

*Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo**

Tullio Seppilli

direttore del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia /
presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) /
presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM)

1.

Per affrontare il problema della capacità dei servizi sanitari europei di dare adeguate risposte ai bisogni e alle richieste di salute degli odierni immigrati che provengono da altre aree del mondo occorre partire da almeno due assunzioni di fondo.

La *prima*: che l'accesso al territorio europeo di grandi correnti migratorie provenienti da numerose aree del mondo scarsamente industrializzate, o caratterizzate comunque da più disagi o insicure condizioni di vita, è ormai un fenomeno "strutturale". Potrà essere ulteriormente regolamentato ma non arrestato, giacché esso deriva appunto dal crescente divario fra le condizioni di vita del Nord e del Sud del pianeta e, al tempo stesso, dalla contemporanea globalizzazione dei mercati – ivi compreso il mercato del lavoro – sotto la spinta della logica di sviluppo e dei conseguenti processi di apertura e livellamento imposti all'intero pianeta, pur fra molte contraddizioni, dallo stesso Occidente industrializzato. Ne consegue così, almeno per i tempi medi, l'inevitabile perdurare della tendenza in atto da alcuni decenni in quasi tutte le nazioni europee ad assumere in qualche misura il carattere di società multiethniche e dunque, per certi versi, multiculturali.

La *seconda* assunzione: che la provenienza di queste correnti immigratorie da un gran numero di paesi situati nelle più diverse parti del mondo configura in Europa una presenza di nuovi cittadini largamente eterogenea per caratteristiche etniche, radici storiche, assetti culturali, vicende e vissuti personali. E per concezioni e pratiche concernenti gli stati di salute/malattia. Una tale eterogeneità, è bene sottolinearlo, mal si riflette nelle

omogeneizzanti e burocratiche etichette – “extracomunitari” o altre simili – con cui questi immigrati vengono complessivamente designati: le quali, al di là del loro possibile valore giuridico-amministrativo, risultano fuorvianti e foriere di equivoci e fraintendimenti giacché esse favoriscono fra i cittadini di vecchio insediamento il formarsi, nei confronti dei nuovi, di uno sguardo globalizzante in cui scompare la concretezza delle persone e delle culture, se ne cancellano le reali specificità, e viene invece accentuata la sola distanza rispetto a coloro che “vengono da fuori”, complessivamente percepiti come diversi ed estranei, in vario modo minacciosi e tutto sommato “inferiori” per la loro stessa provenienza da aree del mondo povere e “sottosviluppate” (tant’è che dal novero degli “extracomunitari” risultano di fatto esclusi, nell’immaginario collettivo, coloro che giungono in Europa provenendo da “paesi ricchi” come il Canada o gli Stati Uniti). E peraltro, etichette globalizzanti come queste non danno nemmeno conto del punto di vista degli immigrati: i quali, almeno allo stato attuale, solo occasionalmente e assai limitatamente assumono la loro comune condizione di nuovi venuti, e i vari e spesso gravi problemi che seppur in eterogenea misura ne derivano per tutti loro, come fondamento di una effettiva comune caratterizzazione e di una comune coscienza rivendicativa, e continuano invece a far quasi esclusivo riferimento al proprio gruppo etnico, a sentirsi cioè peruviani, nigeriani, filippini o cinesi, almeno altrettanto diversi gli uni dagli altri quanto rispetto agli stessi europei.

2.

È inoltre necessario tenere fortemente in conto la natura dei processi che investono in questo orizzonte di riferimento gli assetti culturali dei migranti e quelli, altresì, dei vecchi cittadini dei paesi in cui i migranti giungono a insediarsi.

Ma a tal fine sembra innanzitutto opportuno ribadire quanto potrebbe apparire ovvio: che ogni cultura cioè – in quanto più o meno organico sistema di “modelli” orientati, in ciascun contesto, alla conoscenza e interpretazione della realtà, alla valutazione di quanto vi accade e alla produzione di efficaci risposte ai problemi che volta a volta investono gli uomini che vi sono insediati – costituisce il risultato di processi di costruzione sociale via via sviluppatasi, appunto, in un contesto storico-territoriale *determinato*, caratterizzato da uno *specifico* assetto produttivo e da *specifici* rapporti sociali, di egemonia e di potere, nonché dal peso di una precedente *specifico* storia materiale e culturale; e che perciò è solo in riferimento al

suo proprio contesto che una cultura trova il suo fondamento e la sua “ragione” e coerentemente vi si configura come un repertorio di orientamenti mediante il quale gli uomini che l’hanno introiettata possono interagire e rispondere efficacemente ai concreti problemi che ognuno di essi, in base alla propria collocazione nel contesto, si trova giorno per giorno ad affrontare.

Ne risulta, per le collettività o gli individui singoli, che ogni cambiamento dell’orizzonte di vita e dunque dei problemi che vi si pongono – sia esso il prodotto di mutamenti del quadro sociale o invece, ed è quanto qui più immediatamente ci interessa, la conseguenza di un processo di migrazione verso un altro e diverso territorio – determina inevitabilmente una oggettiva *disfunzionalità* di molti dei comportamenti sostenuti dai vecchi modelli culturali. A fronte di nuove situazioni e nuovi problemi, in sostanza, i modelli elaborati nel precedente contesto non possono più fornire risposte adeguate. In tale condizione la frustrante esperienza della impraticabilità o della inefficacia dei propri abituali comportamenti produce in chi la sperimenta vissuti di inadeguatezza e di crisi culturale e il conseguente bisogno di uscire da questo stato abbandonando pur dolorosamente i modelli antichi, ed elaborando – o mutuando dalla popolazione locale, nel caso dei migranti – modelli diversi, coerenti con la logica della società circostante e dotati dunque rispetto ad essa di sufficiente funzionalità ed efficacia.

Un certo distacco dalla cultura di origine e una concreta apertura nei confronti di quella del nuovo contesto di insediamento appare perciò un inevitabile corollario di ogni processo migratorio: non solo per il materiale allontanamento dei migranti dalla società in cui la loro cultura trovava la sua radice, la sua interna logica e il suo efficace funzionamento, ma soprattutto, appunto, per le motivazioni stesse del loro progetto migratorio – l’obiettivo, cioè, di stabilirsi e lavorare in un *altrove* ritenuto a torto o a ragione, almeno per certi versi e almeno provvisoriamente, “migliore” della propria patria, più “avanzato” e foriero di opportunità –. Tali motivazioni, infatti, portano anche spontaneamente, cioè anche al di là del possibile effetto di specifiche e intenzionali politiche locali di “conversione”, ad assumere, da parte dei migranti, quegli strumenti culturali locali che dei processi di insediamento e integrazione nel nuovo contesto appaiono costituire la necessaria condizione.

In sostanza, dunque, la cultura originaria degli immigrati si presenta inevitabilmente indebolita, resa fragile e aperta sia per effetto dello sradicamento dei suoi “portatori” dal vecchio contesto sia per effetto dei

meccanismi della loro integrazione in un contesto nuovo e diverso, comunque difficile e talora ostile: con il risultato che si va formando, fra gli immigrati, un patrimonio culturale misto, sincretico, caratterizzato da un equilibrio dinamico fra le due culture – quella originaria e quella del contesto di immigrazione –, in cui il loro reciproco peso e le relative aree tematiche di competenza, nonché la stessa velocità con cui il sincretismo si sviluppa, dipendono dalla qualità e dall'andamento delle condizioni oggettive e soggettive nelle quali il processo di integrazione si va via via realizzando. Ma è un processo questo – è importante ribadirlo anche per i suoi effetti sul terreno della salute – che non può non comportare situazioni dolorose e conflittuali, come si è già osservato, in cui le speranze e le aperture verso “il nuovo” si intrecciano fatalmente con vissuti di spaesamento e di nostalgia per un mondo consueto e ormai perduto, sentimenti di estraneità e frustrazione, anomizzanti conflitti di norme e valori, possibili meccanismi di inserimento fondati su attività in vario modo devianti, ricorrenti chiusure controacculturative.

3.

D'altra parte, non va sottovalutato l'effetto delle situazioni problematiche che l'ingresso di uomini portatori di culture e costumi “diversi” produce inevitabilmente fra i cittadini di vecchio insediamento.

Ogni cultura può infatti considerarsi, fra coloro che la condividono, un potente “semplificatore della vita quotidiana”. Il sotteso riferimento a una comune piattaforma culturale – un comune assetto, cioè, di conoscenze, ricordi e punti di vista, modalità di comportamento e forme espressive dei sentimenti, gerarchie di valori e di mete, idee sul reciproco rispetto, regole relative alle cose che si possono o non si possono fare – consente appunto di dare per ovvia e senza problemi una gran parte di quanto occorre capire o attuare nei quotidiani rapporti interpersonali: come comportarsi nelle varie occasioni, cosa attendersi dalle altre persone e come interpretarne i comportamenti, che senso e valore dare ai mille stimoli e accadimenti della vita di tutti i giorni... L'incontro, invece, con uomini portatori di una diversa cultura, che *altrettanto spontaneamente* si comportano e giudicano le cose *in altro modo*, reca perciò con sé una rottura delle reciproche attese, vissuta come violazione del “senso comune”, come infrazione di regole ritenute fino a quel momento “pacifiche” e fuori discussione, e provoca di conseguenza una brusca e frustrante messa in questione di aspetti non rilevanti della vita quotidiana.

È, questa, lo ripeto, una dinamica da riconoscere nei suoi fondamenti concreti e da fronteggiare con articolate e non facili strategie di intervento, anche per il suo possibile porsi come stimolo a diffusi atteggiamenti di insofferenza, di localistica chiusura ai “diversi”, di rifiuto e financo di aperto pregiudizio “razzista”: terreno facile, come si è visto anche di recente, per la radicazione di ricorrenti progetti politici tendenti a spostare l’attenzione collettiva verso comodi capri espiatori come strumentale passaggio per una possibile instaurazione di nuovi “regimi reazionari di massa”.

4.

Solo tenendo in conto i rilevanti fattori in gioco nelle grandi recenti migrazioni verso l’Europa e l’intero Occidente, e la natura dei processi che investono in questo orizzonte gli assetti culturali dei migranti (e delle stesse popolazioni locali), sembra peraltro possibile costruire intorno ai problemi che ne derivano realistiche e positive strategie di risposta operativa: le quali non possono non porsi a loro volta, in coerenza con quanto si è finora detto, come quadro di riferimento per la impostazione, su questo terreno, di una specifica ed efficace politica dei servizi sanitari.

In questa prospettiva occorre sottolineare subito che risultano irrealistiche, e per differenti motivi variamente negative, tre strategie di fondo che si manifestano di frequente nei dibattiti sulle politiche dell’immigrazione.

A. Una *prima* strategia: quella del *rigetto* cioè del rifiuto dell’immigrazione o comunque del suo massimo contenimento e della parallela demonizzazione degli immigrati. Una strategia, questa, che appare largamente irrealistica in considerazione della entità dei fattori che determinano oggi, come abbiamo osservato all’inizio, lo spostamento di grandi masse di uomini dal Sud al Nord del pianeta. E che urta peraltro, nelle aree agricole e industriali di molti paesi d’Europa, con la carenza o la indisponibilità di manodopera locale, talché l’immigrazione vi diviene una condizione irrinunciabile per la sopravvivenza di numerose attività economiche e dei loro indotti. La spinta verso un tale rigetto, d’altronde, non può non fondarsi – o non tradursi, comunque – nella più o meno manifesta presenza di tendenze ideologiche sostanzialmente xenofobe e razziste e nella loro strumentale utilizzazione e amplificazione da parte dei gruppi sociali e politici più conservatori al fine di perseguire obiettivi di egemonia e controllo su larghi strati di popolazione creando un clima di intolleranza, convogliando conflitti e tensioni reali in direzione di capri espiatori

“estranei” e costruendo così una base di massa per premere verso un indiscriminato rafforzamento delle istituzioni repressive e una militarizzazione dei luoghi di accesso al paese: in una parola, per “blindare” la società e spostare la direzione del paese verso avventuristiche soluzioni di tipo ultra-conservatore e autoritario. Con il risultato che insieme al rigetto di nuovi e vecchi “diversi” verrebbe messa in questione la stessa “democrazia di tutti”.

B. Una seconda strategia: quella della pura e semplice pressione verso l'assimilazione cioè una politica indirizzata a spingere il più rapidamente possibile i cittadini provenienti da altre aree del mondo ad acquisire i modelli del paese di nuovo insediamento voltando le spalle alla cultura d'origine per identificarsi in ogni campo dell'esistenza con la cultura e lo stile di vita dei cittadini di vecchio insediamento. Questa strategia, che si fonda su una apparente apertura verso i nuovi venuti (“non ci sono barriere o inferiorità che impediscano agli altri di diventare come noi e di vivere così insieme a noi”), manifesta in realtà un forte etnocentrismo (“l'obiettivo è che diventino come noi”). Ma soprattutto, la ipotesi di un possibile rapido assorbimento culturale dei nuovi venuti appare anch'essa largamente irrealistica: l'esperienza dei paesi occidentali in cui il fenomeno è di più antica data mostra infatti nei discendenti dei primi immigrati la persistenza o la rinascita, anche in terza e quarta generazione, di significativi riferimenti alla cultura originaria, contrassegnati peraltro da un intenso valore simbolico identitario (etnicismi). D'altra parte, una tale strategia richiederebbe necessariamente la messa in atto di iniziative e istituzioni capaci di operare nei confronti degli immigrati e dei loro figli una forte e stabile coazione a largo raggio diretta appunto al cancellamento della loro precedente identità e alla loro integrale assimilazione nella cultura del paese di nuovo insediamento (tanto per fare qualche esempio, normative scolastiche incentrate su programmi eurocentrici e su meccanismi di apprendimento esclusivamente fondati sulla lingua e la cultura locale, un monolinguismo assoluto nei servizi pubblici e nei luoghi di lavoro, procedure dissuasive verso il costituirsi di mezzi di comunicazione e centri culturali e religiosi autonomamente gestiti dagli immigrati, ...). Questa sostanziale chiusura comporterebbe peraltro almeno tre negativi corollari. Anzitutto, per il paese e per i suoi cittadini di vecchio insediamento, la perdita di una opportunità, la rinuncia cioè ad utilizzare la pur parziale coesistenza di culture diverse, e dunque la compresenza di una effettiva pluralità di punti di vista, come stimolo per un qualche distanziamento critico nei confronti del loro stesso patrimonio culturale, per un suo ripensamento creativo nel momento in cui la rapidità dei processi di cambiamento sociale e il presen-

tarsi di sempre nuove situazioni problematiche richiedono appunto una capacità di progettazione e innovazione culturale attenta anche ad altre esperienze e libera da appesantimenti conformistici. Ancora, per il paese e per i suoi cittadini di vecchio insediamento, la perdita di un'altra opportunità, quella di derivare dalla presenza dei nuovi venuti un più ampio e sprovvincializzante orizzonte conoscitivo sui loro contesti di origine, ormai quasi sempre inseriti in un quadro mondiale interattivo, al fine di poter meglio esercitare, in tale quadro, realistiche funzioni di mediazione e di efficace protagonismo. Ma soprattutto, una tale chiusura comporterebbe inevitabilmente, fra gli immigrati, una caduta dei sentimenti di identità e di autostima, le cui negative conseguenze, anche sul terreno della salute, appaiono ormai largamente accertate, oppure, di contro, una più o meno aperta reazione difensiva con il conseguente prodursi di fenomeni di occultamento e resistenza o di vero e proprio fondamentalismo e revivalismo controacculturativo, forieri di nuove conflittualità. Senza contare che ogni processo di rapida deculturazione e di conseguente caduta dei vecchi valori e dei vecchi meccanismi di controllo sociale comporta irrimediabilmente, nelle more di un possibile riposizionamento socio-culturale, il crearsi di vissuti di frustrazione, di isolamento e di anomia che insieme alle oggettive difficoltà di integrazione "normale" nel nuovo contesto facilitano, come si è detto, la assunzione di comportamenti e stili di vita "devianti" e la potenziale caduta nelle reti locali di criminalità organizzata.

C. Una terza strategia: quella di un *multiculturalismo acritico e ingenuo* cioè di una politica che assume come assetto stabilmente possibile, anzi auspicabile in quanto positiva "ricchezza", la pura e semplice coesistenza, nella società di immigrazione, fra la cultura locale e, sostanzialmente immutate, le culture dei paesi d'origine degli immigrati. In merito, si sono già esplicitate le ragioni che rendono una siffatta ipotesi largamente irrealistica. Anzitutto, perché le culture originarie degli immigrati raggiungono i nuovi contesti territoriali depauperate e rese fragili e "aperte" a causa dello sradicamento dei loro portatori dai contesti di cui esse erano una (più o meno) funzionale espressione, nei quali esse dunque costituivano un effettivo strumento di sussistenza e di integrazione sociale. E inoltre, perché la stessa decisione di abbandonare il proprio paese e intraprendere il progetto migratorio rappresenta, per il migrante, il risultato di una almeno parziale rottura della identificazione con il proprio contesto tradizionale e l'esito di una opzione che vede in un *altrove* lontano una positiva e possibile alternativa di vita, cui non può non sottendere, in lui, una qualche forma di "acculturazione anticipatoria". In secondo luogo – ed è questo il principale fattore in gioco – perché la stessa impraticabilità o ineffica-

cia di numerosi aspetti della cultura d'origine, nel contesto nuovo, e dunque della sua almeno parziale disfunzionalità, spinge inevitabilmente il nuovo venuto, al fine di raggiungere gli obiettivi di inserimento previsti appunto nel suo progetto migratorio, a mutuare nel proprio orizzonte culturale elementi fondanti della cultura locale, coerenti con la logica di funzionamento della società "ospitante" e adeguati dunque ad assumervi ruoli funzionali. In sostanza, proprio perché ciascuna cultura è costruita in riferimento ad un preciso e determinato contesto storico-territoriale – talché *in quello* essa "funziona", traducendosi in comportamenti efficaci, e non può invece valere indiscriminatamente per ogni tempo e ogni luogo – non è pensabile una sua trasposizione integrale e incontaminata in un contesto radicalmente diverso, senza cioè che nei suoi "portatori" essa vi subisca più o meno rapidamente profonde alterazioni e risignificazioni e si apra a numerosi e profondi inquinamenti. E perciò stesso non è nemmeno pensabile un assetto sociale unitario entro il quale individui di assai diversa provenienza si integrino – vi operino efficacemente, cioè, ed efficacemente interagiscano fra di loro – rimanendo ciascuno rigidamente chiuso nella propria cultura e dando in tal modo luogo, complessivamente, a uno scenario in cui vengono messi in atto stili comportamentali nati in rapporto ai più diversi sistemi sociali di riferimento. Di fatto, se un assetto sociale così costituito potesse esistere, in quanto coacervo di individui "portatori" di orizzonti culturali privi di una comune e coerente matrice unitaria esso finirebbe inevitabilmente per disintegrarsi. Oltretutto irrealistica, risulterebbe dunque tutt'altro che positiva una strategia di integrazione dei flussi migratori che assumesse tout court un acritico e astratto multiculturalismo come traguardo da raggiungere nei vari campi della vita sociale. Non solo perché in alcuni settori emblematici delle società occidentali, quali ad esempio la produzione industriale, gran parte delle attività abbisognano inevitabilmente di un almeno parziale adeguamento di chi vi partecipa alla "logica culturale" che vi è sottesa (e che è, appunto, occidentale). Ma anche perché ci sono ambiti della vita sociale in cui una confluenza di regole tra loro incoerenti – quelle venute con le culture degli immigrati, nate in altri contesti, e quelle locali, radicate nella "logica" stessa e nella struttura di fondo della società "ospitante" – prima ancora che appalesarsi irrealistica non può non tradursi in conflittualità e guasti talora assai pericolosi. A cosa condurrebbe, infatti, la coesistenza di difformi regole di condotta fra gli attori di una medesima transazione commerciale? Che effetti determinerebbe l'obbligo, per i cittadini di vecchia residenza, di uniformarsi, pena gravi sanzioni, alle disposizioni fiscali o amministrative del paese, laddove un siffatto obbligo non venisse fatto valere, in nome della "pari dignità di

tutte le culture”, per quegli immigrati nella cui società di origine, e dunque nella cui cultura, tali disposizioni fossero del tutto assenti? a quali tensioni una tale disparità porterebbe? come evitare in tal caso il formarsi, tra i vecchi residenti, di atteggiamenti di protesta che facilmente tenderebbero a trasformarsi in rivendicazioni di rigetto xenofobo? Certo, la immagine del “multiculturalismo puro” appare come una splendida e rassicurante utopia, come una bella metafora della fratellanza tra i popoli e del valore di tutte le culture (o forse invece come una emblematica torre di Babele?): ma in fin dei conti, astrattamente calata nel vivo delle società concrete essa si rivela, appunto, una utopia.

Quale tipo di strategia può dunque costruirsi, in questo orizzonte, ad un tempo realistica e tale da ridurre al minimo i rischi e le contraddizioni inevitabilmente insiti in una fenomenologia così articolata e di così ampia portata? sulla quale, peraltro, al di là e ancor prima di ogni possibile politica di intervento pubblico, intervengono in ogni caso con proprie strategie anche altri soggetti sociali variamente interessati al fenomeno, alle sue implicazioni, alle sue potenziali utilizzazioni sul terreno economico e su quello degli equilibri sociali e dei conflitti di egemonia.

In merito, evidentemente, non esistono formule rigide, omogeneamente valide per ogni situazione. Ma quanto abbiamo fin qui sottolineato e le esperienze accumulate nei paesi in cui il fenomeno immigratorio è di più antica data, consentono, almeno, di delineare una prospettiva strategica che appare oggi la più adeguata: quella della pur lenta e difficile condivisione, da parte degli stessi immigrati, di un’*area di cultura pubblica comune*, sostanzialmente incentrata su quei nodi culturali essenziali della società “ospitante” che ne regolano e ne garantiscono la coesione e il funzionamento, intorno alla quale, tuttavia, larghe e significative aree delle culture venute con gli immigrati possano abbastanza spontaneamente continuare il loro percorso e interagire in varia forma con il contesto mantenendo una più marcata autonomia e dando finanche luogo a possibili rifunzionalizzazioni ed espansioni.

Certo, non è facile stabilire in concreto e una volta per tutte quali siano quei “nodi essenziali” della cultura di un paese di immigrazione che devono sostanziare un’*area di cultura pubblica comune* valida non solo per i residenti di vecchia data ma anche per quelli recentemente venuti dalle più diverse parti del mondo, così da definire e garantire, in qualche modo, un loro comune terreno di integrazione e la stessa loro comune *cittadinanza*. Ma non vi è dubbio che essi si situano in ogni caso nell’ambito del “pacchetto” di cognizioni, di opportunità e di norme che regolamentano gli

spazi comportamentali connessi alla vita collettiva e ai rapporti fra i cittadini, alla conformità con le linee di fondo del quadro legislativo, alle modalità di correlazione con le strutture lavorative, le istituzioni pubbliche, i servizi. In sostanza, come si è detto, si tratta appunto di un'area comune di diritti/doveri, di "regole" e di competenze e orientamenti culturali di base che consentirebbe comunque un più regolare ed equilibrato funzionamento dei processi di comunicazione e di integrazione tra vecchi e nuovi cittadini. E dunque una riduzione dei fattori di intolleranza xenofoba nei confronti degli immigrati e, ad un tempo, fra questi, una riduzione dei fattori attrattivi verso soluzioni di vita gravemente devianti e, soprattutto, un positivo incremento della capacità di "muoversi" consapevolmente e rapidamente nel nuovo contesto in direzione di quelle mete di "miglioramento" che avevano costituito a suo tempo le ragioni stesse del progetto migratorio.

Non si può non sottolineare, in proposito, che parte di quanto abbiamo indicato come *area di cultura pubblica comune* copre in effetti un insieme di cognizioni e di norme che almeno in certa misura risultano acquisite dagli immigrati con una certa rapidità *anche spontaneamente*, anche al di là, cioè, di ogni specifica politica pubblica di intervento, per il fatto stesso che esse costituiscono indispensabili strumenti per una quotidiana e ravvicinata relazione interindividuale e per un efficace accesso alle strutture lavorative e ai servizi di più immediata necessità. Ma un orientamento pubblico, in questa direzione, e quindi una *politica pubblica di intervento* per una organica e programmata promozione dell'intera *area di cultura pubblica comune*, pur intrecciandosi – rafforzandole – con le dinamiche culturali spontanee che muovono nella medesima direzione, è qualcosa di assai più ampio e complesso e deve comunque coinvolgere non solo la popolazione immigrata ma anche, significativamente, quella di vecchia residenza, incidendo sui suoi assetti cognitivi, sul suo orizzonte ideologico, sulla sua immagine dei "diversi" e sugli atteggiamenti che ne conseguono.

È peraltro da dire che in quanto *politica pubblica di intervento*, organica e programmata, la promozione di un'area di cultura pubblica comune può solo realizzarsi, come ogni politica di *controllo sociale*, avviando e intrecciando processi finalizzati a introdurre trasformazioni comportamentali attraverso meccanismi di formazione persuasoria (*controllo primario, egemonia*) e processi finalizzati invece a manipolare i comportamenti attraverso la minaccia o l'attuazione di meccanismi di tipo repressivo (*controllo secondario*). Una strategia fondata dunque realisticamente su una doppia tastiera. Che nel quadro articolato e contraddittorio prodotto dalla fenomenologia immigratoria dovrebbe però affidare la funzione di efficacia massima ai processi di formazione persuasoria pur senza rinunciare, in ultima istanza,

a quelli di tipo repressivo a condizione che: (a) il quadro normativo – il quadro delle “regole” cioè – risulti seriamente esplicitato, comprensibile, certo e uguale per tutti, applicato con analogo rigore a tutti i cittadini di nuova come di vecchia residenza, e (b) nei confronti dei nuovi residenti vengano fermamente e in ogni situazione garantiti il rispetto della dignità personale e ogni diritto di cittadinanza e, in particolare, il diritto di libera esplicazione di ogni aspetto della loro cultura e del loro costume che non risulti in chiaro contrasto con precise ed esplicite norme prescrittive rivolte nella società “ospitante” a tutti i cittadini. Il che significa da un lato – è bene sottolinearlo – che particolari pratiche tradizionalmente presenti nel costume di taluni gruppi immigrati possono, al limite, caratterizzarsi nel nuovo contesto come veri e propri “reati” laddove esse contrastino con ben chiari principi codificati nella vigente legislazione locale: valga per tutte la dibattuta (ma in effetti non tanto univoca) questione delle “mutilazioni sessuali femminili”, seppur richieste, talora, dalle stesse “vittime” del rituale, o dalle loro madri, e non di rado operativamente proposte alla esecuzione professionale dei servizi sanitari ufficiali. Ma significa anche, dall’altro lato, che la promozione dell’*area di cultura pubblica comune* deve mirare con particolare attenzione a un allargamento della reciproca conoscenza dei gruppi coinvolti e delle loro culture, alla conseguente riduzione di stereotipi e pregiudizi, alla produzione di consenso, dunque, più che all’imposizione autoritaria, e più in generale a un significativo allargamento della “tolleranza” nei confronti di opinioni e di forme di costume che possono a prima vista apparire all’uno o all’altro dei soggetti in gioco come “assurde”, “minacciose” o “devianti”

In proposito, sembra ancora opportuna, però, una precisazione di fondo. Abbiamo visto che la promozione di un’*area di cultura pubblica comune* – cioè la strategia qui esplicitata come ad un tempo realistica e riduttiva dei rischi e delle contraddizioni inevitabilmente insite in una fenomenologia così articolata e complessa come quella di cui stiamo parlando – comporti l’assunzione, anche da parte degli immigrati, di un “pacchetto” non secondario di cognizioni e di norme, di orientamenti e di regole operative, culturalmente elaborate dalla società “ospitante” e ritenute essenziali per il suo funzionamento. Ciò che dev’essere chiaro, tuttavia, è che la opzione per una tale strategia non presuppone necessariamente adesione o consenso all’attuale assetto delle società verso cui si dirigono oggi i flussi migratori e alle costellazioni di valori che ne informano dunque la cultura e lo stile di vita. Condividere questa opzione, cioè, non significa in alcun modo approvare integralmente e tanto meno cercar di estendere e di solidificare, in una sorta di “apologia dell’esistente”, tutte le attuali regole

della società “ospitante”, la loro logica complessiva e le condizioni oggettive che oggi le sostengono: significa invece che il cambiamento stesso di tali regole non può non partire dai meccanismi di funzionamento del contesto sociale in cui gli immigrati si trovano *oggi* a vivere e dalle contraddizioni che questi meccanismi ingenerano. Significa solo, in sostanza, che tali contraddizioni non possono trovare risposta adeguata nei modelli di vita sorti in contesti radicalmente diversi, e che ogni realistica operazione di cambiamento può solo risultare, invece, da un comune impegno di cittadini di vecchia e di nuova residenza che, pur partendo da differenti tradizioni, *insieme* elaborino e sostengano modelli di risposta funzionali ai loro *comuni* problemi emergenti *qui* ed *oggi*.

5.

Cosa vuol dire assumere gli orientamenti finora esposti come un quadro strategico di riferimento e tradurli nel più concreto terreno delle risposte dei servizi sanitari europei ai bisogni di salute dei cittadini immigrati?

Certo, il problema appare abbastanza complesso. Anche perché la *salute* cui si allude con le espressioni *bisogno di salute* e *richiesta di salute* fanno diretto o indiretto riferimento ad almeno sei “condizioni”, ciascuna delle quali si colloca su un diverso piano e sottende differenti procedure di individuazione e di risposta: (a) una patologia “oggettiva” o meglio una patologia come definita, in termini biologici, dalla medicina scientifica occidentale (*disease*), che può anche non essere soggettivamente avvertita o non essere avvertita come tale cioè come “disturbo” o porsi semplicemente come “rischio” a fronte del quale sono da mettere in atto procedure di prevenzione; (b) la percezione soggettiva di una patologia in atto (*illness 1*); (c) la interpretazione e il giudizio che il malato ne dà in base al suo universo culturale e il vissuto emozionale che vi è connesso (*illness 2*); (d) le reazioni sociali che la patologia determina e le conseguenze che ne derivano per lo status e i ruoli sociali del malato (*sickness*); (e) l’iter diagnostico-terapeutico culturalmente previsto in risposta al caso e le reti di attese, di ruoli e di procedure comportamentali in cui tale iter si determina (*itinerario terapeutico*); (f) le forme e le direzioni delle “attese” e delle esigenze che il malato o il suo contesto immediato, o più in generale il cittadino, più o meno esplicitamente e chiaramente manifestano nei confronti delle strutture sanitarie.

Ma, in merito, occorre innanzitutto assumere alcune evidenze empiriche.

Le quali dimostrano come la gran maggioranza delle patologie riscontrate negli immigrati appaia contratta *dopo* la partenza dai paesi d'origine: talora nel corso di interminabili, rischiosi e drammatici percorsi di viaggio in condizioni di sfruttamento e semi-clandestinità ma, soprattutto, in seguito al loro ingresso nell'Occidente europeo. Solo in misura assai limitata, dunque, gli immigrati possono considerarsi vettori di malattie esotiche o portatori, comunque, di infermità insorte già prima dell'abbandono della loro terra. Come peraltro è noto a proposito di quasi tutte le migrazioni di lavoratori: che lasciano il loro paese, di norma, proprio le fasce di adulti più giovani e sani, più attivi e disposti a tentare la rischiosa avventura di una nuova vita e di una brusca riconversione delle proprie capacità.

Così, una strategia di intervento sulle patologie che più di frequente si manifestano negli immigrati va innanzitutto perseguita operando *qui in Europa*, su fattori patogeni *locali* peraltro già da tempo accertati: cioè le pessime condizioni abitative, alimentari e di lavoro che specie nei primi tempi gran parte degli immigrati si trova ad affrontare, non di rado aggravate dagli effetti oggettivi e soggettivi del mancato possesso di un regolare permesso di soggiorno e dagli stati psichici di stress e depressione conseguenti allo sradicamento dal proprio contesto originario, alle difficoltà di integrazione in una società nuova e diversa e alla pesante pressione di più o meno esplicite forme di esclusione e violenza razzista. Questa la strategia di fondo, radicalmente preventiva in quanto diretta a colpire il quadro stesso dei fattori patogeni.

Ma anche le risposte strettamente "professionali" a specifici disturbi insorti o latenti e alle stesse concrete domande di trattamento espresse dai cittadini immigrati, quelle cioè che mettono direttamente in gioco l'attività dei servizi sanitari e si configurano più largamente situate sul terreno terapeutico, sono da costruire in questo stesso orizzonte di riferimento. E così, proprio per quanto abbiamo detto, l'adeguamento dei servizi sanitari alla crescente realtà multietnica, o meglio la loro *calibrazione* a una tale realtà, non va posta tanto come problema di qualificazione degli operatori in vista del trattamento di patologie ignote in Europa o qui da tempo scomparse, quanto, e assai di più, come esigenza di una progressiva assunzione, da parte degli stessi servizi, di una capacità di correlazione socio-culturale con utenze nuove e assai eterogenee: in sostanza, dunque, sul terreno delle reti e dei codici di comunicazione, su quello dei differenti orizzonti interpretativi delle malattie, su quello delle modalità di attesa e di comportamento relative al rapporto medico/paziente, su quello, infine, di una piena considerazione delle persone, della loro soggettività e delle loro reali condizioni di esistenza.

Il problema fondamentale, sul terreno terapeutico (e della cosiddetta “prevenzione secondaria”), è dunque quello di una calibrazione dei servizi sanitari alla realtà socio-culturale complessa e articolata di una nuova utenza proveniente dai più diversi paesi del pianeta.

È un problema, questo, che si pone ovviamente in maniera eterogenea in conformità del carattere dei sistemi sanitari vigenti nei vari paesi: non vi è dubbio, però, che il peso essenziale di una sua soluzione non può non cadere sulle reti dei servizi pubblici e su quelle che ad essi più organicamente si correlano (“privato sociale”, volontariato, ...) in un quadro di moderno welfare state.

Non possiamo affrontare, qui, un esame comparativo delle concrete strategie di risposta che in merito sono state avviate nei vari paesi europei. Ma sembra opportuno, almeno sottolineare alcune questioni generali che nella prospettiva che stiamo formulando sembrano comunque emergere con un certo rilievo problematico.

La *prima*, che è la questione di fondo, concerne i temi e i modi della calibrazione culturale dei servizi. Come rapportarsi – nel dare apertura e senso al rapporto con i pazienti – ai differenti orizzonti interpretativi delle malattie e alle modalità di attesa e di comportamento che ne derivano in una utenza proveniente dai più diversi paesi? di quali conoscenze e di quali più generiche capacità di attenzione e di correlazione il personale dei servizi deve essere munito? come acquisirle? come vanno mutati, a tal fine, i curricula formativi delle professioni sanitarie? quale ruolo possono avere in questa direzione figure come i mediatori culturali o gli stessi antropologi? come superare le frequenti barriere linguistiche in una prospettiva che assegna appunto un crescente rilievo allo spessore informativo e simbolico-emozionale del rapporto fra medico e paziente? e come costruire, intorno ai servizi, una rete di comunicazione che contribuisca realmente a promuoverne l'utilizzo da parte dei nuovi cittadini?

La *seconda* questione (parzialmente connessa alla prima), che ripropone in termini “aggiornati” il nucleo di un dibattito sui servizi socio-sanitari che si sviluppò largamente negli anni '70: come risolvere il problema di talune specificità nei bisogni di assistenza di alcune fasce di cittadini senza tuttavia costruire per loro risposte istituzionali “ghettizzanti”? in altre parole, per quanto qui oggi ci riguarda: come attrezzare i servizi sanitari destinati a tutti i cittadini affinché essi siano in grado di calibrare le loro risposte alle differenti matrici culturali degli utenti, e dunque anche ai nuovi immigrati, senza per ciò dar luogo a strutture sanitarie separate che inevitabilmente si tradurrebbero in servizi emarginanti e di più bassa qualità?

La *terza* questione deriva dal fatto che gran parte dei nuovi immigrati giungono in Europa da paesi in cui è già da tempo avvenuta una più o meno estesa e profonda penetrazione della medicina occidentale, talché quasi sempre – specie se provenienti da aree urbane – essi ne hanno una qualche precedente consuetudine, spesso assai superiore a quella legata alle medicine tradizionali locali. E spesso dunque, come conseguenza di quelle dinamiche culturali che abbiamo cercato prima di delineare, essi manifestano, in riferimento alla totalità o alla gran parte delle patologie, una opzione per i servizi sanitari “occidentali” che non va ignorata nel nome di una mal compresa “multiculturalità” (che porterebbe a “respingarli” verso una interpretazione del disturbo che non è più loro): giacché, anche in questo caso, la calibrazione culturale dei servizi deve tradursi nel rispetto per l’esito della vicenda di vita compiuta dall’utente e, semmai, cercar di comprendere in base a quali criteri (tipologia del disturbo, ad esempio) esso decida, di volta in volta, il ricorso ai servizi “occidentali” o eventualmente quello ad altre modalità, tradizionali o non, di risposta terapeutica.

A ciò si collega in effetti una *quarta* questione: il quesito di quale debba appunto essere l’atteggiamento dei servizi sanitari europei verso il ricorso, da parte dei nuovi cittadini, a pratiche di risposta terapeutica “altra” i cui operatori sono essi stessi immigrati dai rispettivi paesi di origine o si collocano invece nel contesto di quel vasto e articolato fenomeno che va dilagando nell’intero Occidente e che sotto differenti etichette generiche (“medicine alternative”, “medicine non convenzionali”, “altre medicine”) costituisce di fatto una composita realtà in cui emergono revivalismi “aggiornati” delle vecchie medicine folcloriche europee, degradati spezzoni dei rituali protettivi africani e afro-americani, procedure espunte dai grandi sistemi medici orientali, pratiche che in attesa di una più precisa definizione usiamo denominare “paranormali”, totalizzanti partecipazioni a gruppi culturali neoreligiosi di varia matrice, linee di sviluppo eterodosse della medicina occidentale, tanto per indicarne alcune principali componenti. Qualcuna delle quali, peraltro, va acquisendo lentamente un suo spazio anche nel quadro di alcuni servizi sanitari ufficiali. Una questione, questa, per affrontare la quale non si può non tenere in conto il fatto che la maggior parte degli utenti delle medicine non convenzionali sono al tempo stesso utenti – seppure in genere per differenti patologie – *anche* dei servizi ufficiali, dando così luogo a uno stile di consultazione “pendolare” che concerne, forse in ancor più ampia misura, gli stessi cittadini di vecchia residenza.

Anche in merito a quest’ultima questione emerge in effetti una conclusione cui non si può non giungere affrontando questa problematica, specie in

ordine a società come quelle di molti paesi europei, già da gran tempo segnate da forti eterogeneità culturali delle loro popolazioni: che una vera calibrazione socio-culturale dei servizi sanitari alle eterogenee caratteristiche della utenza costituirà, prima ancora che una buona risposta ai bisogni e alle richieste di salute dei recenti immigrati, un passo avanti decisamente positivo per tutti coloro – cittadini nuovi o di antica data – che in qualche modo a tali servizi fanno riferimento.

Note

^(*) Il saggio che qui si presenta sensibilmente rivisto e largamente integrato è stato in origine predisposto come testo di inquadramento problematico generale per il volume, interamente edito in lingua inglese, in cui sono confluiti i principali risultati della prima fase del Progetto di ricerca europeo “Health for all, all in health. European experiences and strategies against social exclusion of immigrant people by health care services” (DGV/D/4 - grant agreement n. vs/1999/0406): Pietro VULPIANI - Josep M. COMELLES - Els VAN DONGEN (curatori), *Health for all, all in health. European experiences on health care services for migrants*, CIDIS/Alisei, Perugia, 2000, 221 pp. [del quale si può vedere una recensione di Gianni Piza in questo stesso numero 9-10 di AM alle pp. 351-356]. Come tale, il saggio è apparso alle pp. 31-43 del volume, sotto il titolo *Immigrants in Europe and health service strategies: an introductory outline*. Quanto viene qui pubblicato costituisce appunto una versione rivista e largamente integrata del saggio a partire dalla sua originaria (e inedita) stesura italiana. Peraltro, allo svolgimento del Progetto di ricerca finanziato dalla Unione Europea e coordinato per la ONG CIDIS/Alisei da Pietro Vulpiani, la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute ha partecipato conducendo gran parte della indagine sulla situazione italiana e lavorando altresì al bilancio comparativo tra differenti situazioni europee. Si vedano in merito, nel volume citato, oltre, appunto, alla prima versione (in inglese) del saggio qui presentato, i seguenti contributi: Pino SCHIRIPA, *Health care services and health of immigrants: an European research on best practices for the improvement of access to services*, pp. 115-123 / Maya PELLICCIARI, *Health policies and practices of the Italian services toward immigrant beneficiaries: response typologies*, pp. 174-194 / Maya PELLICCIARI - Tullio SEPPILLI [curatori], *Italy: a selected bibliography*, pp. 207-216. Come “materiale provvisorio” destinato al Gruppo internazionale di lavoro impegnato nel Progetto di ricerca, la Fondazione ha anche prodotto in due successive versioni (marzo e maggio 2000) una *Bibliografia delle pubblicazioni italiane sui problemi di salute/malattia concernenti i cittadini extracomunitari recentemente immigrati nel territorio italiano*, a cura di Maya PELLICCIARI - Tullio SEPPILLI. Una definitiva versione, di tale bibliografia, ristrutturata e ulteriormente integrata, esce ora in questo stesso numero 9-10 di AM [*Repertorio bibliografico delle pubblicazioni scientifiche sui problemi di salute/malattia concernenti i nuovi immigrati nel territorio italiano*] alle pp. 223-310.

Scheda sull'Autore

Tullio Seppilli è nato a Padova il 16 ottobre 1928. Ha tuttavia compiuto quasi tutta la sua formazione scolastica, dal concludersi della scuola elementare fino agli inizi dell'università, a São Paulo, in Brasile, dove ha maturato la sua “scelta antropologica”,

ha seguito le lezioni universitarie di Roger Bastide e Georges Gurvitch e ha avuto le sue prime esperienze di ricerca empirica. Tornato in Italia a fine '47, in assenza di curricula socio-antropologici si è riiscritto all'università nel corso di laurea in scienze naturali, prima a Modena e poi a Roma, dove si è laureato nel 1952 con una tesi di antropologia (fisica). Sempre nell'Università di Roma, dopo la laurea, ha sostenuto tutti gli esami nella Scuola di specializzazione in scienze etnologiche, diretta da Raffaele Pettazzoni, ed è stato assistente nell'Istituto per le civiltà primitive e poi nell'Istituto di antropologia. È di fine '52 il suo incontro con Ernesto de Martino, che nell'Istituto per le civiltà primitive iniziava allora il suo primo corso di etnologia ("pareggiato") presso la Facoltà di lettere e filosofia, in parallelo a quello del paletnologo Alberto Carlo Blanc. Ernesto de Martino, di cui fu appunto il primo assistente, fu il suo "vero maestro" e con lui continuò in varia forma a collaborare, anche nella costituzione di nuovi luoghi di riflessione e ricerca come il Centro etnologico italiano e il Centro italiano per il film etnografico e sociologico (1953), fino alla prematura morte del maestro, nel 1965.

Dal 1955 iniziò il suo insegnamento nella Università di Perugia, dove già nel 1956 diede vita all'Istituto di etnologia e antropologia culturale e nel 1958 al Centro italiano per lo studio della comunicazione di massa. L'Istituto, in particolare, esercitò una notevole influenza nella rinascita e nello sviluppo degli studi antropologici italiani, attraverso le conduzione di grosse indagini e la relativa messa a punto di nuove metodiche, una precisa strategia di utilizzo civile della ricerca, l'impegno in numerosi progetti pubblici di crescita sociale, la creazione di centri e iniziative di documentazione, la promozione di gruppi di lavoro e strutture associative. Per circa un decennio (1966-1975), chiamato su proposta di Eugenio Garin e Cesare Luporini, fu anche docente di antropologia culturale nell'Università di Firenze. Ha insegnato nell'ambito di corsi di laurea e di diploma, di master e di dottorato, presso numerose università e istituzioni italiane, e in Spagna, Canada, Messico e Brasile. Ma è stato appunto nell'Università di Perugia che Tullio Seppilli ha esercitato ininterrottamente per quarantacinque anni la docenza e la direzione dell'Istituto e poi del Dipartimento Uomo & Territorio in cui l'Istituto conflui come Sezione nel 1999, fino all'età del suo pensionamento come professore ordinario al concludersi dell'ottobre 2000.

Nel corso di tutti questi anni l'attività di Tullio Seppilli ha spaziato nei più diversi ambiti del "mestiere" muovendosi sul terreno della riflessione teorica, della ricerca empirica e "applicata" e della formazione di numerosi tipi di operatori sociali: lo statuto dell'antropologia nel quadro della scienze umane e il suo impianto metodologico e tecnico / le metodiche dell'indagine antropologica e i problemi della documentazione fotografica e filmica / la storia dell'antropologia italiana / le dinamiche di acculturazione e di integrazione culturale, dai culti afro-brasiliani alle antiche comunità ebraiche di Cina, ai nuovi immigrati in Europa / lo sciamanismo imperiale nella Cina antica / le culture folcloriche, la religiosità popolare e i processi di

deruralizzazione e mutamento socio-culturale nelle campagne dell'Italia centrale / l'artigianato ceramico fra tradizionalità e moderno mercato / le costellazioni culturali e i valori emergenti nella "società dei consumi" / le comunicazioni di massa, la pubblicità e la propaganda politica, l'organizzazione del consenso e il controllo sociale della devianza nei moderni sistemi di potere / i processi di emarginazione e le recenti trasformazioni della condizione anziana / i significati simbolici e le dimensioni socio-culturali del costume alimentare.

Tuttavia, la intera "carriera scientifica" di Tullio Seppilli, con oltre quattrocentocinquanta pubblicazioni, è attraversata da una complessa e articolata attenzione per i vari ambiti di ricerca che confluiscono oggi nell'area della antropologia medica, a partire da due lavori che furono in certo senso pionieri: *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, del 1956, e *Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria*, del 1959: un filo rosso costruito nell'orizzonte di un costante interesse per le questioni della interazione, nella condizione umana, fra determinazioni biologiche e determinazioni storico-sociali, e dunque di una corretta impostazione della impalcatura di insieme del complesso delle scienze che pongono l'uomo come proprio oggetto.

Questa attenzione si è via via sviluppata percorrendo alcuni significativi campi di una moderna antropologia medica: la medicina popolare e le varie figure dei guaritori tradizionali soprattutto nell'Italia centrale, lo studio e il riordino della grande collezione di oltre duemila amuleti raccolti dall'antropologo umbro Giuseppe Bellucci fra il 1870 e il 1920, l'analisi sistematica di alcuni "depositi" di ex voto e dei relativi culti terapeutico-salvifici / la ricerca antropologica finalizzata ai programmi di educazione alla salute e ai problemi etico-politici, teorici e metodologici che vi sono sottesi (oltre quarant'anni di collaborazione, fra l'altro, con il Centro sperimentale per l'educazione sanitaria della Università di Perugia) / le questioni degli "stati di coscienza" e della devianza psichica, le istituzioni totali manicomiali e il loro superamento in una nuova strategia dei servizi / la multidimensionalità della malattia, i rapporti fra il medico e il paziente e fra le strutture sanitarie e la loro utenza / le strategie di calibrazione culturale dei servizi sanitari e i "bisogni di salute" dei nuovi immigrati in Europa / gli sviluppi della biomedicina, la espansione delle medicine "non convenzionali" e i problemi epistemologici, organizzativi e normativi della formazione di una nuova medicina scientifica, sistemica e unitaria.

Tullio Seppilli è attualmente direttore del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia e vice-presidente del Festival dei Popoli Istituto italiano per il film di documentazione sociale. È inoltre presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM), direttore della sua rivista "AM" e della "Biblioteca di antropologia medica", e presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

Riassunto

Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo

I servizi sanitari europei sono capaci di dare risposte adeguate ai bisogni e alle richieste di salute dei nuovi immigrati? Per affrontare questo problema occorre partire da due condizioni-quadro. La *prima*: che almeno nel medio periodo l'attuale fenomeno migratorio ha carattere "strutturale", e in certo senso anche "funzionale", giacché esso deriva, nell'orizzonte degli attuali processi di globalizzazione, dal crescente squilibrio fra le difficili condizioni di vita del cosiddetto "Sud del pianeta" e quelle dei Paesi occidentali, tecnologicamente avanzati e al tempo stesso carenti di mano d'opera. La *seconda*: che la provenienza delle correnti migratorie da oltre cento diverse aree di origine sta configurando in Europa situazioni di multietnicità e multiculturalità che solo lentamente e in modo eterogeneo possono dar luogo a processi sincretici e di adattamento, orientati comunque dalle strutture e dalle dinamiche di fondo delle società "ospitanti".

Alla luce di una teoria dinamica delle culture vengono focalizzati in tale quadro i processi che investono la soggettività e lo stile di vita dei migranti, ne modificano i patrimoni culturali e incidono sui loro stessi equilibri somatici e psichici. Di contro, vengono esaminati gli effetti che il recente ingresso di uomini portatori di mentalità e costumi "diversi" tende a produrre sulla soggettività delle popolazioni di vecchio insediamento, e la possibile utilizzazione di tali effetti, da parte di movimenti conservatori locali, per lo spostamento della attenzione collettiva verso facili capri espiatori al fine della riedizione di un nuovo "regime reazionario di massa".

Vengono di seguito partitamente discusse tre diverse possibili strategie di risposta ai recenti flussi di immigrazione, in vario modo irrealistiche e pericolose: la strategia conservatrice di semplice *rigetto*, ovviamente, ma anche le strategie, apparentemente "aperte", della *pressione verso l'assimilazione rapida* o, invece, del *multiculturalismo acritico e ingenuo*. E si individua come unica realistica strategia mirata a ridurre gli inevitabili "costi umani" del fenomeno migratorio una politica, coerente peraltro con alcune spinte spontanee, che punti alla costruzione prioritaria di un'*area di cultura pubblica comune* – un assetto cioè di concrete opportunità e di comuni ed eguali diritti/doveri ("regole") fra tutti i cittadini, vecchi e nuovi, concernente alcuni nodi essenziali delle modalità di lavoro e di vita collettiva nel concreto contesto locale –. Accanto alla quale va però garantita per ogni altro ambito di costume una larghissima autonomia dei processi di persistenza o adattamento delle differenti identità culturali presenti nel territorio. Il che non significa tuttavia – occorre sottolinearlo – che anche per quanto concerne la promozione di quest'*area di cultura pubblica comune* una tale opzione presupponga necessariamente una sorta di "apologia dell'esistente", una passiva adesione, cioè, all'attuale assetto materiale e culturale della società "ospitante": ma solo che ogni realistica operazione di cambiamento può essere costruita soltanto a partire da un

comune impegno dei cittadini di nuova e di vecchia residenza che *insieme* elaborino e sostengano innovative piattaforme comuni funzionali al superamento dei nuovi problemi emergenti.

Possono venir meglio delineati, in questo orizzonte, i principali problemi di una positiva politica dei servizi sanitari nei confronti dei bisogni e delle richieste di salute dei recenti immigrati. Viene a tal fine condotta una preliminare disamina degli articolati e complessi significati che stanno dietro a espressioni come, appunto, *bisogni di salute* e *richieste di salute*. E viene sottolineato, in vista della messa a punto di adeguate politiche sanitarie e di adeguate programmazioni delle competenze mediche da mettere in gioco, come gran parte delle patologie riscontrate negli immigrati siano *successive* alla partenza dai luoghi di origine: connesse dunque alle condizioni e alle peripezie del viaggio e, soprattutto alle condizioni oggettive di lavoro e di vita e alle relative esperienze nei nuovi contesti esistenziali.

In tale prospettiva vengono affrontati quelli che appaiono come i quattro più significativi problemi di *calibrazione socio-culturale dei servizi sanitari* a fronte, appunto, dei bisogni e delle richieste di salute degli immigrati. E si sottolinea, infine, come la calibrazione delle risposte sanitarie ai nuovi cittadini si identifichi in effetti con l'interesse a una attenzione calibrata ai bisogni e alle richieste di salute di tutta intera la popolazione.

Résumé

Les nouvelles immigrations et les problèmes de stratégie des services de santé européens: grille d'introduction

Les services de santé européens sont-ils capables d'apporter des réponses ponctuelles aux besoins et aux exigences de santé des nouveaux immigrés? Pour aborder ce problème, il faut partir de deux conditions de base: la *première* étant que, du moins à moyen terme, le phénomène actuel de l'immigration présente un caractère "structurel" et, en un certain sens, "fonctionnel" aussi puisqu'il découle, dans l'horizon des processus actuels de mondialisation, du déséquilibre croissant entre les conditions de vie difficiles du "sud de la planète" et celles des Pays occidentaux, technologiquement avancés mais, en même temps, manquant de main-d'œuvre. La *deuxième* étant que la provenance des courants d'immigration – plus d'une centaine de zones différentes – fait apparaître en Europe des situations de multi-ethnicité et de multiculturalité qui peuvent donner lieu, d'une manière forcément lente et hétérogène, à des processus syncrétiques et d'adaptation, néanmoins orientés par les structures et par les dynamiques de fond des sociétés "d'accueil".

A la lumière d'une théorie dynamique des cultures, l'Auteur focalise dans ce contexte les processus qui concernent la subjectivité et le style de vie des *migrants*, qui en modifient les patrimoines culturels et qui ont une influence sur leur équilibre somatique et

psychique. A l'opposé, il examine les effets, de l'arrivée récente d'hommes porteurs d'une mentalité et d'habitudes "différentes" sur la subjectivité des populations installées de longue date et l'utilisation possible de ces effets, de la part des mouvements conservateurs locaux, pour déplacer l'attention collective vers des boucs émissaires faciles en vue d'une réédition d'un nouveau "régime réactionnaire de masse".

Après quoi l'Auteur analyse séparément trois stratégies possibles pour répondre aux flux récents d'immigration, plus ou moins irréalistes et dangereuses: la stratégie conservatrice de *rejet* pur et simple, naturellement, mais aussi les stratégies, apparemment "ouvertes" de *pression vers une assimilation rapide* ou, au contraire, du *multiculturalisme acritique et ingénu*. La seule stratégie ciblée et réaliste pour réduire les "coûts humains" inévitables du phénomène d'immigration est une politique, en harmonie du reste avec certaines poussées spontanées, qui mise sur la construction prioritaire d'un *terrain de culture publique commune*; c'est-à-dire un ensemble équilibré d'opportunités concrètes et de mêmes droits/devoirs ("règles") pour tous les citoyens, "vieux" et "nouveaux", concernant certains points stratégiques des modalités de travail et de vie collective dans le contexte local concret, parallèlement auquel doit aussi être garantie des toutes les autres aires de coutume une très large autonomie des processus de persistance ou d'adaptation des identités culturelles différentes, vivant sur le territoire. Ce qui ne signifie pourtant pas – il faut le souligner – que, dans une sorte "d'apologie de l'existant", cette option présuppose obligatoirement, même par rapport à ce *terrain de culture publique commune*, une adhésion passive à l'équilibre actuel matériel et culturel de la société "d'accueil" mais simplement que toute opération réaliste de changement ne peut être construite qu'à partir d'un engagement commun des citoyens, nouvellement ou anciennement implantés, élaborant *ensemble* et soutenant des plates-formes communes innovantes pour résoudre les nouveaux problèmes émergents.

Dans cette optique, il est possible de mieux cerner les principaux problèmes d'une politique positive des services de santé par rapport aux besoins et aux demandes de l'immigration récente. A cet effet, un examen préliminaire est réalisé sur les sens complexes et articulés que renferment des expressions comme, justement, *besoins de santé* et *demandes de santé*. L'auteur souligne, en vue de la mise au point de politiques de santé adéquates et de programmations adéquates des compétences médicales mises en jeu, qu'une grande partie des pathologies observées chez les immigrés se sont manifestées *après* qu'ils aient quitté leur lieu d'origine et qu'elles sont toujours liées aux conditions et aux péripéties de leur voyage et, plus encore, aux conditions objectives de travail et de vie et aux expériences vécues dans leur nouveau milieu.

Dans cette perspective sont affrontés les quatre problèmes – apparemment les plus importants de *calibrage socioculturel des services de santé*, pour répondre justement aux besoins et aux demandes de santé des immigrés. Enfin l'auteur explique que le calibrage des réponses de santé sur les nouveaux citoyens coïncide en fait avec l'intérêt qu'il y a de consacrer une attention calibrée aux besoins et aux demandes de santé de l'ensemble de la population.

Resumen

Las nuevas inmigraciones y los problemas de estrategia de los servicios sanitarios europeos: un cuadro introductivo

¿Los servicios sanitarios europeos son capaces de dar respuestas adecuadas a las necesidades y a las demandas de salud de los nuevos inmigrantes? Para afrontar este problema es necesario partir de dos condiciones-marco. La *primera* es que, al menos a medio plazo, el actual fenómeno migratorio es de carácter “estructural” y, de alguna manera, también “funcional”, ya que deriva, en el horizonte de los actuales procesos de globalización, del creciente desequilibrio entre las difíciles condiciones de vida del llamado “sur del planeta” y aquéllas de los Países occidentales, tecnológicamente avanzados y al mismo tiempo carentes de mano de obra. La *segunda*: que la procedencia de las corrientes migratorias de más de cien áreas distintas está configurando en Europa situaciones de multietnicidad y multiculturalidad que sólo lentamente y en modo heterogéneo pueden dar lugar a procesos sincréticos y de adaptación, orientados, en cualquier caso por las estructuras y las dinámicas de fondo de las sociedades “hospedadoras”.

A la luz de una teoría dinámica de las culturas se focalizan en tal marco los procesos que chocan con la subjetividad y el estilo de vida de los inmigrantes, modifican sus patrimonios culturales e inciden en sus propios equilibrios somáticos y psíquicos. Por otra parte se examinan los efectos sobre la subjetividad de las poblaciones asentada, causados por la reciente llegada de hombres portadores de mentalidad y costumbres “diferentes”, y la posible utilización de tales efectos por parte de movimientos conservadores locales, para desplazar la atención colectiva hacia fáciles chivos expiatorios a fin de reeditar un nuevo “régimen reaccionario de masa”.

A continuación, se discuten particularizadamente tres estrategias distintas posibles de respuesta a los recientes flujos de inmigración, en varios aspectos no realistas y peligrosas: la estrategia conservadora del simple *rechazo*, obviamente, pero también las estrategias, aparentemente “abiertas”, de la *presión para la asimilación rápida* o, en cambio, del *multiculturalismo acrítico e ingenuo*. Y se individualiza como única estrategia realista orientada a reducir los inevitables “costes humanos” del fenómeno migratorio una política, coherente por otra parte con algunos impulsos espontáneos, que apunte a la construcción prioritaria de una *cultura pública común*: es decir, un sistema de oportunidades concretas y de comunes e iguales derechos/deberes (“reglas”) concerniente a algunos nudos esenciales de las modalidades de trabajo y de vida colectiva en el contexto local concreto; pero junto a la misma debe garantizarse una amplísima autonomía de los procesos de persistencia o adaptación de cualquier otro ámbito de costumbres de las diferentes identidades culturales presentes en el territorio. Esto no significa sin embargo, – y es necesario subrayarlo – que, en una suerte de “apología de lo existente”, tal opción presuponga necesariamente adhesión pasiva a la actual disposición material y cultural de la sociedad “hospedadora”, sino que cada operación

realista de cambio puede ser construida solamente a partir de un *común* empeño de los ciudadanos de nueva y antigua residencia que *juntos* elaboren y sostengan innovadoras plataformas comunes funcionales a la superación de los nuevos problemas emergentes.

Pueden ser mejor delineados, en este horizonte, los principales problemas de una política positiva de los servicios sanitarios de cara a las necesidades y a las demandas de salud de los recientes inmigrantes. A tal fin se realiza un atento análisis preliminar de los articulados y complejos significados que están detrás de expresiones como, justamente, *necesidades de salud y demandas de salud*. Y se subraya, en vista de la puesta a punto de políticas sanitarias adecuadas y de programaciones adecuadas de las competencias médicas a poner en juego, cómo gran parte de las patologías verificadas en los inmigrantes sean *sucesivas* a la partida de sus lugares de origen: conectadas, por lo tanto, a las condiciones y a las peripecias del viaje y, sobre todo a las condiciones objetivas de trabajo y de vida y a las relativas experiencias en los nuevos contextos existenciales.

En tal perspectiva se afrontan aquéllos que aparecen como los cuatro problemas más significativos de *calibración sociocultural de los servicios sanitarios* frente a, justamente, las necesidades y demandas de salud de los inmigrantes. Y se subraya, finalmente, cómo el calibrado de las respuestas sanitarias a los nuevos ciudadanos se identifique con el interés por una atención calibrada a las necesidades y a las demandas de salud de toda la población.

Abstract

The new immigrants and the strategic problems of Health Services in Europe: an introductory framework

Can European health services respond adequately to the health needs and requests of new immigrants? To examine this problem, we must start with two framework conditions. The *first* one is that, at least over the medium term, the current immigration problem has a “structural” nature and, in a certain sense, also a “functional” one. This is because, on the horizon of the current globalization processes, it derives from the growing imbalance between the difficult living conditions of the so-called “South of the planet” and those of Western countries, which are technologically advanced yet also lack manpower. The *second* one is that the provenance of the flows of immigration from over 100 different areas of origin is creating multiethnic and multicultural situations in Europe that can lead only slowly and heterogeneously to syncretistic and adaptive processes that must nevertheless be guided by the basic structures and dynamics of the “host” societies.

In light of a dynamic theory of cultures, in this context attention is paid to the processes that affect the migrants’ subjectivity and lifestyles, modify their cultural heritage, and

affect their physical and psychic balance. On the other hand, the effects of the recent influx of people bringing “different” mentalities and customs are examined in relation to the subjectivity of the populations that have long been present in these areas. Thus, the focus turns to the possible use of these effects by conservative local movements to shift collective attention towards easy scapegoats in order to push for a renewed “reactionary mass regime”.

Below, three different possible strategies in response to recent flows of immigration are discussed separately. In various ways, these strategies are unrealistic and dangerous: obviously, there is the conservative strategy of outright *rejection*, but there are also seemingly “open” strategies of *pressure towards rapid assimilation* or, instead, of *acritical and naïve multiculturalism*. Here, a policy that is also consistent with several spontaneous thrusts, pushing towards the priority construction of a *common public culture*, is identified as the sole realistic strategy that can strive to reduce the inevitable “human costs” of the immigration phenomenon. In other words, this is a structure of tangible opportunities and of common and equal rights/duties (“rules”) involving several key junctures for working and living collectively in the effective local context. Alongside it, however, there must also be a guarantee of broad autonomy in the processes of maintaining or adapting every other sphere of the customs of the different cultural identities present across the territory. Nevertheless, this does not mean – and this must be emphasized – that, in a sort of “apology of the extant”, this option necessarily assumes embracing or consenting to the current material and cultural structure of the “host” society. It merely implies that every realistic action for change can only be created by starting with the *common* commitment of new and old residents alike, working *together* to draw up and support innovative common platforms that will contribute to overcoming new problems that emerge.

Along these lines, the main problems of a positive policy of health services vis-à-vis the health needs and requests of recent immigrants can be outlined better. To do this, the article provides a preliminary overview of the articulate and complex meanings underlying expressions such as “health needs and requests”. With an eye to fine-tuning appropriate health policies and adequate planning of the medical expertise to bring into play, it must also be emphasized that many of the illnesses observed in immigrants are *subsequent* to their departure from their countries of origin. This means that they are connected with the conditions and problems of the journey itself and, above all, with objective living and working conditions as well as related experiences in the immigrants’ new living context.

In this perspective, the article examines what appear to be the four most significant problems of the *sociocultural calibration of health services* towards the health needs and requests of immigrants. Lastly, it highlights the fact that the calibration of the health-related response to new citizens effectively parallels the interest in balanced attention to the health needs and requests of the entire population.