

Per una cura senza frontiere. Le nuove sfide legate al fenomeno migratorio

Welfare without frontiers. The new challenges posed by migrations

Dalla fine della guerra fredda ad oggi, il nuovo assetto geopolitico ha vissuto uno straordinario movimento migratorio. Uso il termine straordinario perché è appunto fuori dall'ordinarietà: rispetto ai movimenti migratori antecedenti l'attuale boom della globalizzazione vede spostamenti di uomini, pensieri e cose da e verso ogni direzione. Più per convenzione che per dati realistici distinguiamo due cause principali: l'impossibilità di vivere presso il paese di origine a causa di guerre e violenza politica che costringono le persone a lasciare la propria terra; la volontà di cercare nuove possibilità economiche, l'aspettativa di una vita sociale e professionale migliore rispetto a quella del paese di provenienza. Parliamo in questo secondo caso di migrazioni economiche

VITTORIA SPELTONI*

PAROLE CHIAVE Assetto geopolitico, movimenti migratori, migrazioni economiche, benessere

Fino all'inizio degli anni Novanta, l'Italia è passata dall'essere una terra di migranti ad una terra meta d'immigrazione. In quegli anni approdavano i primi barconi dall'Albania e l'attenzione politica si diresse su temi quali controllo e sicurezza del Paese. Furono emanati provvedimenti e leggi, come la legge Martelli del '90, la Turco-Napolitano del '98 e la Bossi-Fini del 2002. Tuttavia, più che affrontare il problema in modo organico queste leggi sono andate sempre più connotandosi come pacchetti sicurezza: i centri di accoglienza sono piuttosto centri di identificazione e controllo finalizzati all'espulsione, mentre i centri di permanenza temporanea prendono sempre più la fisionomia di centri di detenzione. Evidentemente il problema è più articolato di quanto la politica abbia immaginato.

Ma che cosa è cambiato e perché chi si occupa di salute e cura oggi più che mai è chiamato a dover mediare tra i bisogni di cura e sopravvivenza e il pensiero politico? I mutamenti incessanti che le società contemporanee attraversano, a partire dagli ingenti movimenti, spesso forzati, di popolazioni che affrontano mari e terre del pianeta in cerca di pane, pace e dignità, richiedono chiavi interpretative in grado di andare oltre la dimensione psichica intraindividuale e occidentale. L'universalismo che orienta i programmi di intervento internazionali nell'ambito dei diritti umani e dei conflitti globali comporta infatti la rimozione delle determinanti storiche nella produzione della sofferenza sociale.

Dati statistici

Prosegue nel 2017 la diminuzione della popolazione residente già riscontrata nei due anni precedenti. Al 31 dicembre risiedono in Italia 60.483.973 persone, di cui più di 5 milioni di cittadinanza straniera, pari all'8,5% dei residenti a livello nazionale (10,7% al Centro-nord, 4,2% nel Mezzogiorno). Il movimento migratorio con l'estero fa registrare un saldo positivo di circa 188 mila unità, in lieve aumento rispetto all'anno precedente. Le acquisizioni di cittadinanza registrano una battuta d'arresto

I mutamenti incessanti che le società contemporanee attraversano, a partire dagli ingenti movimenti, spesso forzati, di popolazioni che affrontano mari e terre del pianeta in cerca di pane, pace e dignità, richiedono chiavi interpretative in grado di andare oltre la dimensione psichica intraindividuale e occidentale. L'universalismo che orienta i programmi di intervento internazionali nell'ambito dei diritti umani e dei conflitti globali comporta infatti la rimozione delle determinanti storiche nella produzione della sofferenza sociale

rispetto al trend crescente degli anni precedenti: nel 2017 i nuovi italiani superano i 146 mila.

In Italia risiedono persone di circa 200 nazionalità: nella metà dei casi si tratta di cittadini europei (oltre 2,6 milioni). La cittadinanza più rappresentata è quella rumena (23,1%) seguita da quella albanese (8,6%).

(<https://www.istat.it/it/archivio/216999>)

(<http://viedifuga.org/richiedenti-asilo-ed-esiti-in-italia-tutti-i-dati-del-riepilogo-2017>)

Cosa dice la legislazione

L'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana sancisce che «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».

Il Testo Unico sull'immigrazione, Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 negli articoli Art.34 - Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 32) e Art. 35 - Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale (Legge 6 marzo 1998, n. 40,

art. 33), provvede a regolamentare l'assistenza per gli stranieri iscritti e non iscritti al servizio sanitario. In particolare l'articolo 34 recita: «Hanno l'obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale: gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza... » (cfr T.U. Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286). L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle norme dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale, ai minori, figli di stranieri iscritti al servizio sanitario nazionale, è assicurato, fin dalla nascita, il medesimo trattamento dei minori italiani.

Infine, l'articolo 7 del T.U. obbliga lo straniero, assicurato al servizio sanitario nazionale, ad iscriversi nella azienda sanitaria locale del comune in cui dimora secondo le modalità previste dal regolamento di attuazione. Da quanto esposto, risulta evidente che i richiedenti protezione internazionale, i rifugiati, i ricorrenti hanno il diritto/dovere di iscrizione al servizio sanitario nazionale.

Purtroppo quanto riportato risulta spesso non essere applicato nella realtà, a dimostrazione del fatto che il problema migrazione è un problema innanzitutto politico: mancano mezzi e strumenti per far sì che il testo unico venga così applicato nella sua interezza. I mutamenti in atto che non riguardano certo solo il nostro paese ma l'intero globo, fanno sì che il "Fatto" migratorio, non sia più osservabile solo da un punto di vista squisitamente sociologico: il continuo mutamento dell'aspetto geopolitico del nostro pianeta fa sì che quello

che una volta poteva essere considerato un trend, o un evento, sia ad oggi un dato di fatto.

In Italia la presenza di stranieri sta trasformando biologicamente e culturalmente il nostro paese e con prezzi da pagare molto alti sia da parte di chi chiede accoglienza che da parte di chi la dà. Gli operatori della cura, medici, psicologi, educatori, assistenti sociali, sono chiamati oggi a sobbarcarsi del gravoso compito di riportare ad uno stato di equilibrio una situazione che è da anni in uno stato di "emergenza-cronica". Le singole istituzioni, e gli operatori, non sono in grado di affrontare una problematicità che è in primo luogo politica.

Nel frattempo come affrontare il disagio, rispondere ai quesiti che vengono posti, come trasformare il problema in risorsa? E' necessario domandarsi cosa vuol dire oggi essere migranti: uomini che sbarcano in Italia e che sono così diversi dai nostri nonni che partivano alla volta dell'America, con lo stesso bagaglio di sogni e di malinconia.

Un viaggio chiamato nostalgia

Nel 2007 viene pubblicato dal Professor Vito Teti il libro *La Malinconia del Vampiro*, figura mitologica trasversale ai tempi e ai confini geografici. Le riflessioni dell'autore ci portano a riconsiderare il vampiro come metafora del diverso e di tutte le paure che la diversità evoca in noi. Secondo Teti: «... se l'emigrazione costituisce un

equivalente critico e problematico della morte, i rapporti tra rimasti e partiti, i loro controversi legami di odio e amore, di attrazione e repulsione sembrano riproporre, in forme nuove, le dinamiche tra vivi e defunti proprie delle società tradizionali>>. L'emigrante a lungo atteso e amato dai suoi cari, allo stesso tempo scatena senso di diffidenza e paura, e viene vissuto, secondo l'autore, come un defunto che può tornare. <<L'emigrante è un vivente che è morto per la società di origine: è, in fondo, un vampiro». (Teti 2006 http://www.tecalibri.info/T/TETI-V_vampiro.htm#p003).

Allo stesso modo in cui Dracula ha terrorizzato gli animi dei Londinesi del XIX secolo, così lo straniero approda sulle nostre terre incutendo negli abitanti la paura di essere divorati, inghiottiti dal diverso, dal revenant che arriva a succhiarci sangue, soldi, casa, diritti. Fatte scivolare nel campo semantico del "pericoloso e perverso", queste storie di arrivi raccontano la nostra incapacità di fare i conti con la differenza, la fragilità delle nostre certezze, prima ancora che con la diversità. L'esperienza migratoria si svolge all'interno di uno spazio sospeso, tra la malinconia legata alla perdita della propria terra, e tutto ciò che comporta, e il miraggio della nuova vita: tale situazione è resa ancora più gravosa dal contesto socio-culturale, assistenziale, politico e burocratico del paese ospitante.

Chi arriva in un paese, portandosi il carico di un viaggio spesso traumatico, si trova spesso a dover continuare a vivere in un contesto che riproduce quotidianamente stati di violenza, che si traduce nella minaccia di essere aggredito, di essere espulso da un paese che lo teme e lo isola sempre di più. A questo si aggiunge la nostalgia di casa, il dover mentire a se stessi per aver lasciato il proprio paese nella speranza di una vita migliore e trovarsi catapultati in un altro inferno, che rende impossibile la creazione di qualsivoglia tipo di relazione profonda e stabile. All'ostilità e al pregiudizio della società ospitante, si accompagna a volte una reazione di non minor ostilità da parte dei gruppi di origine verso coloro che sono partiti: essa si manifesta sotto forma di invidia ma anche di ostilità, per essersi sentiti traditi.

Tutti emigranti e tutti soli di fronte al nuovo e di fronte al vecchio mondo. Secondo Roberto Beneduce: «Se in molte famiglie l'assenza di uno dei suoi membri comporta condizioni di vita migliori anche per coloro che sono rimasti, in altre quell'amputazione sarà sentita come un tradimento, come una perdita e farà soffrire il corpo sociale per l'esistenza e il vagheggiamento di un arto fantasma». (R. Beneduce, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci editore, Roma, 2011, pp. 248-255.)

Chi emigra, abbandonando coloro che rimangono e sottraendosi al patto implicito che regola la vita del gruppo, può diventare per la società d'origine oggetto di sentimenti contraddittori. L'atto di emigrare può assumere il significato e la valenza dell'inganno, del tradimento o della diserzione dalla lotta di ogni giorno, finendo con l'assumere i tratti della colpa. È necessario per chi lascia la famiglia e la terra poter essere considerato un vincente, mostrare che l'allontanarsi è stato necessario per una rivincita non solo personale: pensiamo ai nostri nonni, al ruolo fondamentale delle rimesse per la sopravvivenza della famiglia. Lasciare il luogo d'origine deve avere il significato di un progetto che ancora include la casa. Fallire vuol dire tradire la promessa di sostegno e cura verso la propria casa e questo scatena sensi di colpa profondi, e reazioni spesso drammatiche.

Malattia mentale o malattia sociale

Come spiegare l'aumento di accesso ai servizi di salute mentale da parte di stranieri? Come limitarsi a pensare che i disturbi siano legati ai traumi del viaggio, anche su persone che vivono in Italia da anni che sono socialmente ben inserite o che, al contrario, per anni hanno vissuto in terre dove la violenza era la quotidianità, vittime ancor prima delle diseguaglianze politiche e sociali.

Pensiamo al successo di categorie come quella di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), globalmente impiegata nelle rappresentazioni egemoniche del dolore e della sofferenza e ampiamente presente nei programmi di intervento umanitario. Secondo Beneduce la nozione di trauma consente di porre in secondo piano, se non di cancellare del tutto, le condizioni di sfruttamento e di dominio dei popoli, nonché le resistenze che questi pure producono entro costellazioni di asimmetrie e diseguaglianze. (R. Beneduce, *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Bari-Roma, 2010.)

L'emigrazione non riguarda solo l'aspetto traumatico dovuto al viaggio, è un processo che segna profondamente l'integrità psico-fisica delle popolazioni, che sovrverte

È necessario per chi lascia la famiglia e la terra poter essere considerato un vincente, mostrare che l'allontanarsi è stato necessario per una rivincita non solo personale: pensiamo ai nostri nonni, al ruolo fondamentale delle rimesse per la sopravvivenza della famiglia. Lasciare il luogo d'origine deve avere il significato di un progetto che ancora include la casa. Fallire vuol dire tradire la promessa di sostegno e cura verso la propria casa e questo scatena sensi di colpa profondi, e reazioni spesso drammatiche

Nella relazione terapeutica con il migrante, l'intero bagaglio nosografico e terapeutico dello psichiatra occidentale viene messo in discussione, e questo comporta non poche preoccupazioni, a volte persino ostilità e resistenza, nel mettere in discussione il proprio modello di sapere, che appare impossibilitato a cogliere la complessità dei rapporti tra aspetti culturali e manifestazioni psicopatologiche, limitandosi a ricercare invarianti naturali piuttosto che variabili socioculturali. Aspetti che invece vengono presi in considerazione dall'etnopsichiatria

principi e i modelli dell'organizzazione sociale da come erano conosciuti. Il bagaglio ideologico originario del migrante, una volta esportato, subisce una svalutazione valoriale da parte della cultura accogliente, che lo giudica arcaico quando addirittura non viene interpretato come distonia comportamentale. A questo primo processo di sottovalutazione, come abbiamo accennato precedentemente, il migrante si sente travolto da un conflitto di lealtà culturale poiché, nel tentativo d'integrarsi, rompe la continuità con la sua identità originaria ed infine l'integrazione con i compagni di avventura non è così semplice.

Di fronte al nuovo mondo, la nuova cultura e il nuovo linguaggio spesso viene messa in atto una risposta disadattata causata dall'inadeguatezza delle mappe cognitive possedute dagli emigrati rispetto al nuovo mondo che li accoglie. A ciò si aggiunge l'impoverimento affettivo, dovuto alla perdita di legami significativi e profondi, che portano l'individuo a sprofondare in una deriva depressiva e già potenzialmente persecutoria che inizia là dove l'illusione dell'emancipazione viene surclassata dalla consapevolezza dell'integrazione mancata.

Occorre interrogarsi quindi su quali difficoltà specifiche si incontrano nel costruire e nel vivere una relazione terapeutica con un paziente immigrato, proveniente da un diverso contesto socioculturale; in quale misura bisogna fare riferimento ad apparati teorici per la definizione e la strutturazione del disagio psichico e per le aspettative di cura del paziente, intese come componente essenziale dell'efficacia terapeutica delle pratiche adottate. Il rischio è che, nei contesti multiculturali, la necessaria costruzione di setting pluralistici che garantiscano la rappresentanza di molteplici visioni del mondo, venga sostituita dall'affermazione di un monolitico punto di osservazione, radicato nella storia culturale occidentale. L'etnocentrismo si farebbe così portavoce di un'acculturazione senza appello dell'altro, che viene spogliato delle sue appartenenze e dei suoi riferimenti culturali.

La psichiatria, come ambito preferenziale di cura della totalità dell'animo umano, deve poter allargare i propri orizzonti di senso ad altri mondi culturali, ad altri operatori ed esperti cui riconoscere pari dignità.

Uno dei capisaldi dell'approccio etnopsichiatrico consiste nel partire dal presupposto che ogni essere umano, sofferente o meno, è parte di un universo culturale, a prescindere dai confini geografici, senza la cui conoscenza non possono darsi né incontro terapeutico né cura.

L'etnopsichiatria italiana ha acquisito una sua propria fisionomia grazie a innovatori come Franco Basaglia ed Ernesto De Martino. Basaglia ha rivoluzionato tanto la percezione della salute mentale e dei "malati" nella società, quanto la configurazione epistemologica della stessa malattia mentale. Ricordiamo come secondo il pensiero basagliano le cause della sofferenza delle persone andavano rintracciate nell'organizzazione sociale.

L'antropologia culturale di Ernesto De Martino è rivolta a comprendere i mondi della crisi e gli orizzonti di riscatto delle classi subalterne e delle popolazioni rurali del Mezzogiorno italiano nel secondo dopoguerra. La coniugazione di saperi diversi, dalla psicologia all'antropologia, passando per la filosofia e la storia delle religioni, rese quella stagione di studi e ricerche estremamente pionieristica e, ai nostri occhi, un modello da perseguire.

Nella relazione terapeutica con il migrante, l'intero bagaglio nosografico e terapeutico dello psichiatra occidentale viene messo in discussione, e questo comporta non poche preoccupazioni, a volte persino ostilità e resistenza, nel mettere in discussione il proprio modello di sapere, che appare impossibilitato a cogliere la complessità dei rapporti tra aspetti culturali e manifestazioni psicopatologiche, limitandosi a ricercare invarianti naturali piuttosto che variabili socioculturali. Aspetti che invece vengono presi in considerazione dall'etnopsichiatria, in modo tale che le tendenze universalizzanti ed omologanti vengono meno in riferimento alle particolari contingenze storiche, sociali, economiche, culturali che attraversano l'evento malattia. Nel modello di cura occidentale la divisione tra mente e corpo risulta spesso estranea all'esperienza di chi proviene da culture non occidentali, in cui prevale invece una presa in carico olistica del malessere. Ecco che diventa fondamentale la convergenza di interessi e di informazioni culturali provenienti da aree di confine tra discipline come la medicina, la psicologia, la pedagogia interculturale, l'antropologia e la sociologia, e non in ultimo la politica.

Il racconto che cura medico e paziente

Il rapporto fra biologia, cultura e società è stato analizzato e argomentato da autori come Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock che pongono l'accento proprio sulla necessità di un ritorno ad una visione unitaria fra il corpo e la mente proponendo l'immagine di un "corpo pensante" (Scheper-Hughes N., Lock M., 1987, *The Mindful Body.*) in cui si intrecciano i fenomeni di ordine biologico, psicologico, culturale e sociale. Questo approccio può, in una dimensione transculturale, permettere all'operatore di comprendere i diversi ambiti di significato in cui la malattia diventa tale e, allo stesso tempo, mette in discussione e porta a rielaborare nuovi modi e spazi terapeutici che superino il dualismo mente corpo. Il nostro background culturale e professionale non è certo nuovo a questo tipo di approccio, eppure l'ambito medico scientifico mostra ancora distacco e scetticismo, nonostante lavori straordinari come quello di Ernesto De Martino sul tarantismo, uno stato di sofferenza fisico e psichico connesso simbolicamente con il morso della tarantola, l'etnologo evidenzia i collegamenti fra la sofferenza psichica della "tarantate" e la dimensione storico-sociale di povertà e di emarginazione. De Martino riconosceva nel rito uno strumento culturale di gestione della crisi, che permetteva di simbolizzare e risolvere la malattia (Ernesto De Martino, 1961, *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Milano, Il Saggiatore).

Dal punto di vista dell'antropologia medica la "salute" e la "malattia" non possono essere viste come entità o stati puramente biologici, bensì come processi complessi che hanno risvolti psichici, sociali, culturali e politici. L'approccio antropologico alla salute considera ambiti ben distinti, ma imprescindibili, l'uno dall'altro: disease e illness. La parola disease indica la definizione biomedica di malattia: una condizione patologica rilevata e catalogata in un'etichetta nosologica attraverso la diagnosi (Pizza, *Antropologia medica, saperi, pratiche del corpo*, Carrocci editore, Roma 2005). Il termine illness fu coniato da Kleinmann, docente di antropologia medica della Harvard Medical School e Byron J. Good, docente di antropologia medica al Department of Anthropology di Harvard. I due autori hanno focalizzato la loro attenzione sull'analisi e l'interpretazione della medicina narrativa, la Illness narrative e i modelli esplicativi del medico e del paziente (ME). Con il termine illness ci si riferisce alla malattia in quanto esperienza soggettiva: il vissuto del paziente, la dimensione emotiva, relazionale e sociale e gli aspetti esistenziali e culturali che concorrono nel processo di conferire un senso alla malattia. Diviene una valida chiave di lettura dei modi in cui la malattia e la sua elaborazione nei diversi contesti locali, la comparazione transculturale tra i diversi sistemi medici e tra le diverse categorie culturali assegnate al corpo salute e malattia, possano aprire il dialogo tra scienze sociali e scienze mediche per una migliore presa in carico dei bisogni dei pazienti. I sintomi e la malattia hanno per Kleinmann una dimensione simbolica e cognitiva e, a partire da questo assunto, è da qui che le categorie interpretative dell'etnologo, nell'analisi dell'esperienza della sofferenza, devono essere aderenti all'esperienza dei soggetti. Attraverso le *illness narratives* l'esperienza della sofferenza, della perdita e della paura che sono universali, differiscono però nelle diverse società in virtù di processi di elaborazione culturale locale in continua trasformazione. L'esperienza della malattia, la sua dimensione simbolica e intersoggettiva è intrecciata a quella individuale. Kleinmann tuttavia contesta la tendenza nelle Scienze Sociali ad interpretare le differenti espressioni e rielaborazioni locali della sofferenza in termini esclusivamente socio-culturali. Sono dunque messe in discussione sia le categorie nosologiche della tradizione biomedica sia le categorie sociologiche che spiegano la sofferenza e la malattia come l'effetto devastante dei regimi di oppressione economica e politica. Secondo l'etnografo, viviamo nel flusso di un'esperienza che è storica e culturale. L'espressione della sofferenza è dunque una psicofisiologia simbolicamente mediata, è il risultato di processi psicosomatici che trasmettono e ricevono codici culturali. I processi psicosomatici hanno autonomia per via della fondazione psicofisiologica dell'esperienza, sono un vincolo universale dell'agire umano che si manifesta secondo specifiche modalità nei mondi morali locali: non c'è un mondo senza tristezza o minaccia, sofferenza e disagio, oppressione, dolore o privazione: sono le loro manifestazioni che sono differenti, in quanto plasmate dalla cultura e dalle diverse risposte individuali.

L'espressione della sofferenza è dunque una psicofisiologia simbolicamente mediata, è il risultato di processi psicosomatici che trasmettono e ricevono codici culturali. I processi psicosomatici hanno autonomia per via della fondazione psicofisiologica dell'esperienza, sono un vincolo universale dell'agire umano che si manifesta secondo specifiche modalità nei mondi morali locali: non c'è un mondo senza tristezza o minaccia, sofferenza e disagio, oppressione, dolore o privazione: sono le loro manifestazioni che sono differenti, in quanto plasmate dalla cultura e dalle diverse risposte individuali



Il concetto-guida sickness consente anche e soprattutto di individuare le dinamiche istituzionali, politiche e sociali che attivano percorsi di cura, o limitano l'accesso alla cura sulla base di discriminanti di classe, razza, status e genere. Le pratiche mediche per Young sono pratiche ideologiche che occultano la natura sociale della malattia, i rapporti di potere e le forme di sofferenza sociale, limitano l'agentività dei soggetti nei loro percorsi di ricerca della guarigione e distribuiscono nel tessuto sociale iniquità nell'accesso alla cura

sguardo antropologico sul rapporto medico paziente, Einaudi Torino, 2000)

Un aspetto da Kleinmann accennato, ma che viene solo in seguito approfondito da Allan Young (in *Annual Review of Anthropology* 11(1):257-285, November 2003 with 168 Reads) riguarda la dimensione sociale e politica della malattia.

L'approdo ultimo del lavoro di Kleinmann era stato il consolidamento di una dimensione comunicativa e relazionale efficace tra medico e paziente e la rimozione della cause che sono di ostacolo ad una adesione consapevole al trattamento terapeutico. Un limite del percorso teorico e di ricerca di Kleinmann è tuttavia la mancata messa a fuoco delle cause sociali che plasmano e distribuiscono in modo differente l'esperienza di malattia e il potere della parola nella relazioni diadiche tra medico e paziente. Nel modello dei ME è infatti assente una chiara esplicitazione delle logiche economiche e di potere, della sickness intesa come processo di socializzazione che induce il soggetto ad incarnare il ruolo sociale del malato, un processo che costruisce intorno ai segni della malattia significati sociali rilevanti nell'intreccio tra la dimensione politica e quella socio-culturale. Il concetto-guida sickness consente anche e soprattutto di individuare le dinamiche istituzionali, politiche e sociali che attivano percorsi di cura, o limitano l'accesso alla cura sulla base di discriminanti di classe, razza, status e genere. Le pratiche mediche per Young sono pratiche ideologiche che occultano la natura sociale della malattia, i rapporti di potere e le forme di sofferenza sociale, limitano l'agentività dei soggetti nei loro percorsi di ricerca della guarigione e distribuiscono nel tessuto sociale iniquità nell'accesso alla cura.

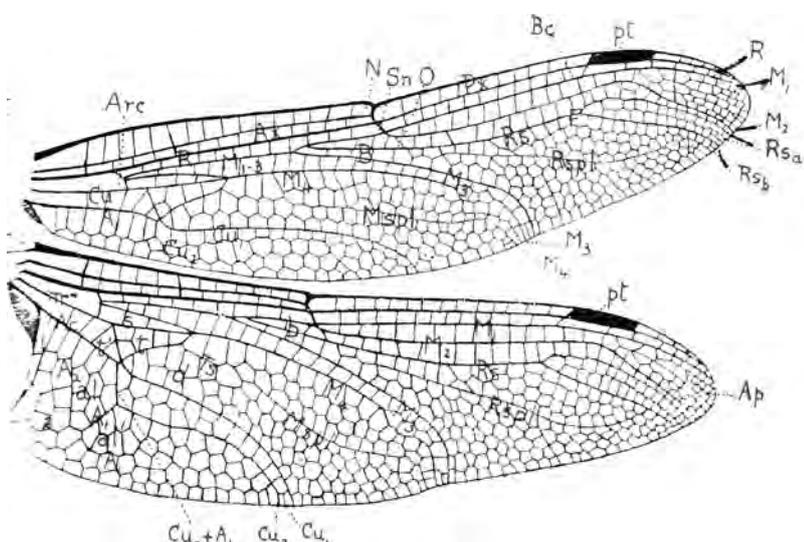
Young muove verso una definizione alternativa dell'efficacia e della produttività medica nelle pratiche di cura, mette al centro la persona nella sua interezza, come corpo sociale e corpo simbolico. L'efficacia clinica dei saperi medici ha sempre manifestato i suoi molti limiti: disparità di accesso ad una corretta informazione medico-scientifica e una visione desocializzata del paziente e della malattia, che riduce a fatti di natura le determinanti non sanitarie, sociali ed economiche. L'alternativa risiede per Young in una integrazione tra le diverse prospettive teoriche, tra le antropologie della *disease*, della *illness narrative*, dei modelli esplicativi e della sickness: un modello teorico in cui i concetti chiave possono produttivamente dialogare tra loro per costruire altri parametri su cui misurare non solo la produttività medica nei termini di efficacia clinica e di efficienza economica dei piani sanitari, ma anche e soprattutto la dimensione più ampia della salute intesa come bene comune inalienabile da tutelare. (<http://www.rivistadiscienzesociali.it/da-kleinman-a-farmer-dallesperienza-soggettiva-della-malattia-alla-malattia-come-incorporazione-della-sofferenza-sociale/>) Anche in Italia i nuovi flussi migratori hanno reso necessario un ripensamento del

ruolo della cultura all'interno del sistema sanitario e come si propone di fare l'etnopsichiatria. Le medicine alternative e le considerevoli differenze all'interno della stessa medicina occidentale ha reso attuale e prioritario il tema del pluralismo medico e la diffusione internazionale della biomedicina ha richiesto una comprensione dettagliata dei saperi e dei sistemi medici locali, senza la quale i progetti di intervento rischiano di dimostrarsi fallimentari.

Se non si mettono gli operatori sanitari in condizione di lavorare sui molti significati esistenziali di malattia e di attivare in modo coerente gli altri servizi presenti sul territorio, lo sperpero di risorse è garantito. Solidarietà e responsabilità, consapevolezza e umanità devono essere quindi i quattro pilastri su cui deve appoggiarsi e reggersi l'accoglienza sanitaria per gli stranieri migranti, sia di passaggio che residenti nel nostro Paese. La medicina narrativa, l'approccio etnopsichiatrico sono necessari, ma non sufficienti per prendersi cura dell'individuo figlio della globalizzazione, la illness narrative ci mostra come l'ascolto empatico, la cura di ogni aspetto storico sociale e politico, è fondamentale nella cura del migrante come nella cura di ogni singolo individuo dotato del proprio mondo interiore.

La medicina ha bisogno di tornare ad essere ambito di cura e di accoglienza, è necessario formare il personale medico sanitario affinché si riesca ad attingere ad esperienze multidisciplinari senza avere paura che le proprie conoscenze vengano messe in secondo piano. La migrazione non è più un "fenomeno", ma un dato di fatto che comprende tutto il globo, parlare di stranieri in un mondo globalizzato è fuorviante ed obsoleto. Quello che finora è stato vissuto come un problema deve diventare una sfida davanti alla quale chi si occupa di cura sia in ambito sociale che medico, non può esimersi dal cogliere.

* Antropologa [vittoria.speltoni@gmail.com]



Abstract

Since the end of the cold war the new geopolitical set-up has witnessed an extraordinary migration movement, much more complex than any other before.

The reasons are conventionally believed to be: the impossibility to live in the native country because of wars and political violence, and the expectation of a better life, with social, professional and economic opportunities. The latter is the case of the phenomenon which is called 'economic migration'.

Starting from the first years of the XX century, Italy has become a land of migration, initially from Albania. In order to guarantee control and security new laws were made: Martelli in 1990, Turco- Napolitano in 1998 and Bossi-Fini in 2002. They are mainly about security.

What is the role of the health operators today? Is it their task to mediate between of health and survival needs and political thought?

KEYWORDS Geopolitical set-up, migration movements, economic migrations, welfare