa dei comportamenti: i gesti, le parole, gli spostamenti, i percorsi fisici e i contesti frequentati utilizzati dagli immigrati della mia ricerca, quando s'interfacciano col personale delle istituzioni o nel loro ambiente più familiare. Altra caratteristica, sempre da questo autore menzionata, è la particolare enfasi sulla ricerca della dimensione soggettiva. Il parlare per ore con la persona studiata, condividendone anche il tempo “ludico”: fermarsi a sorseggiare un thè in un bar come con Gor, mentre le parole dei racconti si susseguono impetuose. Un po' come essere nel ruolo dell'educatrice, ma con sguardo decentrato e critico.

Un aspetto presente in entrambi i ruoli da me ricoperti, medico psichiatra e antropologa, è quello dell'attesa che lascia esprimere l'“altro”. Attendo, lascio parlare, lascio spazio, quel “vuoto”, che conduce ed esita nella scelta di una cura appropriatamente soggettiva in ambito medico o nel disvelamento dei significati e del “senso” di pratiche o espressioni quando ricopro il ruolo di antropologa.

Poi inesorabilmente arriva il passaggio obbligatorio del compromesso nella produzione oggettivante della stesura di un testo, sia quando ricopro il ruolo di medico che come antropologa. Il testo che necessita la “messa in forma degli eventi dialogici e contestuali (...)”, di una simulazione dell'insieme dei significati e dell'azione dell'altro: il che comporta delle trasformazioni, dei residui, dei compromessi legati necessariamente all'opacità dell'altro” (Borutti, 1999: pag. 166). Il compromesso non è da intendersi nell'accezione negativa del fallimento ma come segnale di una separatezza dall'altro, condizione necessaria al percorso di conoscenza.

In antropologia ancor più che in medicina, si lavora sull'informe e intraducibile, perchè spesso non si condividono gli orizzonti di senso culturali che legano i due interlocutori. Ma anche qui “gli scarti” e i “vuoti”, sono gli “spazi” creativi in cui la conoscenza lavora, che costruisce per “contrasto” cioè con ciò che è difforme da noi. Come scrive Affergan “se posso osservarli è perchè non sono come me” (Affergan, 1991).

Il percorso della stesura del testo in antropologia è complesso ed è stato spesso molto indagato.

Riporto qui di seguito alcune parole di Borutti (1999):

“il percorso dal discorso al testo va analizzato sotto molti aspetti, che sono altrettanti aspetti della scrittura come luogo (ambiguo) dell'oggettivazione: la scrittura antropologica è rapporto di potere, è problema di autolegittimazione e autorità, è finzione oggettivante che si apre un cammino traduttivo verso l'altro.” (Borutti S.,1999 pag. 188).

Così come sulle valutazioni terapeutiche il dibattito tra medici è sempre aperto e le opinioni sono variegate nel panorama clinico, anche per gli antropologi la scrittura del testo assume una rilevanza determinante e dibattuta.

L'etnografia è partita come pratica di viaggiatori Occidentali che, descrivendo il “selvaggio”, definivano in questo modo la propria identità in rapporto e in contrasto con le distanze spazio-temporali e culturali dell'altro. La testualità antropologica mostra allora la scrittura come luogo di sapere e potere e l'autorevolezza dell'autore dipende dalla sua capacità di persuasione nei dibattiti fra scelte contrastanti (Malighetti, 1991) . Quindi la stesura del testo è un problema “retorico” di forme esteriori e di scelte delle forme espressive e comunicative più adeguate, ma è anche un problema “epistemologico” che riguarda le forme di oggettivazione di un sapere.

Nei miei articoli in ambito medico, l'aspetto legato alla costruzione testuale non è mai stato meritevole né d'indagine né di particolare cura creativa, in quanto l'autorevolezza di uno scritto risiede nella serietà e nella precisione del percorso conoscitivo: cioè la valutazione del campione (criteri d'inclusione ed esclusione), la correttezza del procedimento sperimentale (ripetizione esatta delle stesse azioni), la raccolta dei risultati (con catalogazione dei dati) e valutazione attraverso criteri matematico-statistici per avere la certezza della neutralità e oggettività dell'indagine. Nessuna intenzionalità (apparente) nell'ottenimento dell'uno o dell'altro risultato e, se esistente, con il riconoscimento dell'impegno comunque investito.

Nelle mie tesi, di laurea in medicina e di specialità in psichiatria, sono partita in entrambi i casi da ipotesi che non si sono poi rivelate sostenute dai risultati ottenuti. Tuttavia, ho ricevuto il massimo del punteggio possibile per i voti di tesi e la mia ricerca in cardiologia ha avuto visibilità su una delle più prestigiose riviste internazionali del settore.

Appare così comprensibile in tutta la sua ampiezza, La complessità da me affrontata nella stesura di un testo etnografico e nella ricerca dell'ottenimento dei dati per l'elaborazione del suo contenuto. Inoltre in medicina l'originalità di una ricerca diviene frequentemente condivisa attraverso l'utilizzo dei dati statistici raccolti, mentre in antropologia l'aspetto condiviso è il “pensiero” degli altri autori che non necessariamente è interpretabile in un unico modo. Mi muovo insomma tra ambiti, modelli e teorie diverse e a volte contrapposte.

L'invenzione del testo etnografico penso debba essere in continua tensione e osmosi con un livello di elaborazione di ipotesi teoriche, che passino da un particolare ad un altro, il cui passaggio al livello teorico deve rimanere un compromesso non universalizzabile. In questo compromesso è necessario tenere in considerazione che la parzialità e la soggettività dell'osservazione ottenuta, pur facendo parte di un tutto

globale, ne è comunque solo una 'parte'. Per usare la metafora delle tre mosche che volano sull'elefante ed ognuna afferma di conoscere l'animale e lo definiscono ora orecchio, ora proboscide, ora zampa: tutte tre hanno ragione perchè l'elefante è tutto quello, ma loro non colgono l'insieme. Ancora, non interessa la verità di cosa è veramente l'elefante, ma anche saperlo, divenendo magari degli aironi e prendendo la distanza per guardare l'insieme, si può ampliare lo sguardo e approfondire la complessità.

Anche i "particolari" non valutati, possono rendere necessaria una considerazione che li renda visibili, come ad esempio le problematiche di Gor tra il gruppo degli immigrati da me osservati che sono diverse dagli altri intervistati, o le tematiche lavorative, quanto mai attuali, che riguardano (nel caso degli stranieri) solo una parte della popolazione europea.

Tuttavia cedo al fascino appassionato della complessità e dello sguardo che le teorie antropologiche hanno nell'attraversamento delle frontiere, quando entrano in aree eterogenee di senso alla ricerca di un universale laterale, mostrandone il carattere processuale e non fisso. Le culture "si fanno e si disfano" (Borutti, 1999: pag. 194) e i modelli antropologici devono potersi decostruire, devono mostrare il loro carattere di artificio all'interno di variazioni possibili senza un luogo proprio.

D'altro canto è da notare che alcune teorie o modelli generalizzanti, appaiono più esaustivi di altri per certi argomenti. Mi riferisco ad esempio alla teoria della violenza strutturale nell'interpretazione dei rapporti tra le istituzioni sanitarie e i soggetti da me osservati, o l'utilizzo di alcuni dati statistici che informino sulla rilevanza di certe problematiche o pratiche.

Questa doppia modalità nell'utilizzo di modelli di riferimento riguardanti la stesura del testo, dettati dal mio specifico doppio ruolo, non inficia la produzione dello scritto, che dà come risultato "tratti di senso" caratterizzanti il mio specifico sguardo.

5.3 Le ricadute sul contesto

Nell'affrontare questa tematica ritengo che uno sguardo a latere sull'impatto che la presenza di un antropologo ha sul contesto della ricerca, sia importante. Chiedersi ed indagare cosa la comunità pensi e provi in seguito alla nostra presenza assidua (per un certo periodo continuativo) e come ci viva (se in modo intrusivo, stimolante, piacevole o disturbante), può anche dare un senso particolare alla valutazione della raccolta delle nostre informazioni. Se venissimo vissuti come intrusivi e notassimo che le informazioni sono scarse e frammentarie, ciò non sarebbe necessariamente dovuto al carattere chiuso, riservato, ritroso ed ostile della cultura di quella popolazione, ma forse anche dall'atteggiamento che a volte assume il ricercatore, da come viene presentato o semplicemente da chi dipende ed è mandato: ad es. possiamo ricordare gli antropologi che un tempo sono stati direttamente inviati dalle amministrazioni coloniali nelle terre "di conquista" dei paesi africani o asiatici.

Tuttavia in questo capitolo mi soffermo su un altro aspetto: il particolare posizionamento da me ricoperto in questa ricerca. Questo mi ha portato ad osservare e rilevare alcuni aspetti riguardanti

l'atteggiamento e le risposte che i soggetti del contesto mi mostravano, durante la ricerca.

Innanzitutto la perplessità e la difficoltà, se non l'imbarazzo, nel momento della mia presentazione all'immigrato. Nelle parole che venivano utilizzate era espressa tutta la difficoltà della situazione. Infatti spesso si preferiva evitare la caratterizzazione del mio ruolo rimanendo su un generico: "le presento la dottoressa". Gli operatori, da un lato aggrappandosi alla figura della dottoressa come medico volevano facilitarmi il compito di non essere vista con sospetto. Dall'altro volevano evitare di dover dare spiegazioni riguardo la figura della 'dottoressa' antropologa (complesso spiegare a stranieri magari con difficoltà linguistiche cos'è e cosa fa un antropologa).

E' proprio nel momento in cui l'operatore gestisce la triangolazione inoltre, ed è nella posizione d'intermediatore, che si pone precise domande: Ma chi è? Che tipo di domande farà? E' giusto prestare il fianco a soggetti che arrivano solo per sfruttare la presenza di un malato nella struttura? E' giusto sottoporre il paziente al disagio d' indagini quando è già sofferente per i suoi disturbi? E' eticamente corretto? Questi e molti altri analoghi quesiti li ho sentiti porre dai volontari, nell'occasione della presenza di antropologi o ricercatori di altre discipline, al momento dell'inizio della ricerca all'interno del Naga.

Tuttavia, nel mio specifico caso, essendo una presenza già conosciuta da tempo e che per anni ha prestato un servizio volontario di cura di tanti pazienti, io ho avuto la sensazione di non essere quasi mai stata vissuta in modo particolarmente intrusivo o fastidioso, anche se non direttamente una risorsa o un'opportunità per l'Associazione.

E proprio a questo proposito un altro interessante aspetto è l'ipotetico ruolo "attivo" dell'antropologo.

Non sempre l'antropologo interviene direttamente nelle pratiche di campo, anzi spesso gli viene caldamente proposto di evitare di essere parte attiva. Ma mi sono resa conto, nei mesi della mia esperienza etnografica, che partecipando alle situazioni assembleari dell'Associazione, l'offerta del mio altro "punto di vista" poteva arricchire il dibattito e quindi il Naga tutto.

Trasgredendo a questo formale (forse) divieto, mi sono resa conto che il mio intervento di fatto produceva risposte che poi, inaspettatamente, svelavano prassi e pratiche dell'Associazione interessanti anche per la raccolta d' informazioni utili alla mia ricerca. Quasi un circolo virtuoso che s'instaurava direttamente nella situazione di condivisione collettiva del dibattito. Ad esempio in una discussione riguardante l'opportunità o meno di accettare la delega da parte della Regione Lombardia ad utilizzare il ricettario rosso (per i medici è la modalità d'invio, con copertura sanitaria nazionale, per visite e medicinali), ho sottolineato il pericolo di divenire in questo modo gregari di quella Istituzione, veicolandone i principi gestionali che l'Associazione critica: alla stregua del concetto di violenza strutturale. Informando inoltre come medico, dell'esiguità statisticamente rilevabile delle richieste effettivamente fatte da parte dei nostri pazienti, ho evidenziato l'inutilità dell'adesione a tale proposta.

Nelle mie argomentazioni durante la discussione, ho sovrapposto i due piani: quello antropologico col

concetto di violenza strutturale e quello medico positivista con l'apporto di dati generali statisticamente rilevabili. La riunione è continuata con interventi che, sostenendo le mie argomentazioni, manifestavano il desiderio di mantenere viva l'identità del gruppo intorno al tema dell'autonomia e dell'indipendenza da certe Amministrazioni pubbliche. Queste ultime infatti, blandendo l'efficienza e l'efficacia di certe Associazioni di volontariato e riconoscendole come interlocutrici, di fatto le delegano nel farsi carico delle cure sanitarie degli immigrati e soprattutto di coloro i quali sono senza permesso di soggiorno.

Ho descritto gli aspetti che maggiormente ho rilevato come risposta da parte del contesto associativo Naga, nei confronti della mia presenza. Da ricordare comunque che, come già accennato prima, non è irrilevante il fatto di essere già conosciuta da tanti volontari "storici" evitandomi nella pratica, il tempo normalmente necessario a stabilire dei rapporti umanamente tolleranti e sereni.

CONCLUSIONI

SULLA STRADA DEI DIRITTI: LE QUESTIONI APERTE

In questi anni di ricerca ho osservato come, l'utilizzo di un servizio sanitario del privato sociale da parte di immigrati irregolari, ha aperto molteplici sguardi che lasciano ancora in sospeso molte questioni.

A conclusione dei miei lavori vorrei ricordare i principali risultati ottenuti allo scopo di indicare nell'ultima parte di queste conclusioni alcune suggestioni per possibili successivi studi sul tema dei diritti, soprattutto il diritto alla libertà della scelta di cura.

La novità di questa ricerca è la specificità e l'approfondimento nell'analisi del percorso della domanda di cura. Dimostro che è necessario rendere visibili i meccanismi di 'gestione' della richiesta e spiego poi quelli riferiti alle caratteristiche della risposta. Ciò che si rivela può essere utile al fine di poterne replicare i risultati.

Le storie di vita descritte hanno inizio nel momento dell'arrivo dell'immigrato all'Associazione Naga (Associazione di volontariato del privato sociale). La mia prima indagine è sul contesto etnografico, cioè l'analisi del 'campo' dove si svolge la mia ricerca. Mostro l'importanza di osservarlo nelle sue diverse prospettive: da quelle fisiche a quelle relazionali, da quelle storiche a quelle economico-politiche e legislative. Queste diverse prospettive hanno individuato situazioni che hanno promosso, accompagnato ed influenzato l'Associazione, il suo sviluppo e la sua cultura.

Ritengo importante parlare delle diverse angolature con cui descrivo ed interpreto lo sguardo sul contesto del Naga, in quanto esiste una 'logica' d'insieme all'interno della quale gli eventi si susseguono l'un con l'altro in un gradevole e ricco 'circolo virtuoso'. La logica a cui mi riferisco è l'affinità tra eventi che tende a farli stare insieme in modo 'creativo'. Logica e creatività accomuna gli accadimenti in un 'discorso' con dei 'modi di ordinarsi' che sono poi in grado di produrre "discorsi multipli e mobili". (Mol, 2006: pag.9).

Il mio studio successivamente si sposta sull'osservare le ragioni che portano l'immigrato, senza permesso di soggiorno, all'Associazione. Nell'indagine dei loro percorsi terapeutici rilevo le cause che hanno portato i pazienti ad operare una determinata scelta riguardo precedenti o successivi accessi a specifici servizi. I risultati mostrano che nel momento in cui gli immigrati fanno richieste di cura, si cominciano ad intravedere le tracce delle penalizzanti politiche migratorie.

Osservate le ragioni, il mio obiettivo è stato quello d'indagare i meccanismi implicati nelle risposte alle richieste di cura. E' stato necessario osservare e analizzare gli ambiti normativi riguardo l'accessibilità alla cura. Sempre più frequentemente, in questi anni, gli aspetti legali sono stati coinvolti in ambiti medico-terapeutici. Comunemente, gli interventi legali hanno il formale compito di salvaguardia dell'utente mentre, nella mia ricerca, ho mostrato che il potere giudiziario in ambito sanitario è chiamato a difendere lo Stato

dalla sgradita presenza di soggetti percepiti sempre più invadenti e numerosi: gli immigrati.

Se ancora gli eventi non seguono una 'logica' d'insieme all'interno della quale dimostrino di susseguire l'un con l'altro in una utile ed esaustiva risposta, è perchè esiste un'intenzionalità che spinge le situazioni su altri percorsi, non così sufficientemente esaustivi. I risultati ottenuti dalla ricerca, hanno evidenziato le difficoltà e l'inefficienza dei servizi nella gestione della richiesta di cura. Il che dimostra la precisa penalizzante scelta politica, e di conseguenza giuridica, che sottende l'inadeguata risposta statale.

A formale compenso e per prevenire possibili importanti disfunzioni nell'intervento di cura sul territorio, è stata stimolata l'apertura di un'abbondante quantità di Associazioni di volontariato del privato sociale in risposta appunto alla penuria e alla disfunzione dei servizi pubblici. Il Naga è una fra queste. Quest'ultima tuttavia è nata con il preciso intento di denunciare vivacemente le contraddizioni del sistema, e sparire quando il servizio pubblico diverrà efficiente.

Il passaggio successivo è stato l'indagine sulla regolamentazione giuridica, attraverso la quale vi ho portato ad osservare i diversi elementi normativi implicati nella mala gestione dei flussi migratori. Cattiva regolamentazione con la continua discriminante produzione di immigrati irregolari, privi di diritti e con frequenti difficoltà di accesso ai servizi. Ho quindi esposto le caratteristiche legislative italiane ed europee, più specificatamente in materia di cure sanitarie per stranieri irregolari.

A partire da alcuni casi d'immigrati malati e senza permesso di soggiorno, ho analizzato i processi di costruzione di una specifica soggettività contemporanea, presenti nelle normative italiane ed europee che, definendo lo 'status' d'irregolare, guidano i criteri per l'utilizzo delle strutture di cura. E' stato necessario comprendere, decostruendole, le categorie di immigrato clandestino. Necessaria anche l'indagine sull'influenza che le istituzioni hanno nel produrre illegalità e nel violare i diritti fondamentali di cura.

Nelle relazioni di queste attuali soggettività, intimamente tra loro connesse (utenti e operatori dei servizi), si dimostra il 'come' e il 'dove' gli immigrati, e tutti coloro coinvolti nella relazione, operano ad un cambiamento delle 'regole'. Per dare risposte coerenti ed utili ai propri fruitori i volontari del Naga, hanno sviluppato la consuetudine delle pratiche dell' "illegalismo", spazio creativo e tema interessante importante e complesso.

Peculiare l'osservazione e la descrizione della pratica dell'illegalismo nella gestione delle così dette 'zone d'ombra' o 'aree grige'. Le analisi mettono in evidenza come la porosità dei limiti giuridici, mostrino l'uso di queste aree in quanto funzionali ad un sistema di mantenimento dell'incertezza, nella categoria dell'immigrato irregolare.

Ancora le 'storie di vita' delle soggettività contemporanee, parlano di come la cura occulti, nelle categorie nosologiche e nei percorsi diagnostico-terapeutici, le determinanti non sanitarie della malattia. Mi riferisco alla povertà, denutrizione, disoccupazione, ai ricatti politici (Csordas, 2011) e allo "status giuridico", tutti elementi che devono essere scoperti ed evidenziati.

Alla ricerca del disvelamento di queste determinanti diverse dall'eziopatogenesi, ho adottato un

posizionamento mobile tra il paradigma del potere e quello delle 'zone d'ombra' dell'illegalismo. Sia le dinamiche di potere che l'illegalismo possono essere utili oggetti di studio se indagati come prospettive parziali, e talvolta complementari. Gli aspetti trasformativi giocati all'interno delle 'zone grige' non possono essere compresi nella loro profondità se non esaminando le ragioni e le condizioni legali, economiche, sociali e di malessere che i soggetti vivono e che li spingono a produrre nuove rappresentazioni della realtà.

L'attenzione al paradigma dell'illegalismo, fa emergere meglio le caratteristiche dei soggetti subalterni. Riflettere con attenzione sull'illegalismo, passando attraverso il presupposto foucaultiano: dove c'è potere c'è resistenza (Foucault, 1977) o il suo inverso : “dove c'è la resistenza c'è potere” (Abu-Loghod, 1990: pag. 42), consente di dar voce a soggetti comunemente silenti quando coinvolti in queste esperienze.

L'operare una scelta del percorso di cura da parte delle nuove soggettività migranti, può affermare un “principio”, un modello incorporato nelle pratiche (Mol, 2006). Nel cercare il modello nelle pratiche degli immigrati, ho notato che queste hanno a che fare con i temi della 'comprensione' (Jasper, 1958), della 'perduzione' (Piasere, 2002) e inaspettatamente, dei 'neuroni specchio' (Rizzolati e coll., 2006). Ho descritto, delle pratiche, quei criteri di scelta prevalenti che ho rilevato essere maggiormente utilizzati dagli immigrati. Le loro storie hanno raccontato di itinerari terapeutici che sono il risultato di logiche multiple, di cause strutturali (sistemi di rappresentazione della malattia, sensibilità culturale, posto del soggetto nella società) e di cause congiunturali (modificazione della condizione finanziaria, consigli di un vicino) che rendono vani tutti i tentativi di formalizzazioni precise (Fassin, 1992). La scelta della struttura di riferimento tiene conto di fattori all'apparenza semplici: la facile accessibilità (McLaffery e Grady, 2005), la discreta organizzazione, la solidarietà (Padilla e Villaobos, 2007; Steward et al., 2006; Wang, 2007) espressa nella condivisione delle diverse problematiche, la lingua (Asanin, 2008; Schirripa, 2005).

Dall'indagine su queste nuove soggettività umane, il mio focus si è spostato sulle istituzioni coinvolte nei percorsi di cura, sui volontari del Naga (medici, operatori dell'accoglienza), sulle figure di riferimento di tipo organizzativo dell'Associazione (Presidente, Direttore Sanitario) e sul personale sanitario dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Milano (Responsabile del Pronto Soccorso, Direttore Sanitario, responsabili Uffici relazione col pubblico).

Un aspetto fondamentale che muove l'intervento di queste strutture, ha a che fare con la “logica” (logiche d'inclusione o esclusione, logiche di tutela dei diritti o della loro violazione, logiche economiche, politiche, d'interesse, ecc.) e con l'impalcatura teorica e culturale alla quale fanno riferimento. Questa ci riferisce dei modelli e delle pratiche d'intervento nella cura che si mostrano peculiari e specifiche.

Osservando i particolari di queste logiche, alcune cose sono più comprensibili di altre e gli eventi tendono ad adattarsi tra loro. Parlo dello stile di un servizio, cioè di qualcosa da esplorare come sensato in una situazione, pertinente e coerente (Mol, 2006), ho sviluppato una specifica sensibilità con lo scopo di approfondire la qualità dell'analisi sullo stile del servizio. Ho potuto rilevare ciò che cambia da ciò che rimane invariato nelle pratiche di queste strutture. Così ho esposto, nello sviluppo della tesi, le mie

interpretazioni che riguardano le logiche presenti nell'etnografia: da quelle delle strutture sanitarie frequentate dai soggetti protagonisti a quelle del pensiero di scelta dei servizi da parte degli immigrati stessi.

Nel valutare quali siano i modelli incorporati nelle pratiche dei servizi, ho trovato necessario individuare una sorta di 'anomalia del sistema' qualcosa che non scorresse più con una logica, dove gli eventi non susseguissero più l'un con l'altro producendo un'esauritiva risposta. Così mi sono soffermata su due indicatori (codice STP e X01) che, nella mia ricerca, hanno mostrato di essere in grado di rilevare intoppi nel sistema. Osservati nei dettagli questi elementi, hanno 'disvelato' politiche sull'accesso alle strutture da parte di immigrati irregolari, frammentarie e macchinose. La produzione dei codici, che all'apparenza sembrano difendere i diritti alla cura, nei fatti nascondono pratiche contraddittorie che nella tesi descrivo.

In particolare in Lombardia, la realtà mostra come i cittadini stranieri extracomunitari senza permesso di soggiorno, subiscano frequentemente discriminazioni che si riflettono molto negativamente sulle loro condizioni di salute. Nei fatti, molte persone, anche con patologie gravi, non vengono assistite adeguatamente. Riferisco i dati (n. 45 soggetti) riguardanti la documentazione clinica di casi (n. 155) di pazienti stranieri irregolari, che il Naga ha raccolto in forma anonima. Questi si sono presentati all'ambulatorio, in quanto gli ospedali milanesi e della provincia non hanno applicato quanto previsto dal Testo Unico sull'Immigrazione.

Altro tema necessariamente legato alla ricerca, nel campo dell'antropologia medica, è stato quello inerente la riflessività. Grazie alla particolarità del doppio ruolo che mi sono trovata a ricoprire, medico e antropologa, ho voluto analizzare risorse e problematiche di questa situazione.

Il doppio ruolo mi ha facilitato in alcune relazioni con i miei "informativi", e l'essere medico ha reso più diretta la comunicazione con i colleghi. La condivisione di un linguaggio tecnico comune (e la probabile solidarietà per spirito di corpo), sono stati elementi che hanno reso i miei interlocutori decisamente disponibili e tolleranti verso le mie richieste di approfondimenti. La condivisione delle esperienze di cura e delle conseguenti tensioni nelle pratiche, aiuta ad empatizzare, ma anche a comprendere reciprocamente il punto di vista dell'altro. L'essere medico inoltre, mi ha fatto accedere facilmente a contatti con i responsabili di strutture, spesso medici anche loro.

L'essere antropologa invece, mi ha condotto all'osservazione e alla conseguente valutazione delle difficoltà incontrate da parte degli immigrati (es barriere spaziali in Pronto Soccorso: vedi cap. 5) durante l'accesso alle strutture pubbliche. Non sarei mai riuscita ad accedere a queste informazioni, se il mio 'occhio' di ricercatrice fosse rimasto chiuso all'interno delle strutture formali dell'ambulatorio. Questa è la risorsa e la ricchezza alla quale, nel mio ruolo di antropologa, ho potuto accedere e che mi ha guidata durante la ricerca.

Sempre in tema di riflessività, ho indicato il percorso logico dei diversi momenti di ricerca (Geertz, 1988): la comunicazione col soggetto interlocutore, il comprendere e conoscere, l'interpretare e lo scrivere

o curare. Ho mostrato come il doppio posizionamento ha assunto le caratteristiche dell'uno o dell'altro ruolo e quanto, nella ricchezza dell'informazione, ne ho potuto sfruttare le singole specificità o il proficuo connubio. I diversi "momenti" dell'incontro descritti separatamente, sfumano spesso gli uni negli altri, si sovrappongono e certamente ed inevitabilmente si influenzano reciprocamente.

Ho concluso il capitolo, con il non poco importante vissuto degli interlocutori del mio 'campo di ricerca', riguardo la situazione particolare del mio doppio ruolo. Ciò che pensano gli immigrati, gli operatori e i professionisti incontrati nelle strutture, della mia complessa situazione. Come costoro preferiscono descrivermi e come preferiscono vivermi, dato che spesso le mie pratiche non s'identificano in un solo e specifico posizionamento. Ho osservato durante la ricerca quanto la sovrapposizione dei ruoli possa appesantire e confondere gli interlocutori.

Nell'affrontare questa tematica, ritengo che uno sguardo si debba mantenere sull'impatto che la presenza dell'antropologo ha, sul contesto della sua ricerca. Mi sono chiesta spesso, e ritengo ci si debba continuare a chiedere, cosa la comunità pensi e prova in seguito alla presenza assidua (per un periodo continuativo) di un 'noi' nella struttura. L'indagare come essa ci viva (se in modo intrusivo, stimolante, piacevole o disturbante), ci offre anche uno sguardo particolare quando valutiamo la raccolta delle nostre informazioni.

Voglio concludere esprimendo un mio parere su alcune questioni degne di ulteriori indagini. Ho suddiviso le aree da approfondire in due: quelle sul metodo e quelle sul merito.

Questioni aperte di metodo

Intendo, con questioni aperte di metodo, due metodologie da approfondire rispetto alle quali ho notato una certa interessante utilità. Ritengo si debba dare maggiore spazio, all'interno della propria ricerca, alla riflessione sulla propria identità e sul noi in 'relazione con'. Il soffermarci su queste riflessioni, ci consentirebbe di dar voce a soggetti spesso oscurati dalla riflessività dei ricercatori (Ortner, 1995).

In quanto aspetto riflessivo nella costruzione della conoscenza antropologica (Malighetti, 2007), l'analisi della propria identità nella situazione della ricerca, deve essere il presupposto al quale continuamente riferirsi. Per me è stata l'opportunità ad un approfondimento su tematiche, in ambito sanitario, che mi avevano posto in una situazione complessa ed a volte ambivalente.

Riguardo la riflessività del 'noi in relazione con' possono essere esaustive le suggestioni della Borutti. Il campo, ci suggerisce l'autrice è "dialogo di alterità" (Borutti, 1999: pag. 177), e per quanto l'antropologo cerchi di indirizzarne il percorso, messo di fronte alle altrui informazioni deve sempre riaggiustare il proprio modello di riferimento in rapporto a quello del "nativo". Deve riposizionarsi rispetto agli schemi con cui gli interlocutori pre-comprendono la loro cultura, fino a cambiare il proprio stile di ricerca.

Un'ulteriore suggestione riguardante il metodo è quello delle ricerche interdisciplinari. Lo scambio di 'sguardi', di approfondimenti critici e delle decostruzioni di categorie, deve avvenire in concertazione con

altri studiosi di altre discipline. E' utile per noi antropologi, 'viaggiatori inesauribili', facili e disinvolti nei frequenti spostamenti intercontinentali, dedicare più tempo ed energie all'incontro di altri studiosi. Questo è fermento e sviluppo attivo di spazi creativi per nuove idee e progetti. Il come realizzarlo è tutto da scoprire. Il dibattito, gli studi e l'intervento pubblico, nell'ottica di un metodo interdisciplinare, non devono riguardare solo analisi e punti di vista tra le diverse aree, ma devono inoltre essere capaci d'influenzare le scelte politiche di gestione pubblica, ad es. dei servizi dei paesi implicati nelle analisi (Willen, 2011).

Questioni aperte di merito

Riguardo alcuni contenuti che ritengo siano interessanti da approfondire e sviluppare, ne accenno a due in particolare. In un articolo di Sara Willen e colleghi (2011), gli autori affrontano il problema della scarsa visibilità degli studi antropologici e dello scarso apporto di tale ottica nel dibattito pubblico intorno al tema degli immigrati illegali. Credo che, e qui torna la suggestione degli studi condotti con metodo interdisciplinare, si debba lavorare maggiormente sulla decostruzione del termine "illegale", analizzandone l'aspetto sociale, l'aspetto di prodotto della politica economica mondiale, l'aspetto legato alle implicazioni e alla vulnerabilità della salute causate dallo status di illegalità o agli aspetti etici e simbolici (De Genova, 2010; Mezzadra, 2004). Gli autori sollecitano ad essere, come antropologi, un punto di riferimento sul tema dell'immigrazione attraverso alcuni cambiamenti nelle modalità comunicative: ponendosi in un differente atteggiamento d'ascolto, utilizzando un diverso modo d'insegnare, "democratizzando" le conoscenze ottenute, traducendo meglio se stessi e relazionando i propri scritti in modo diverso.

Un argomento divenuto obiettivo personale, e di quei molti autori che in questi ultimi anni lo hanno trattato, è quello dell'attenzione ai diritti umani e alle loro violazioni (Quesada J. 2012, Viladrich A. 2012, Asanin J Wilson K. 2008, Schirripa P. 2002, Ricca M. e Quaranta I. 2012). Lo scopo è sollecitare l'utilizzo dei materiali ottenuti, volendo incidere sulle politiche sanitarie e su quelle riguardanti il tema dei diritti. Diritti che, sviluppandosi attraverso l'autodeterminazione (empowerment), conducano a quello fondamentale della libertà di scelta. Calato nel nostro specifico caso alla libertà della scelta di cura.

Riguardo a queste sollecitazioni ritengo che, come altri autori hanno riferito (Kleinman, 2012; Sara Willen et al., 2011) è giusto che le proprie ricerche possano essere utilizzate non solamente o prevalentemente in ambito accademico, ma che almeno parti di esse, vengano usate nella programmazione delle politiche statali. Io aggiungo, riguardo le sollecitazioni, che parti delle ricerche debbano avere obiettivi solidaristici e scopi riguardanti la promozione dei diritti.

Ancora rispetto alla promozione dei diritti, è importante che lo sguardo analitico dell'antropologo stimoli il dibattito critico. Ad esempio, nelle politiche che riguardano l'esclusione dei soggetti più deboli dai diritti in generale e da quello della salute in particolare, evitare la 'naturalizzazione' delle pratiche (come ho spiegato) affinché non diventino quel "senso comune" da accettare e non mai problematizzare. Il processo di "naturalizzazione" dei linguaggi della Biomedicina è visibile, non solo riguardo l'eziologia di una patologia

ma anche nella situazione di arbitrio dei protagonisti coinvolti nella cura, siano essi medici o pazienti. Questi linguaggi trasformano l'egemonia dei saperi medici in ideologia e l'ideologia in una realtà data per scontata e di per sé evidente. Le dinamiche sociali e politiche di oppressione sono iscritte nella produzione della diagnosi, che traduce la sofferenza sociale nella forma oggettivante della patologia. Va quindi disvelata la procedura di mantenimento di queste pratiche ed è ciò che l'antropologo deve avere tra i suoi compiti etici.

Un'ultima questione aperta che intendo sottolineare, riguarda lo sguardo e l'attenzione che l'antropologo dovrebbe avere in riferimento alla reazione che i soggetti, coinvolti nel contesto della ricerca, potrebbero avere in seguito alla sua presenza.

A volte è stata descritta la situazione di 'do ut des' che si stabilisce nelle relazioni, durante l'esperienza di campo. C'è stato un tempo in cui gli antropologi per ottenere le informazioni che necessitavano riguardanti la cultura della popolazione in oggetto, pagavano i loro informatori. Molti ricercatori sentono di dover proporre l'incontro con l'altro, attraverso una relazione di condivisione dell'esperienza. Altri sviluppano rapporti con intenti solidaristici o cercando di mostrarsi il più compiacenti possibile, nelle problematiche poste dagli interlocutori.

Nella mia ricerca ho mostrato che proprio nel momento in cui un operatore del Naga si trova a dover gestire come intermediario la triangolazione tra immigrato ed antropologo, si pone precise domande: "Ma chi è questo antropologo? Che tipo di domande farà? E' giusto prestare il fianco a soggetti che arrivano solo per sfruttare la presenza di un malato nella struttura? E' giusto sottoporre il paziente al disagio d' indagini quando è già sofferente per i suoi disturbi? E' eticamente corretto?" Questi e molti altri analoghi quesiti li ho sentiti porre dai volontari, nell'occasione della presenza di antropologi o ricercatori di altre discipline, al momento dell'inizio della ricerca all'interno del Naga. Nel mio caso gli anni di volontariato precedenti alla ricerca, in cui avevo dato tempo e competenze al servizio dell'Associazione, hanno stemperato le problematiche a cui accennavo. Tuttavia ritengo leciti i dubbi che pongono gli operatori del Naga.

Ho in parte approfondito questa tematica riferendomi come soluzione alla problematica, a criteri che vengono indicati importanti nel percorso psicoterapeutico. Viene suggerito infatti che, alla fine del colloquio, non devono essere soddisfatti direttamente i desideri del paziente, ma sicuramente uscendo lui 'deve aver ricevuto almeno quanto ha dato' (Semi, 1985). Con questo voglio sottolineare l'importanza dell'idea di reciprocità e scambio che potrebbe guidare queste (come altre), relazioni.

Operare una scelta di scambio e reciprocità nelle relazioni che si stabiliscono durante l'esperienza etnografica, è comunque una questione del tutto personale. Tuttavia ritengo che chiedersi ed indagare cosa la comunità pensi e provi in seguito al nostro esserci ed operare assiduo e prolungato, credo sia importante. Sollecito a riflettere come, chi compone il contesto, ci vive, cosa sente quando si relaziona e s'interfaccia con noi, durante la nostra e loro, esperienza di campo.

BIBLIOGRAFIA

- Aa.Vv *Primo rapporto sulle immigrazioni 1995*. Franco Angeli, Milano, 1995.
- Abu-Lughod L. *The Romance of Resistance: Tracing Transformations of Power Through Bedouin Women*. In *American Ethnologist*, Vol. 17, No. 1, pp. 41-55., 1990.
- Affergan F. *Esotismo e alterità. Saggio sui fondamenti di una critica dell'antropologia*. Mursia, Milano, 1987.
- Agamben G. *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Einaudi, Torino, 1995.
- Agamben G. *Stato di eccezione. Homo sacer II*. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Alunni L. *Il mal di testa e lo sgombero. Percorsi terapeutici e percorsi securitari nei campi Rom di Roma*. AM Rivista della società italiana di Antropologia Medica, n.33-34, pg. 197-228, 2012.
- Amhad F., Shik A., Vanza R. *Voices of south Asian women: immigration and mental health*. *Woman and health* 40(4), 113-130, 2004.
- Anya, 2007 in Willen, 2011.
- Anolli L. *La mente culturale*. Universale Laterza, Bari, 2006.
- Arnold et all. , 2008 in Willen, 2011.
- Asanin J., Wilson K. *"I spent nine years looking for a doctor": Exploring access to health care among immigrants in Missauga, Ontario, Canada* *Social science and medicine* 66 1271-1283, 2008.
- Augè M. , Herzleisch *"Il senso del male: antropologia, storia, sociologia della malattia"* 1986 (trad. ital.) Il Saggiatore, Milano, 1990.
- Augè M., 1972 in Malighetti R., 2005.
- Bach, 1978 in De Genova, 2004.
- Baldwin-Edwards M., Arango J. *Immigrants and the informal economy in Southern Europe*, Frank Cass Pub, London, 1999.
- Bandera L. & Tognoni G. *Quale salute per gli immigrati ? Le proposte del Naga*. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 20, 10-13, 1990.
- Bandera L. *Osservatori epidemiologici per la rilevazione del bisogno sanitario di immigrati extracomunitari a Milano*. *Epidemiologia e Prevenzione* 17, 233-301, 1993.
- Barbagallo F. (a cura) *Storia dell'Italia Repubblicana*. Einaudi, Milano 1995
- Bastide R., *Anthropologie appliquée*, Paris, Payot, 1971.

- Benedict 1967 in Malighetti, 2005.
- Beneduce R. *Orizzonti della ricerca etnopsichiatrica*. Monos, vol.1 n. 4 , 1991. pg. 2-55
- Bennett M. J. a cura di . *Principi di comunicazione interculturale*. Franco Angeli: Milano, 2002.
- Baldwin Edwards M., Arango J. *Immigrants and the informal economy in Southern Europe*. Frank Cass Pub, London, 1999.
- Blumaghen D. *Hyper-tension: a folk illness with a medical name*. In *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4, 3, pp.197-224, 1980.
- Borofsky R. *Antropologia culturale oggi*. Roma, Meltemi, 2000.
- Borutti S. *Filosofia delle scienze umane Le categorie dell'antropologia e della sociologia*. Ed. Bruno Mondadori, 1999.
- Bourdieu P. *In Other Words. Essays Towards a Reflexive Sociology* . Cambridge: Polity Press, 1990.
- Bourdieu P. *Sur le pouvoir symnolique* In *Annales* 3 : 405-411, 1977.
- Bourdieu P. *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*. Traduzione ita. di Irene Maffi, Raffello Cortina editore, Milano, 2003.
- Bourgois P. *Sofferenza e vulnerabilità socialmente strutturate*. In "Annuario, Antropologia, Violenza" 9-10 pag.113-136, 2008.
- Buravoy, 1976 in De Genova, 2004.
- Calaviata, 1982, 1998 in De Genova, 2004.
- Canclini N. G. *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Ed.Grijalbo, Mexico, 1990.
- Castaneda *Illegality and risch factor: a Survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic*. *Social science and Medicine*, 68 (8) : 1-9. 2009.
- Castells, 1975 in De Genova, 2004.
- CCM Centro per il controllo e la prevenzione delle patologie, Ministero della salute ed.2010
- Charsely, 1982 in Malighetti R., 2005.
- Clifford James, George E.Marcus (a cura di) *Scrivere le culture*, Meltemi, 1986.
- Coyle, 2003 in Willen, 2011.
- Colajanni, 1994 in Malighetti R., 2005.
- Colajanni, 1993 in Malighetti R., 2001.
- Colucci M. *Sindacato e migrazioni*. In *Storia d'Italia. Annali* 24. Migrazioni, a cura di Paola Corti e Matteo Sanfilippo, Einaudi, Torino, pp. 592-607, 2009.

Colucci M. *La politica migratoria italiana attraverso le fonti governative*. Archivio storico dell'emigrazione italiana, 6. 2010.

Coppo P. . *Etnopsichiatria*. Il Saggiatore: Milano. 1996

Costituzione italiana: www.senato.it

Couche D. "*La nozione di cultura nelle scienze sociali*." Il Mulino, Bologna, 2003.

Coutin, 1996, 2000 in De Genova, 2004.

Csordas T. J. "*Embodiment as a paradigm for anthropology*" in *Ethos: Journal of the society for Psychological Anthropology*, 18, pp 5-47, 1990.

Csordas T.J. "*Introduction The body as representation and being in the world*" In *Csordas Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 1-24, 1994.

Csordas Y.J., Nancy Scheper Hughes, Quaranta I. "*Ripensare il corpo. Antropologia dal corpo. Antropologia del corpo*." rivistadiscienzesociali.it n.1, 2011.

Das V. *Suffering, theodicies, disciplinary practices, appropriations*. In *International Social Science Journal*, 154, pp.563-572, 1997.

De Certau M. *Il luogo dell'altro, Montaigne 'des Cannibals'*. Il parlare angelico, Firenze, Olschki 1989

De Genova N. *Migrant "illegality" and deportability in everyday life*. In *Annual Review of Anthropology*, n.31 pag. 419-447, 2002

De Genova N. *Working the boundaries. Race, space, and "illegality" in Mexican Chicago*. Duke University Press. Durham and London, 2005

De Genova N. *The deportation regime. Sovereignty, Space and the Freedom of movement*. Duke University Press. Durham e London, 2010.

De Luca G., Ponzio M., Rodriguez Andrés A. *Health care utilization by immigrants in Italy*. In *J. Health care finance econ.* 13: 1-31, 2013.

Del Vecchio Good M.J., Good B.J. *Patient requests in Primary Care Clinics*, In Chrisman N.J., Marezki I.V. (a cura di *Clinically Applied Anthropology . Anthropologists in Health Science Settings*. Reidel Publishing Company. Dordrecht pp. 275-295. 1982 .

Deri C. *Social networks and health service utilization*. *Journal of health economics*, 24. 1076-1107, 2005.

Di Giacomo S. *Biomedicine as a cultural system: an anthropologist in the kingdom of the sick*. Pg 315-346 in Baer Hans A. (curatore) 1987 in *Encounters with biomedicine: case study in Medical Anthropology*. Gordon and Breach New York, 1987.

Dipartimento per gli affari sociali, *Guida alla legge sull'immigrazione*, 2012.

Dossier a cura dei Servizi per il volontariato: *Nuove frontiere per il volontariato della salute*. Rivista periodica

Anno 6 numero 3 dicembre, 2015.

Douglas M. *"Come pensano le istituzioni"* Il Mulino, Bologna, 1990.

Dwyer, 2004 in Willen, 2011.

Einaudi L. *Le politiche dell'immigrazione in Italia dall'Unità a oggi*. LaTerza, Bari, 2007

Eisemberg L, Kleinman A., *Clinical Social Science*. In Eisemberg L, Kleinman A. (a cura di) *The relevance of Social Science for Medicine*. Reidel Publishing Company . Dordrecht, pp. 275-295, 1981.

Escobar A., *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*, Princeton University Press, 1995.

Evans-Pritchard E.E. (1937) *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Evans-Pritchard E.E 1946 in Malighetti, 2001.

Fabietti U., Malighetti R., Matera V. *Dal tribale al globale Introduzione all'antropologia*. Bruno Mondadori, Milano-Torino, 2012.

Farmer P. *Infection and inequalities. The Modern Plagues*. University of California Press. Berkeley, 1999.

Farmer P. *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor*. University of California Press. Berkeley, 2003.

Farmer P. *Structural Violence and Clinical Medicine*. PloS Med. 3(10) : e449 doi10.1371/journal.pomed.0030449, 2006.

Fassin D. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. P.U.F. Paris, 1992.

Fassin D. *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*. In *Anthropologie et sociétés*, 24, 1. pp. 95-116, 2000.

Fassin D. *Social illegitimacy as a foundation of health inequality: how the political treatment of immigrants illuminates a French paradox*. In *Unhealthy Health Policy*. A. Castro and M Singer, Ed. Walnut Creek, CA: Alta Mira, 2004.

Fassin D. *Life & times of Magda A.: telling a story of violence in south africa*. *Current anthropology*. Vol.49, n. 2 , pp. 225-246, 2008.

Favaro G., Tognetti Bordogna M. *Politiche sociali ed immigrati stranieri*. ed. Carocci, Roma 1989.

Foster, 1969 in Malighetti R., 2005.

Foucault M. *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*. Einaudi, Torino, 1969.

Foucault M. *Microfisica del potere. Interventi Politici*. Einaudi, Torino, 1977.

Foucault M. *La volontà di sapere*. Traduzione di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano,

1978.

Foucault M. *Nascita della biopolitica* (corso al collège de France anni 1978-79) a cura di François Ewald, Alessandro Fontana e Michel Senellart, trad. Mauro Bertani e Valeria Zini, Feltrinelli, Milano 2005.

Frank A.G. *Capitalismo e sottosviluppo in America Latina*, Einaudi, Torino, 1969.

Galtung J. *Violence, peace and peace research*. In *Journal of Peace Research*, 6, 3. pp. 167-190. 1969.

Gazzetta Ufficiale n. 189 del 14 agosto 1998 Legge 30 luglio 1998, n. 281" Disciplina dei diritti dei consumatori e degli utenti"

Geertz C. *Interpretazione di culture*. Il Mulino, Bologna, 1973 (trad. ita. 1987).

Geertz C. *Antropologia interpretativa*. Il Mulino, Bologna, 1988.

Geertz C. *Works and Lives*. Stanford University Press, (trad. it. *Opere e vita*, Il Mulino, Bologna 1990), Stanford, 1988.

Ghirardi G. *Un'occhiata alle carte di Dio. Gli interrogativi che la scienza moderna pone all'uomo*. Il Saggiatore, 2015.

Good B. (1994) *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico nel rapporto medico-paziente*. Tr. it. Edizioni di comunità, Torino, 1999.

Gramaglia E. *La schizofrenia dell'accoglienza. Legge martelli, Turco-Napolitano, Bossi-Fini: la legislazione dell'immigrazione*. Bimestrale di analisi politica, cultura e letteratura. ed. Pagina Uno, 2008.

Goldade K. *Health is hard here or health for all? The politic of blame, gender, and health care for undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica*. *Medical Anthropology Quarterly* 23 (4): 483-503. 2009

Grillo R., Stirrat R.L. *Discourse of development, Anthropological Perspective*. Oxford, Berg, 1997.

Groddeck G. *Il libro dell'Es. Lettere di psicoanalisi ad un'amica* ed. Biblioteca Adelphi Milano, 1966.

Hagan, 1994 in De Genova, 2004.

Hernaez A. *Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico*. AM Rivista della società italiana di antropologia medica. n.9-10 ottobre pg. 9-34, 2000.

Heyman, Josiah McC., Guillermina G., Talavera V. *Healthcare access and barriers fou unauthorized immigrants in El Paso Country, Texas*. *Family and community health* 32(1): 4-21, 2009b.

Jaspers K. *Il medico nell'età della tecnica*. Tr. it. (1991) Cortina: Milano. 1958

Joppke, 1994 in De Genova, 2004.

Klaus J.B. *L'Europa in movimento. Le migrazioni dal Settecento a oggi*. Collana: Fare l'Europa, 2001.

Kleinman A. *Concept and a model for the comparisation medical systems as cultural systems*. In *Social Science and Medicine*. Vol. 12, pp. 85-93, 1978.

Kleinman A., Eisemberg L., Good B. *Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross*

cultural research. In *Annals of Internal Medicine*. 88, pp.251-258, 1978.

Kleinman A. *Patients and healers in the Context of cultural: An exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press. Berkeley, 1980.

Kleinman A. Clinically Applied Anthropology on a Psychiatric consultation-lialison service. In Chrisman N.J., Meretzki T.W. (a cura di) *Clinically Applied Anthropology . Anthropologists in Health Science Settings*. Reidel Publishing Company. Dordrecht pp. 83-116, 1982.

Kleinman A., Kleinman J. *Suffering and its professional disformation* . In *Culture, Medicine and Psychiatry*. Vol. 15, n. 3, pag.301. Copyright Springer. The Netherlands, 1991.

Kleinman A. *Writing at the margins : discourse between anthropology and medicine* in University of California Press, 1995.

Kleinman A., Das , Lock M. (a cura di) *Social Suffering* . University of California Press. Berkeley, 1997.

Kleinman A. *Medical Anthropolgy and Mental Health: Five question for the Next Fifty Years*. In Marcia Inborn, cap. 5, 2012.

Kullgren, 2008 in Willen, 2011.

Levi Strauss C. *Antropologia strutturale*. Tr. it. (1966) Il Saggiatore, Milano. 1958.

Lock M. e Nancy Scheper-Hughes *The mindfull body: a prolegomen to future work of Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly*. 1 (1) pp. 6-41, 1987.

Lock M. *Nerves and nostalgia. Greek Canadian immigarnts and medical care in Quebec*. In Bibeau G. , Peleiderer B. (a cura di), *Anthropologies of medicine. A colloquium on west european and north american perspectives*. *Curare*. Special Issue, 7, pp.87-103, 1991.

Losi N. *Vite altrove*. Feltrinelli: Milano, 2000.

Mair L. *Anthropology and Development*. Mac Millan, 1984

Malighetti R. *Il filosofo e il confessore Antropologia ed ermeneutica* in Clifford Geertz. Unicopli, Milano, 1991.

Malighetti R. *Antropologia applicata. Dal nativo che cambia al mondo ibrido*. Unicopli, Milano, 2001.

Malighetti R. *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*. Meltemi.edu, Roma, 2005.

Malighetti R. *Politiche dell'identità*. Meltemi.edu, Roma, 2007.

Malighetti R. *Clifford Geertz il lavoro dell'antropologo*. De Agostini scuola, Novara, 2008.

Marcus E. *Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography*. *George*. Annual Review of Anthropology, Vol. 24, 95-117, 1995.

Matera V. *Antropologia culturale e linguistica. Lo studio del linguaggio nel contesto antropologico*. Unicopli. Milano, 1998.

- Matera V. *Leggere la protesta. Per un'antropologia dei movimenti sociali*. Archivio antropologico mediterraneo on line anno XVIII, n. 17 (1) semestrale di scienze umane, 2015.
- Matera V. *Etnografia della comunicazione. Teorie e pratiche dell'interazione sociale*. Ed. Carocci; Roma, 2002.
- McGuire in Willen, 2011.
- McLafferty S., Grady S. *Immigration and geographic access to prenatal clinics in Brooklyn NY a geographical information system analysis*. American Journal of Public Health, 95(4), 638-1711, 2005.
- Merleau Ponty M. *Phenomenologie de la perception*. Editions Galimard, 1945.
- Mezzadra S, *I confini della libertà. Per un'analisi politica delle migrazioni contemporanee*. Derive Approdi Editore, 2004.
- Mishler E.G. *View point: critical perspectives on the biomedical model*. In *Social contexts of health, illness and patient care*. Cambridge University Press. Cambridge, 1981.
- Mol A. *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. Routledge, London and New York, 2006.
- Naga autori vari *Curare (non) è permesso*. Creative Commons Attribuzione - Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale. Milano, 2015.
- Nascimbeni B., Rossi Dal Pozzo F. *Diritti di cittadinanza e libertà di circolazione nell'Unione Europea*. Cedam, Padova, 2012.
- Nathan T. & Stengers I. . *Medici e stregoni*. Tr. it. (1996) Bollati Boringhieri: Torino, 1995.
- Ngai, 2004 in Willen, 2011.
- Nikolinakos, 1975 in De Genova, 2004.
- O'Mahony J., Dommelly F. *The influence of culture on immigrant women's mental health care experience from the perspective of the health care providers*. Issues in Mental Health Nursing, 28. 453-471, 2007.
- Ong A. *Da rifugiati a cittadini. Pratiche di governo nella nuova America*. Raffaello Cortina, Milano. 2005.
- Ortner S. B. *Resistance and the Problem of Ethnographic Refusal*. Comparative Studies in Society and History, Vol. 37, No. 1, pp. 173-193, 1995.
- Paganelli M. *Intervista inviata*. Inserito da [Redazione SI](#) on line, 16 marzo 2015.
- Piasere L. *L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in etnografia*. Laterza, Roma-Bari, 2002.
- Piasere L. *Etnografia neuroscienze*. Rivista etnografia del paesaggio, 2009.
- Pinelli B. *Donne come le altre*. Ed. IT Antropologia per la società. Firenze, 2011.
- Pittalis S. *Positioning as a method. The earthquake in Emilia Romagna and the forms of "exilience"* Archivio antropologico mediterraneo on line anno XVIII, n. 17 (1), 2015.
- Pizza G. *Antropologia medica*. Ed. Carocci, Roma, 2005.

Portes, 1978 in De Genova, 2004.

Pugliese *L'immigrazione* in Barbagallo, 1995.

Quaranta Ivo *Antropologia medica*. Cortina, Milano, 2006.

Quaranta I.(a cura) *Sofferenza Sociale*, Vol. 8, Annuario di Antropologia. Roma: Meltemi, 2006.

Quaranta I. *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi, 2006.

Quassoli F., Barbesino P. *La comunicazione degli immigrati a Milano: reti sociali, rappresentazioni e modalità di accesso ai servizi nell'area metropolitana milanese*. Quaderni ISMU, Franco Angeli, Milano, 1997.

Quassoli F. "*Fraintendimenti interculturali*" Rassegna italiana di Sociologia, vol.44 n. 3 pag. 419-445, 2003.

Quesada J. *Special issue part:Il Illegalization and Embodied Vulnerability in Health*. In Social Science e Medicine, 74 , pp. 894-896, 2012 .

Rapporto Cgil *Sistemi sanitari europei, i problemi e le tendenze in comune* Comunicazione di Ferdinando Sigismondi Segreteria regionale Cgil Piemonte, 2004

Ricca M, Quaranta I. *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*. Cortina Editore, 2012.

Rizzolati G., Sinigalia C. *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano, Cortina, 2006.

Romero-Ortuno R. *Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?* European Journal of Health Law: 3, 59-75, 2004.

Sailant, Kilani, Graezer, Bideau, *Per un'antropologia non egemonica. Il manifesto di Losanna*. Milano. Elèuthera, 2012.

Sargent C. *Counseling contraception for malian migrants in Paris: global, state and personal politics*. Human Organization 64(2): 147-156, 2005.

Sargent C., Larchanché S. *The muslim body and the politics of immigration in France: popular and Biomedical rapresentations of malian migrant women*. Body and society 13(3): 79-102, 2007.

Schirripa P. *Il servizio sanitario pubblico e le risposte alle domande di cura degli immigrati extracomunitari*, in L'Arco di Giano, n. 31, pp. 87-105, 2002.

Schirripa P. *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*. Biblioteca di Antropologia Medica, Argo. Lecce, 2005.

Seppilli T. *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*. AM Rivista della Società di Antropologia Medica, Perugia 9-10 pp. 35-58, 2000.

Singer M. *Introduction to syndemics: a systems approach to pubblich anf community health*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.

Smith B. Bethel, Lorraine, eds. *Conditions: Five, The Black Women's Issue 2*, no. 2 (1979) trad.it. 1980.

- Semi A.A., *Tecniche del colloquio*. Ed. Raffaello Cortina, Milano, 1985.
- Sen A. *Development as freedom*. Oxford University Press. 2001.
- Stewart D., Nam Do B. *Health needs of migrants Vietnamese woman in south-west Brisbane: an exploratory study*. Australian Journal of Social Issue, 38(2), 247-261, 2003.
- Susskind L., Friedman A. *Meccanica quantistica. Il minimo indispensabile per fare della (buona) fisica*. Ed. Raffaello Cortina, 2015.
- Tassinari G. (a cura) *Scuola e società multiculturale*. Ed: La nuova Italia, Firenze, 1999.
- Taussig M.T. *Reification and Consciousness of the patients* In Social Science and Medicine. Vol. 14b, p.3-13, 1980.
- Taussig M.T. *Law in a Lawless Land: Diary of a Limpieza in Colombia*, Copyrighted Material, 2003
- Ticktin M. *When ethics and politics meet: the violence of humanitarianism in France*. American Ethnologist 33(1): 33-49, 2006.
- Viladrich A. *Beyond welfare reform: Reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review*. In Social Science e Medicine. 74, pp. 822-829, 2012.
- Virgilio et al. , 2007 in Willen, 2011.
- Willen S. *Toward a critical phenomenology of "illegality": State power, criminalization, and abjectivity among undocumented migrant workers in Tel Aviv, Israel*. International Migration 45(3): 8-36, 2007.
- Willen Sarah S., Mulligan J., Castaneda H. *Take a Stand Commentary: How can Medical Anthropologists Contribute to Contemporary Conversations on "Illegal" Im/migration and health?* . In Medical Anthropology Quarterly. Vol.25, issue 3, pp.331-356, 2011.
- Wittgestein L. *Tractatus Logico-Philosophicus*, trad. it. (1989) a cura di A.G. Conte, Einaudi, Torino. 1921.
- Wittgestein L. *Ricerche filosofiche*, trad. it. (1967) a cura di R. Piovesan e M. Trinchero, Einaudi, Torino. 1953.
- Young A., *The Anthropologies of illness and sickness* In Annual Review of Anthropology, vol.II 257-285, 1982.
- Young A *Emil Kraepelin and the origins of American psychiatric diagnosis*. in "Curare" Special volume n. 7 pg.173 – 181, 1991.
- Zolberg, 2006 in Willen, 2011.