



F.S.E.



A.D. MDLXII



M.I.U.R.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI

FACOLTA' DI LETTERE E FILOSOFIA

DIPARTIMENTO DI TEORIE E RICERCHE DEI SISTEMI CULTURALI

---

DOTTORATO EUROPEO DI RICERCA IN  
ANTROPOLOGIA, STORIA MEDIOEVALE,  
FILOLOGIA E LETTERATURE DEL MEDITERRANEO OCCIDENTALE  
IN RELAZIONE ALLA SARDEGNA  
CICLO XXI

Coordinatore: Prof. A.M. MORACE

Un'analisi antropologica della cultura organizzativa dei servizi  
socio sanitari e delle sue dinamiche  
socio-culturali di cambiamento in rapporto al fenomeno  
dell'immigrazione

Tutors:

Prof.ssa GIOIA DI CRISTOFARO LONGO

Prof. MARIO ATZORI

Dottoranda:

MARIA PAOLA VOLPINI

ANNO ACCADEMICO 2007 – 2008

## Indice

<i>Introduzione</i> .....	4
1 Teoria e metodologia: un approccio interpretativo .....	8
1.1 Tematizzazione del rapporto osservatore e osservato .....	9
1.2 Il concetto di “domesticità utilizzabile” nell’analisi delle dinamiche culturali che scaturiscono dall’esperienza migratoria .....	11
1.3 Crisi della concezione essenzialistica di “cultura” e di “identità culturale” .....	12
1.4 “Cultura” ed “etnicità” .....	14
1.5 Identità, differenza e relazione .....	16
2 Globalizzazione economica e nomadismi contemporanei .....	18
2.1 La nozione di “potere” nell’analisi socio-antropologica .....	19
2.2 La produzione di profughi e l’impulso ai movimenti migratori come effetto dell’“economia di guerra” e dello sfruttamento selvaggio delle risorse naturali .....	24
2.3 Rapporti di potere e la produzione culturale dell’immaginario della globalizzazione e dei fenomeni migratori. Il ruolo dei media .....	26
3 Immigrazione: diritti umani e cittadinanza .....	29
3.1 Discriminazioni e conflitto .....	31
3.1.1 Identità e pregiudizio .....	37
4 Gli studi organizzativi: quadro teorico concettuale .....	39
5 Una lettura antropologica dei fenomeni organizzativi .....	41
5.1 Il tropo “cultura organizzativa”: l’antropologia e l’approccio qualitativo agli studi organizzativi .....	43
5.2 La nozione di paradigma organizzativo .....	44
5.3 La prospettiva interpretativa nello studio della cultura organizzativa ..	47
5.4 Conflitto, “sottoculture” e paradigmi organizzativi .....	49
5.5 Paradigmi organizzativi e senso comune .....	52
6 L’ “oggetto” della ricerca .....	54
6.1 Il quadro normativo come “fatto” culturale. Interazione tra comunicazione formale e comunicazione informale .....	57
7 Il contesto di elaborazione culturale del principio del “diritto alla salute” e della sua “universalità” e necessità di “globalizzazione” .....	61
7.1 Conclusioni .....	68
7.2 L’affermazione del “diritto alla salute” come “diritto umano” in Italia ..	69
7.3 Un’analisi antropologica della cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari in Italia. Prospettive e metodo .....	71
7.4 Il contesto socio-culturale di definizione dell’ “oggetto” di ricerca ..	72
8 Il campo di indagine .....	75
8.1 Focus della ricerca .....	77

9	L'analisi dei documenti.....	79
10	La ricerca sul campo.....	81
11	Gli strumenti della ricerca.....	83
11.1	La teoria-metodologia che ha orientato la scelta, l'analisi dei documenti e delle interviste.....	85
12	L'analisi della definizione normativa, a livello nazionale e locale, di nuovi paradigmi organizzativi.....	87
13	La Legge 328/00 ed il processo di decentramento amministrativo.....	88
14	Dlgs 229 del 1999: Il distretto sanitario di base e l'integrazione socio-sanitaria.....	89
15	Il Piano Regolatore Sociale del Comune di Roma: dai "Piani di Zona" ai "Piani Regolatori Sociali Municipali".....	92
16	Il ruolo della società civile nel mutamento della cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari e relativa ridefinizione del quadro normativo italiano.....	95
17	il ruolo del volontariato nell'affermazione del principio di "sussidiarietà orizzontale" che si esprime nella Social governance.....	95
18	Un singolo filo non fa una corda, un albero da solo non fa una foresta. Il nuovo paradigma per l'architettura della complessità.....	98
19	Il Gr.I.S e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni:.....	99
20	Piano Regolatore Sociale cittadino: un nuovo paradigma organizzativo.....	104
21	Il piano regolatore sociale del VI° Municipio.....	117
21.1	Sistema Informativo dei Servizi Sociali.....	126
22	Un paradigma organizzativo: "fare Rete"......	129
23	L'esperienza pionieristica di Mediazione culturale della Azienda USL Roma C e della Struttura complessa di medicina delle migrazioni e dermatologia tropicale S. Maria e San Gallicano.....	132
23.1	Il "Progetto di Mediazione linguistico culturale per la popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade nella ASL Roma C".....	134
23.2	Identità e "gruppi di interesse":.....	137
23.3	Casi di resistenza da parte dell'utenza immigrata all'utilizzo di mediatori linguistico culturali appartenenti alla propria comunità nazionale.....	139
23.4	Globalizzazione, precarizzazione e radicalizzazione delle differenze.....	144
24	La Struttura Complessa di Medicina delle migrazioni S. Gallicano e l'Area Sanità della Caritas. Tutela, assistenza e promozione di un <i>empowerment</i> degli immigrati.....	144
25	Modelli di mediazione culturale.....	157
26	La precarietà come elemento strutturale dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari odierni.....	161
27	Il "lavoro di rete" nella ASL Roma C.....	165
28	Il Piano Sanitario nazionale 2006-2008: uno stimolo ad uno sviluppo ulteriore del ruolo del terzo settore nella Sanità pubblica, del lavoro di rete e della Social governance.....	178
29	Ideologie, media e politica: i rischi insiti nel condizionamento della loro interazione nella definizione della normativa in materia di immigrazione.....	187
29.1	La Legge Bossi – Fini.....	187

29.2	Un esempio di Advocacy. ....	189
30	La salvaguardia del livello delle prestazioni della Sanità Pubblica: una questione posta dalla Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia tropicale dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). San Gallicano.....	195
31	Conclusioni.....	198
	<i>Bibliografia</i>	204

## 1. *Introduzione*

L'idea di una ricerca sulla cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari e su come questa si sia evoluta in riferimento al fenomeno dell'immigrazione nel nostro paese, così come si è venuto storicamente a definire dai primi anni '80 ai nostri giorni, è nata dall'ipotesi che vede nel ruolo della società civile, a partire dalla definizione di un ambito operativo del "volontariato", un agente di profondo cambiamento culturale che ha portato a un radicale mutamento nella relazione tra società civile e *Government*, affermando un nuovo rapporto attivo tra cittadinanza e *governance*, due categorie che esplicitano un concetto chiave di tale rinnovamento culturale: *Social governance*, che si realizza nell'affermazione di una nuova concezione di sussidiarietà orizzontale nella gestione di quegli ambiti di Welfare che originariamente erano esclusiva competenza dello Stato, superando quell'ottica di gestione dei poteri e delle risorse che rispondeva a una logica di *sussidiarietà verticale*. Ciò chiaramente ha imposto l'affermazione di nuovi paradigmi organizzativi.

La sempre maggiore presenza di immigrati nel nostro Paese nell'ambito del mondo dei Servizi socio-sanitari, a partire dai primi anni '80, sia nella richiesta di assistenza prima, che nel ruolo di operatori socio-sanitari poi, ha dato un impulso particolare alla ridefinizione della loro cultura organizzativa. Ciò proprio in riferimento al nuovo ruolo svolto dal Volontariato nello stesso ambito di servizi.

Per esplicitare meglio questa ipotesi di lavoro mi pare utile riprendere una significativa citazione che Filippo Gnolfo ha fatto di

Sewell “La storia dell’emigrazione non è solo la storia delle persone che emigrano, ma è anche la storia dei territori in cui si recano e dell’impatto che hanno sui territori stessi”<sup>1</sup>

Sulla questione così introdotta, Gnolfo afferma:

*L’immigrazione di persone con culture diverse e con nuovi bisogni di salute ha avuto un impatto notevole sul sistema sanitario italiano, determinando nei servizi e negli operatori tanto chiusure preconcepite quanto aperture generose. L’impatto ha determinato l’inizio di un cambiamento organizzativo, l’elaborazione e la sperimentazione di modelli assistenziali innovativi.*<sup>2</sup>

Tali considerazioni sono state sviluppate in un documento a cura di Salvatore Geraci dal titolo *Una rete per la salute degli immigrati: la Società italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*. Le ragioni stesse di tale documento, come della loro organizzazione e partecipazione a convegni conferenze sul tema del “lavoro di rete”, rimandano alla consapevole necessità degli stessi operatori del settore di una riflessione sul ruolo avuto e sul ruolo da avere nell’indirizzo e attuazione della ridefinizione della cultura organizzativa della Sanità pubblica.

Nell’argomentare meglio l’ipotesi di lavoro della presente ricerca sembra utile evidenziare il punto di vista sulla questione di Salvatore Geraci che, nella sua presentazione al documento citato, si esprime in questi termini:

*<<Un singolo filo non fa una corda, un albero da solo non fa una foresta.*

---

<sup>1</sup> T. Sewell, 1996.

<sup>2</sup> F. Gnolfo, 2007.

*Così recita un antico proverbio cinese. Policy networks è invece il termine utilizzato oggi per indicare una collaborazione sul territorio per lo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali, costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati, collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di policy, che rappresenta quello che Kenis e Schneider definiscono il “nuovo paradigma per l’architettura della complessità”.*

*Quando iniziammo a occuparci di immigrati prima ancora che di immigrazione... non potevamo prevedere come questa nuova utenza dei nostri servizi, potesse incidere in modo significativo in processi di cambiamento sia a livello individuale/professionale, sia in termini di sanità pubblica della nostra società>>.<sup>3</sup>*

Vi è inoltre da mettere in rilievo come l’impegno del volontariato abbia riguardato anche operatori del servizio pubblico, la cui sensibilità ha portato all’affermazione di una cultura della solidarietà e dell’accoglienza, contrapposta ad altre visioni culturali interne al contesto sociale dei servizi sanitari. I valori culturali ispiratori del volontariato, nelle sue varie forme ed esperienze, hanno creato un orizzonte di senso condiviso all’interno del quale si è espressa una possibilità di dialogo e un di agire che ha dato vita a una rete di relazioni che nel tempo ha trovato attuazione in un lavoro di rete. Vedremo quindi come una cultura trasversale le varie realtà dei servizi sanitari e sociali, si sia storicamente affermata dando vita a prassi di lavoro e a un impegno attivo per l’affermazione e il riconoscimento dei diritti delle persone immigrate e, contemporaneamente, di sé come realtà sociale rispondente alla

---

<sup>3</sup> S. Geraci, 2007, p. 5.

affermazione di un diritto alla cittadinanza attiva che, col tempo, ha saputo trovare la strada per un riconoscimento a livello normativo.

La presente ricerca si è posta l'obiettivo di indagare le dinamiche socio-culturali che hanno prodotto tale cambiamento, i nuovi contenuti culturali a livello di valori e ridefinizione delle identità e le nuove prassi di interazione sociale che ne sono conseguiti. Tale analisi non ha potuto prescindere anche dalla identificazione di eventuali conflitti e delle loro motivazioni a livello socio-culturale di ridefinizione e affermazione delle identità presenti nel settore, tenendo conto del fatto di come esse rimandino alle differenti realtà socio-culturali e valoriali presenti nel tessuto sociale italiano nel suo complesso. In tal senso si è cercato di verificare una ipotesi per cui il fenomeno migratorio, come la categoria "immigrato", con le sue stereotipizzazioni, sia utilizzato come una sorta di "posta in gioco" nei processi di interazione e reciproca definizione identitaria di tali differenti realtà sociali. D'altro canto il variegato mondo dell'immigrazione in Italia, come già messo in evidenza dalle precedenti citazioni, non può essere certo solo visto come "oggetto" passivo all'interno delle dinamiche socio-culturali che si realizzano e definiscono la realtà italiana e, nello specifico della presente ricerca, l'ambito della cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari.



## 1 Teoria e metodologia: un approccio interpretativo

Per precisare i contorni teorici e metodologici di questa ricerca, possiamo dire che gli strumenti interpretativi che l'hanno orientata hanno trovato una loro definizione durante la ricerca su campo, ciò per evitare che rispondessero a griglie interpretative predeterminate, esterne ai contenuti socio-culturali ivi espressi; essi sono stati elaborati via, via nel procedere della ricerca in relazione alle distinzioni categoriali operanti all'interno del contesto socio-culturale preso in considerazione. Ciò nell'affermazione della necessità di riconoscere e relativizzare le griglie interpretative antropologiche al fine di far emergere, partendo dal detto dei soggetti coinvolti nella ricerca, il "mondo" culturale, in cui ciascuno di essi si sente immerso, che definisce un orizzonte di operabilità proprio del *sensu commune* cui partecipano. D'altronde l'attuale tematica delle identità fluide relativa alla multidimensionalità dell'esperienza sociale di ciascun individuo e, in particolare, delle persone che hanno compiuto un percorso migratorio, che si realizza una dinamica di ridefinizione continua della propria identità in riferimento al contesto socio-culturale in cui si trova a interagire. Ciò ha condotto a dover tener conto di come, nell'ambito specifico della presente ricerca, nell'interazione sociale che produce la continua rimessa in discussione ciascuno del proprio *orizzonte di sensazione*, le identità dei soggetti ivi presenti vengano a definirsi.

L'approccio interpretativo, da un punto di vista teorico metodologico, mette in rilievo l'importanza nella attività di ricerca "sul campo" della problematizzazione dei limiti dello sguardo

dell'osservatore, in quanto a sua volta culturalmente "orientato", questione ampiamente tematizzata nell'ambito del discorso antropologico e più in generale nell'ambito delle scienze sociali.

### **1.1 Tematizzazione del rapporto osservatore e osservato**

Kilani, ancora nel 1994, ha rilevato la necessità di *illuminare i punti oscuri dell'antropologia moderna, sul versante dell'oggetto della conoscenza, l'assenza di una reale concettualizzazione dell'altro, in quanto appare spesso una costruzione ad hoc, funzionale ai bisogni della comparazione; sul versante del soggetto del discorso, la mancanza di una problematizzazione dello statuto dell'enunciatore e dei rapporti che intrattiene con l'oggetto dell'enunciato.*<sup>4</sup> Così Kilani riporta l'attenzione sul sapere classificatorio della comunità scientifica occidentale e, in particolare, degli antropologi. In Italia De Martino, nella sua proposta di un etnocentrismo critico, negli anni '60, metteva in luce il fatto che tali limiti possono essere parzialmente superati attraverso un'elaborazione e storicizzazione ("epochizzazione") critica delle categorie interpretative proprie dell'osservatore sollecitata nell'incontro etnografico come *duplicata tematizzazione del "proprio" e dell'"alieno"*. *L'etnografo è chiamato ad esercitare una epoché etnografica che consiste nell'inaugurare ... un confronto sistematico ed esplicito fra la storia di cui questi comportamenti sono documento e la storia occidentale che è sedimentata nelle categorie dell'etnografo impiegato per osservarli*<sup>5</sup> Con tale convergenza della prospettiva storica e di quella etnologica secondo De Martino poteva essere dunque

---

<sup>4</sup> M. Kilani, 1997 (1994), p.269.

<sup>5</sup> E. De Martino, 2002 (1965) p.391.

risolvibile il problema da lui stesso individuato e sollevato *di evitare di fare delle popolazioni studiate dei riflessi della nostra propria società, delle nostre categorie e dei nostri problemi* <sup>6</sup>. In ambito storico-religioso - probabilmente attraverso il confronto col materiale della ricerca demartiniana sulle apocalissi culturali, poi edito postumo a cura di Clara Gallini nel 1977 col titolo *La fine del mondo* - Sabbatucci, fece proprie tali istanze nello sviluppo della sua prospettiva storico-religiosa, sia nel lavoro di criticizzazione storicizzante delle stesse categorie di “mito”, “rito” e “storia”<sup>7</sup>, sia dell’etnologia religiosa<sup>8</sup>. Ma la proposta metodologica di Sabbatucci travalica l’ambito storico religioso, infatti nella sua prospettiva egli vanifica l’“oggetto” religioso per concentrare la sua analisi sulla capacità umana di produrre cultura, ed alla sua funzione “cosmicizzante”, cioè nel senso demartiniano per il quale *un “mondo” è sempre mondo culturale, cioè è sempre esperibile per entro un certo ordine di valorizzazioni intersoggettive umane, per entro un certo progetto comunitario dell’operabile* <sup>9</sup>. La cultura, quindi conferisce senso e configura una prospettiva dell’operabile che dischiude ad una progettazione comunitaria e comunicabile della vita, quella che De Martino definisce “domesticità utilizzabile”.

---

<sup>6</sup> E. De Martino, 2002 (1965), p. 22; p. 403

<sup>7</sup> D. Sabbatucci, 1978a.

<sup>8</sup> D. Sabbatucci, 1978b.

<sup>9</sup> D. Sabbatucci, 1978b, p. 636.

## ***1.2 Il concetto di “domesticità utilizzabile” nell’analisi delle dinamiche culturali che scaturiscono dall’esperienza migratoria***

Nell’ambito dell’antropologia della contemporaneità, in cui si è decostruita la visione essenzialistica di cultura, tale concetto mi pare torni ad essere particolarmente fecondo per l’analisi delle dinamiche socio-culturali proprie del fenomeno migratorio, sia dal punto di vista del migrante, nella sua “apocalisse”<sup>10</sup> individuale, sociale e culturale, sia da quello dei soggetti presenti nel contesto sociale e culturale luogo di immigrazione, i quali tutti, in misura e grado diverso, si trovano a dover ricostituire un proprio orizzonte di senso all’interno del quale ridefinire culturalmente dei “luoghi” di “domesticità utilizzabile”. In riferimento alla cultura dei servizi socio-sanitari, oggetto della presente ricerca, nell’ambito di tali dinamiche socio-culturali mi pare possa essere analizzato il processo di definizione e ridefinizione continua di quel sapere “situato”<sup>11</sup>, oggetto proprio dell’analisi antropologica della cultura organizzativa. Ciò in riguardo ai mutamenti che si sono prodotti e continuano a prodursi in riferimento alla presenza, da una parte, di utenza immigrata, dell’altra di operatori socio-sanitari immigrati.

---

<sup>10</sup> Potrebbe apparire una definizione eccessiva, ma qui faccio riferimento alla mia esperienza personale di immigrata di seconda generazione, poi rimpatriata in Italia con la famiglia, nel frattempo diventata “multietnica”(con l’arrivo in famiglia di una sorella adottiva momeru, orfana e vittima di guerra), in tenera età in una città come Roma negli anni ’70, lontana dal poter comprendere fenomeni migratori al di fuori di quelli interni al Paese, e che, di fronte al crollo del proprio mondo infantile, fatto di relazioni, luoghi, colori e clima differenti, ha dovuto con i pochi strumenti a disposizione reinventarsi un proprio mondo di senso e un orizzonte di operabilità in grado di fronteggiare tanto sentimento di annichilimento e distruzione.

<sup>11</sup> P. Gagliardi, 1995.

Tali considerazioni preliminari possono essere ulteriormente sviluppate e chiarite attraverso il riferimento al contesto teorico dell'antropologia della contemporaneità approfondendone i temi ed i problemi affrontati in relazione alle riflessioni svoltesi nel più ampio contesto storico moderno e contemporaneo delle scienze sociali nel quale affonda le sue radici e dal quale ha tratto feconde ispirazioni: dalla filosofia allo storicismo critico e alla sociologia comprendente, dalla linguistica saussuriana - come la definizione di un piano di analisi "idiosincronico" e della logica differenziale e oppositiva in cui trovano significato i segni linguistici, nonché la sua concezione di *langue-usage* - alla filosofia del linguaggio del secondo Wittgenstein - con le sue riflessioni sul linguaggio privato e sul linguaggio come forma di vita - all'ermeneutica heideggeriana e gadameriana (in riferimento alla cui problematizzazione del circolo ermeneutico sono emersi già evidenti i debiti delle qui citate riflessioni di De Martino e di Sabbatucci), al decostruzionismo.

### ***1.3 Crisi della concezione essenzialistica di "cultura" e di "identità culturale".***

La contemporaneità ha posto l'antropologia culturale di fronte alla necessità di rivedere i propri strumenti interpretativi, laddove le definizioni classiche del concetto di cultura che la volevano espressione univoca di un popolo legato ad un territorio, con un ambiente naturale specifico, con l'affermarsi del fenomeno della globalizzazione economica e il conseguente incremento esponenziale dei movimenti migratori - tale da far sentire l'esigenza di definire nuove categorie

descrittive, come quella di “nomadismi contemporanei”<sup>12</sup>, per sottolinearne l’attuale peculiarità fenomenologica - ha portato a evidenziare come i gruppi sociali non siano tanto facilmente iscrivibili in forme concluse, attraverso le categorie di “popolo” e “gruppo etnico” ai quali sarebbe da collegare un “sistema culturale” che ne sia la definita espressione. Come ha avuto a sottolineare Amselle, i fatti culturali si inseriscono in un *continuo culturale* in riferimento al quale la discriminazione di singole culture si pone come una forzatura dovuta a esigenze classificatorie proprie del nostro “linguaggio scientifico”. Abbiamo già accennato al dibattito sulla necessità di affinare gli strumenti interpretativi dell’antropologia culturale che affonda le sue radici in altri ambiti speculativi: potremmo forse farla partire dall’*Analitica del bello*, in cui Kant istituisce una relazione tra interpretazione e tradizione, estetica e orizzonte di interpretabilità, ossia tra interpretazione estetica e un particolare e storicamente definito “senso comune”, alla critica alla distinzione tra scienze storiche e scienze della natura in Dilthey, alla sociologia comprendente di Weber, alla wittgensteiniana critica della concezione nominalistica del linguaggio di S. Agostino, passando per le riflessioni sulla “gettatezza” degli orizzonti di senso e la conseguente problematizzazione del “circolo ermeneutico” di Heidegger e Gadamer, alla proposta di un’analisi della relatività storica dei linguaggi scientifici di Geymonat che, come abbiamo visto, in Italia ha trovato una risposta nella proposta di elaborazione di un *etnocentrismo critico* da parte di De Martino e, successivamente, nella proposta di un metodo che si realizzi nella

---

<sup>12</sup> Proposta da Matilde Callari Galli

storicizzazione delle categorie interpretative “scientifiche” in Sabbatucci, alle riflessioni sul conflitto delle interpretazioni di Ricoeur, fino ad arrivare, all’antropologia interpretativa di Geertz . Tali questioni hanno poi assunto ulteriori tematizzazioni laddove si sono innestate nel dibattito sulla necessità di adeguare gli strumenti di analisi antropologica alla *surmodernità* (Augé), cioè alle realtà culturali che trovano definizione nelle attuali dinamiche della globalizzazione (Amselle, Appadurai, Ina e Rosaldo, Callari Galli, Longo, Harrison).

#### **1.4 “Cultura” ed “etnicità”.**

Matilde Callari Galli, a proposito della visione essenzialistica della cultura e dell’etnicità, ha sottolineato come <<le politiche occidentali del multiculturalismo debbano chiarire i loro rapporti da un lato con i fenomeni di ibridismo e dall’altro con le identità etniche e religiose>><sup>13</sup>. Già Amselle ne aveva indicato l’ambiguità in riferimento alla possibilità che la reificazione di *culture* e entità *etiche*, attraverso la discriminazione di alcune differenze culturali, possa portarsi dietro come corollario <<l’erezione di barriere culturali impermeabili che fissano ogni gruppo nella sua singolarità>><sup>14</sup>. Pur negandone l’utilità dal punto di vista euristico per le scienze sociali, mi pare comunque interessante osservare la consistenza di *significanti globali*<sup>15</sup> che tali categorie hanno assunto, attraverso l’uso che ne viene fatto in vari contesti sociali contemporanei, e di indagarne i significati particolari al fine di comprendere l’*uso* locale e storico che di

---

<sup>13</sup> M. Callari Galli, **2003**, p.146

<sup>14</sup> J.L. Amselle, 1999, p. 69.

<sup>15</sup> J.L. Amselle, 2001.

tali categorie viene operato nella pratica attuale delle relazioni sociali. In tal senso è interessante la proposta di Cohen di interpretare l'etnicità come espressione di un gruppo di interesse; questione che mette in luce come nell'interazione sociale vengano a definirsi le identità, laddove una interpretazione della realtà viene assunta, da parte di alcuni soggetti sociali, a definizione della propria identità in funzione della negoziazione di istanze che si riorganizzano in tal senso. In relazione a tali dinamiche socio-culturali vedremo poi come il concetto di identità possa essere definito in un senso processuale piuttosto che essenzialistico.

La proposta di Amselle di comprendere l'essenza *meticcata* dei gruppi sociali, ed il loro essere inseriti in un *continuo culturale*, non rende eludibile per l'antropologia culturale l'analisi delle differenze insite nelle forme locali in cui ciascun soggetto sociale si esprime. In effetti il problema posto da Amselle si connette al più ampio dibattito sulla critica delle categorie interpretative in uso negli studi antropologici, preoccupandosi in particolare di quelle che si prestano ad una tacita accettazione di una visione della realtà sociale e culturale connotata da differenze di carattere razziale o etnico come, secondo una sua felice intuizione, l'apparentemente neutra categoria di *genocidio*.

Il problema connesso alla definizione antropologica delle realtà sociali oggetto di studio inizia con la stessa definizione del campo d'indagine, laddove sembra necessario partire dall'analisi delle logiche di interazione sociale nelle quali si vengono a definire le identità sociali per arrivare all'individuazione delle distinzioni che vi operano a livello cognitivo e che determinano i confini delle realtà sociali stesse e dei loro



orizzonti culturali. Nell'ambito di un contesto migratorio, identità e orizzonti culturali vengono a definirsi nella continua tensione tra le pratiche d'interazione sociale locali e lo spazio delle *relazioni di dislocazione* (Foucault) globali nel quale esse si inseriscono; per fare un esempio, per i migranti i rapporti con le reti di comunità di origine o, all'inverso, la presenza di immigrati in un contesto di accoglienza dà vita a processi di ri-definizione delle identità culturali, come per esempio il caso "padano" di rielaborazione mitica del passato funzionale all'affermazione nell'attualità di una identità "etnica" di "popolo", distinzione funzionale ad una contrapposizione identitaria, - che ha le sue radici in istanze di carattere politico sociale - agli "altri" italiani e, poi, agli "altri" immigrati. Questo caso ispira in particolare due riflessioni, la prima riguarda l'uso della "memoria" storica in funzione della definizione di identità antagoniste; la seconda riguarda l' "uso" dell' "immigrato" come "posta in gioco"<sup>16</sup> nella definizione delle identità sociali, politiche e culturali interne alla complessa realtà della società italiana.

### **1.5 Identità, differenza e relazione**

Se in Nonluoghi Augé afferma: <<Le collettività come gli individui che vi si rifanno, hanno bisogno di pensare nello stesso tempo all'identità e alla relazione, e dunque di simbolizzare gli elementi costitutivi dell'identità condivisa, dell'identità particolare e dell'identità singola. >><sup>17</sup>, mi pare che dal punto di vista

---

<sup>16</sup> Riprendo qui una definizione usata da Laura Nader sull'uso della donna come "posta in gioco" tra Oriente e Occidente.

<sup>17</sup> M. Augé, 1993 (1992), p. 50.

euristico per l'antropologia si ponga il problema di individuare le griglie interpretative, che in quanto dispositivi cognitivi, sono costruttive della realtà socio-culturale che gli individui ed i gruppi sociali elaborano per definire reciprocamente la propria e l'altrui identità, in relazione/contrapposizione dialettica tra loro, e l'orizzonte di senso all'interno del quale si riconoscono e muovono. In relazione alle riflessioni citate sulla relatività storica degli orizzonti di senso all'interno dei quali gli individui definiscono la propria identità culturale, potremmo individuare, tenendo conto della decostruzione della concezione essenzialistica del concetto di cultura, i contorni di tali "mondi" culturali nell'esperienza soggettiva che si esprime, ricreando un orizzonte di "domesticità utilizzabile", in contesti di relazioni socio-culturali determinati. Ambito nel quale trova definizione quel "sapere situato" che è oggetto di indagine nello studio socio-antropologico della cultura organizzativa. La presente proposta non ci porta quindi a definire un "mondo" di senso socialmente stabilito all'interno di una visione culturale reificata, e quindi invalicabile alla comprensione da parte di soggetti esterni ad esso, bensì un "mondo" di senso soggettivo - laddove il soggetto è eminentemente soggetto sociale<sup>18</sup> - informato dall'esperienza di contesti relazionali più o meno chiusi e, comunque, inseriti in un sistema di relazioni più ampio. L'identità culturale in tal senso può essere definita fluida, laddove l'individuo può, in una dinamica processuale di interpretazione e re-interpretazione culturale del proprio sé e delle "alterità", nell'ambito di una dinamica dialogica di interazione sociale propria dei contesti locali nei quali si inserisce,

---

<sup>18</sup> Cfr. le riflessioni svoltesi in merito, in epoche e ambiti speculativi differenti, di Kant, Heidegger, Gadamer, Wittgenstein, per citarne alcuni.

realizzare una elaborazione e rielaborazione continua, della propria visione di sé e del mondo. Vorrei qui precisare che le considerazioni precedenti non vanno interpretate nel senso di quel relativismo che in tempi recenti ha prodotto visioni culturaliste radicali, infatti, malgrado la relatività storica dei codici linguistico-culturali, si può pensare alla possibilità di accedere, attraverso l'affinamento e la criticizzazione dei propri strumenti interpretativi, alla comprensione/interpretazione di differenti orizzonti culturali o visioni/versioni del mondo, malgrado la complessità dei contesti socio-culturali determinati dai nomadismi contemporanei propri delle attuali forme di globalizzazione nel cui quadro, complesso e dinamico, si inserisce il problema antropologico di comprendere come, secondo la nota frase di Robertson, la globalizzazione si localizzi.

## 2 Globalizzazione economica e nomadismi contemporanei

Secondo Amalia Signorelli <<la critica dell'essenzialismo arriva a negare alle diverse concezioni del mondo e della vita qualsiasi stabilità e durata (...) la decostruzione del soggetto e la sua riduzione ad un estemporaneo decisore individuale, che "sceglie" tra diverse strategie possibili, cancella dall'orizzonte dell'indagine i gruppi e le formazioni sociali, ma anche le ragioni per le quali esse si formano e per le quali si pongono in antagonismo o cooperano>><sup>19</sup>. Tenendo conto della fondatezza dei rischi insiti nella radicalizzazione del decostruzionismo, nella presente ricerca la proposta metodologica di analizzare il "detto" individuale, non deve essere intesa nel senso di una

---

<sup>19</sup> A. Signorelli, 2006, p. 21.

deriva psicologizzante tendente alla decostruzione del soggetto sociale, ma anzi, essa vuole tendere a ricostruirne l'orizzonte di senso culturale del quale è espressione, nell'ambito del quale analizzare le discriminazioni culturalmente significative della realtà sociale, in termini di individui e di gruppi, facendone emergere il senso delle dinamiche relazionali ivi presenti. Per comprendere il senso di questa proposta, mi pare utile far riferimento alla wittgensteiniana critica alla privatezza del significato<sup>20</sup>, nella quale si evidenzia il rapporto tra linguaggio privato e contesto culturale all'interno del quale trova una sua elaborazione e la stessa condizione di comunicabilità.

## ***2.1 La nozione di “potere” nell'analisi socio-antropologica***

Amalia Signorelli fa una severa critica degli studi antropologici contemporanei, ravvisando nelle diverse correnti di pensiero la scomparsa di una attenta elaborazione critica del tema dei rapporti di potere all'interno dei contesti socio-culturali attuali: *<<la scoperta della microfisica del potere sembra avere, paradossalmente, tolto qualsiasi valore euristico alla nozione stessa di potere, quasi che affermare che il potere agisce capillarmente attraverso la strutturazione delle pratiche che impone a chi assoggetta, equivalga a dire che il potere è uniformemente distribuito ed è pertanto una variabile non significativa. Anche ammesso che tutto sia negoziabile e che tutte le pratiche sociali siano negozi, questo non significa che tutti i negozianti abbiano lo stesso potere negoziale. Si potrebbe obiettare che cultural studies e, ancor più i postcolonial studies ripropongono invece la questione del potere, se non altro per il ricorso che operano ai*

---

<sup>20</sup> L. Wittgenstein 1953 (1935).

concetti, appunto, di egemonia e di subalternità. Tuttavia, l'uso che generalmente viene fatto di questi concetti è fortemente riduttivo: la forma di egemonia a cui ci si riferisce è quella occidentale-coloniale, mentre manca <<un'esame della relazione tra post-colonialismo e capitalismo globale>><sup>21</sup>; <<Quanto alle figure subalterne che dovrebbero in qualche modo contrastare l'egemonia occidentale (o sostituirla producendo una nuova egemonia?), ad onta dei nomi suggestivi con cui vengono indicate, il loro statuto epistemologico oscilla tra una pertinenza descrittiva riferibile ad una élite di intellettuali cosmopoliti<sup>22</sup> o una mera espressione di wishful thinking<sup>(23)</sup>. In altre parole, le identità "diasporiche", o "tradotte" o "ibride" o "viaggianti" sono proposte come modi culturali di esistere, dei quali restano ignote le condizioni economiche e sociali di esistenza>><sup>24</sup>.

Amalia Signorelli, dunque, nella costruzione di una conoscenza antropologica dell'emigrazione, avanza un'ipotesi di lavoro per la quale sono da ritenere <<cruciali le relazioni economiche in quanto condizioni di esistenza di altre pratiche, segnatamente di quelle culturali>><sup>25</sup>. Pur volendo evitare, attraverso una chiara e precisa formulazione di ipotesi di carattere antropologico-culturale e la messa a punto di strumenti analitici adeguati "le secche del determinismo economicista", ella afferma la necessità di <<re- inserire le relazioni economiche nei nostri paradigmi esplicativi in quella prospettiva "decentrata" o dislocata sull'utilità della quale l'accordo è ormai generalizzato>><sup>26</sup>.

In tal senso, per andare alle radici del fenomeno migratorio attuale e di alcuni aspetti conflittuali che caratterizzano le pratiche di

---

<sup>21</sup>Dirlick 1994, p. 353.

<sup>22</sup> Friedman, in Featherstone e Lash, 1999.

<sup>23</sup> Mellino, 2005, pp. 144-145

<sup>24</sup> A, Signorelli, 2006, p. 21.

<sup>25</sup> A. Signorelli, 2006, p. 21

<sup>26</sup> A. Signorelli, 2006, p. 21

interazione sociale locali, mi pare utile analizzare il rapporto di interdipendenza tra tale massiccio fenomeno dei nomadismi contemporanei e le attuali forme di globalizzazione economica e quindi delineare sinteticamente il quadro in cui tale correlazione si è venuta a definire storicamente.

La fine del colonialismo ha portato all'inserimento dei nuovi stati indipendenti nelle logiche di un mercato, che benché venga definito "libero", è di fatto fortemente condizionato da politiche protezionistiche (limitazione della circolazione di alcune merci, dazi elevati, politiche agricole *caratterizzate* da sussidi che drogano i meccanismi del libero mercato attraverso logiche di *dumping*) tendenti a salvaguardare l'economia statunitense ed europea. Un mercato non più legato alle logiche del periodo coloniale (a parte il caso dell'America latina, nel quale si è venuto a definire uno specifico "problema della terra" - legato alla naturalizzazione prima dei *conquistadores* e, poi, degli immigrati europei che si sono nel tempo affermati come proprietari terrieri, estendendo le loro *fazendas* per migliaia di chilometri quadri, appropriandosi via via dei terreni resi coltivabili dagli indios, ricacciati in luoghi sempre più impervi e difficili da rendere coltivabili<sup>27</sup> - oltre che, come nel resto del pianeta, di controllo delle risorse e di equilibri geopolitici) che tendevano a salvaguardare, oltre che le produzioni, i territori di produzione ed il prezzo dei prodotti, e che invece ha

---

<sup>27</sup> In riferimento, oltre all'ampia letteratura sullo specifico problema, è di grande interesse il racconto fatto della propria esperienza di vita del Premio Nobel per la Pace Rigoberta Menchù nella sua intervista -biografia *Mi chiamo Rigoberta Menchù*.

affermato una logica di sfruttamento selvaggio dei territori sia dal punto di vista delle produzioni agricole che del sottosuolo<sup>28</sup>.

Per quanto riguarda i prodotti agricoli abbiamo assistito all'affermazione di politiche che, piuttosto che essere orientate all'autosufficienza alimentare hanno favorito le colture intensive di prodotti orientati ai bisogni dei mercati occidentali, fatto che ha causato un grave danno economico e ambientale ai nuovi stati indipendenti in quanto, da una parte, l'avvelenamento dei terreni e la distruzione dell'humus, combinato alla sottrazione di terreni fertili alle foreste, ha determinato i tristemente noti fenomeni della siccità, della desertificazione e quindi delle carestie, mentre, dall'altra, il loro scarso potere contrattuale ha determinato un rapporto di "scambio ineguale" che ha portato tali stati ad entrare nel cappio degli "aiuti al terzo mondo"<sup>29</sup>. Il "debito" che ne è risultato condiziona ancora fortemente lo sviluppo di questi stati, ma non è certo la sola causa dei problemi li che affliggono e della fuga dalle campagne agli *slums* delle megalopoli del sud del mondo o dell'emigrazione massiccia di individui appartenenti alle classi medio alte verso il nord del mondo. Infatti ancor più gravi in tal senso sono state le ripercussioni delle politiche di controllo delle materie prime attuate dapprima dai due blocchi, statunitense e sovietico, durante la "guerra fredda" e attualmente da lobby transnazionali solo

---

<sup>28</sup> Sull'argomento è interessante la trattazione di Renè Dumont che già nei primi anni del periodo post coloniale scrisse *L'Afrique noire est mal partie*, ampiamente tradotto anche in lingua swahili per volere di leader africani come Nyerere e Senghor.

<sup>29</sup> Per un approfondimento di tali questioni si veda Renè Dumont e Marie France Mottin *L'Africa strangolata*, Società Editrice Internazionale, Torino 1985; ed. originale *L'Afrique étranglée*, Edition Du Seuil, 1980, 1982. D. Volpini, *L'autosviluppo Integrato: Linee epistemologiche per un'antropologia della sviluppo*, S. E. Esculapio, Bologna, 1994.

marginalmente collegate ad interessi nazionali<sup>30</sup>. Infatti, laddove negli stati indipendenti sono stati individuate materie prime fondamentali per il mercato mondiale - come i giacimenti di coltan, rame, zinco, uranio, oro, diamanti, petrolio – o essi si siano trovati in una posizione di passaggio strategica sempre dal punto di vista geopolitico – luoghi utili per il transito di oleodotti e gasdotti, ovunque vi sia interesse a mantenere situazioni di instabilità nel cuore di aree legate a primari interessi energetici, i nuovi stati indipendenti hanno subito un rapido declino delle loro istituzioni democratiche, quando non si sono trovati gettati nel mezzo di interminabili guerre tra fazioni “etniche” o “civili” etero-gestite e orientate.

Un fattore fondamentale che ha condizionato la storia contemporanea – nello sviluppo delle relazioni sociali, interetniche e interculturali a livello mondiale - è stato l’affermarsi, a partire dalla seconda guerra mondiale, di una “economia di guerra” i cui interessi si sono legati a quelli per la gestione dello sfruttamento delle materie prime e che hanno trovato il modo di agire sinergicamente con l’instaurazione di condizioni di instabilità istituzionale o, viceversa, di poteri forti discendenti in quegli stati il cui sottosuolo avrebbe potuto invece determinarne delle condizioni di notevole prosperità economica dei propri cittadini.

---

<sup>30</sup> Sull’argomento è di grande interesse l’opera di Noam Chomsky , in particolare *Understanding power* dove analizzando avvenimenti storici specifici lo studioso mette in luce i rapporti tra oligarchie, “democrazia”, strategie di comunicazione di massa e il mantenimento e lo sviluppo di specifici interessi geopolitici.



## ***2.2 La produzione di profughi e l'impulso ai movimenti migratori come effetto dell'“economia di guerra” e dello sfruttamento selvaggio delle risorse naturali.***

L'espressione di tali interessi geopolitici ha avuto un devastante impatto politico-sociale e sanitario - con la produzione di “profughi” e “rifugiati” per via degli ampi movimenti di popolazioni in fuga – e ambientale, con la contaminazione di ampi territori con materiali tossici e radioattivi, nonché con una difficilmente commensurabile quantità di mine. Tali interessi , dopo la fine della guerra fredda, hanno trovato definizione in nuovi rapporti di potere che non sembrano più, se non di facciata, legati ad un effettivo potere e forza contrattuale degli stati-nazione, i cui governi democraticamente eletti mostrano via via i segni della loro marginalità rispetto ai luoghi decisionali della politica economica mondiale, e la cui funzione sembra più legata all'affermazione mediatica dell'illusione retorica della “libertà e democrazia occidentali” che rappresenta il quadro in cui trova legittimazione l'affermazione di tali interessi geopolitici.

Infatti vecchie e nuove realtà transnazionali si scontrano oggi nella realtà delle politiche economiche, sociali e sanitarie mondiali, da organizzazioni come l'ONU, il FMI, la Banca mondiale, la BEI, il WTO - che ha addirittura un potere di coercizione sulle politiche economiche interne degli stati nazione e che, con le decisioni dei suoi tribunali, la cui trasparenza è ampiamente contestata, rappresenta uno dei luoghi in cui si esprimono i rapporti di forza tra *lobbies* economiche e istituzioni nazionali o transnazionali – ai movimenti della società civile che si sono e si stanno organizzando per affermare nuove forme di globalizzazione (no-global, newglobal, alterglobal).

In tal senso l'evoluzione tecnologica e soprattutto l'affermazione di internet anche nei paesi del sud del mondo, penso in particolar modo al movimento per il superamento del *digital divide*, ha creato la possibilità di realizzare delle reti di comunità virtuali in grado di movimentare un gran numero di persone in tutte le parti del mondo in azioni comuni, come ad esempio il movimento *new global* che riconduce a se soggetti provenienti dalle più disparate esperienze e campi di azione: l'affermazione dei diritti umani, delle donne, dei bambini dei lavoratori, delle "minoranze etniche"; l'affermazione di una logica di mercato equo e solidale e del turismo responsabile, la promozione di politiche economiche eco-compatibili; la critica alla supremazia dei diritti di proprietà intellettuale sull'interesse comune, come nel caso dei farmaci salvavita; il contrasto all'economia di guerra e la promozione di una rete di informazione libera connessa alla critica all'attuale assetto proprietario dei media a livello mondiale, dalla televisione ai motori di ricerca (inquietante il caso di Google che ha accettato di oscurare dei siti censurati dal governo cinese, o l'ingombrante presenza di Murdoch) o il citato movimento, connesso a tale tematica di libertà di informazione e comunicazione, per il superamento del *digital divide*. Tali movimenti nel movimento di fatto tendono all'affermazione della necessità di definire nuove regole attraverso la promozione di una legislazione che, ai vari livelli nazionale, comunitario e internazionale, riconosca tali diritti. Un caso emblematico e sostanziale di tale sforzo è quello che si esprime in merito alla contrapposizione bene/diritto in relazione a questioni essenziali come l'acqua o la salute, laddove non si tratta di scelte neutre in quanto considerare determinati fatti un "bene", anziché un "diritto",

li inserisce di fatto nella logica di mercato e, quindi sotto la “giurisdizione” del WTO.

### ***2.3 Rapporti di potere e la produzione culturale dell'immaginario della globalizzazione e dei fenomeni migratori. Il ruolo dei media.***

Ma la rete è uno dei *luoghi* nei quale l'interazione sociale definisce nuove pratiche e identità anche nel senso dell'affermazione e dello sviluppo di nuovi particolarismi e fondamentalismi rispondenti, a vario titolo e in riferimento ad interessi specifici, alle tensioni presenti nel contesto dei rapporti internazionali. Preoccupante mi pare il fatto, a mio avviso strettamente connesso all'economia di guerra, per cui la divisione del mondo propria della guerra fredda, nel cui quadro per l'occidente il nemico da combattere era il “comunismo”, è stata sostituita nei media da una divisione della realtà tra un “asse del bene” e un “asse del male” ridefiniti in base ad una contrapposizione tra “democrazia”/ “dittature” e “occidente cristiano”/“terrorismo islamico” (che producono dall'altro lato distinzioni tra Umma e “infedeli”, “fratelli musulmani” e “nemici dell'Islam”) che tende a ridefinire i presupposti di un quadro di strategia della tensione che costituisce la cornice il cui ritrova senso e legittimazione l'economia di guerra. In tal senso, in riferimento alle critiche provenienti dall'interno dell'Occidente così definito, si assiste ad una operazione mediatica di marginalizzazione e criminalizzazione dei soggetti che vi si oppongono e ad un tentativo sempre più riuscito di limitarne le possibilità di espressione.

D'altronde i media hanno un ruolo fondamentale anche su quella che Appadurai chiama la dimensione immaginaria della globalizzazione;

Così se le relazioni sono speculari ma non simmetriche; come sottolinea Appadurai, la condizione globalizzata <<*suscita nuove esigenze di controllo e disciplina da parte delle classi dirigenti*>>. Infatti, come ha osservato Canclini nel suo *La globalization imaginada*, le immagini della globalizzazione che individui e gruppi producono e/o ricevono e fanno circolare, entrano con un ruolo specifico nella produzione stessa dei processi di globalizzazione e hanno un peso nell'<<orientarne l'itinerario>><sup>31</sup>

Un caso emblematico dell'importanza del controllo dell'uso dei mezzi di comunicazione di massa, e quindi dei rapporti di potere che vi si esprimono è sottolineato con preoccupazione da Gore Vidal<sup>32</sup> nelle sue riflessioni sul caso della abrogazione, richiesta al Congresso degli Stati Uniti e ottenuta dal Governo Bush dopo l'11 settembre 2001, dell'*habeas corpus* dalla Costituzione americana. Egli a tal proposito ha analizzato e ben messo in luce l'aporia tra messaggio mass mediatico di una guerra utile ad esportare le libertà civili e la “democrazia occidentale” e la contemporanea campagna mediatica per promuovere il consenso degli statunitensi allo svuotamento del IV emendamento (che garantisce i cittadini dalle derive liberticide del totalitarismo) riducendo di fatto le garanzie dei diritti civili e giustificando tale “necessità” col ricorso alla ormai permanente strategia mass-mediatica della tensione. Per cui per il “bene” e la “sicurezza” dei cittadini statunitensi, nella lotta contro il “terrore” che ne minaccia i “valori” fondamentali e lo stile di vita, essi debbono accettare proprio di rinunciare ai fondamenti giuridici che ne garantiscono le libertà civili in uno Stato di Diritto democratico.

---

<sup>31</sup> N. G. Canclini 1999; 63.

<sup>32</sup>G. Vidal, 2001.

Così i mass-media entrano prepotentemente nella definizione di quella che per Arjun Appadurai è il dato culturale davvero caratteristico dell'età postmoderna e globalizzata, quel <<più vasto repertorio di vite possibili>> che ciascun soggetto può immaginare per sé e per gli altri e, aggiungerei, per sé in contrapposizione ad altri, immerso in una dinamica dialettica continua tra locale e globale in una continua ridefinizione del sé e dell'altro. Secondo Appadurai, dunque, la <<deterritorializzazione delle persone delle immagini e delle idee nell'intreccio tra vite che si sviluppano e le loro controparti immaginate si genera una varietà di comunità immaginate... che suscitano nuovi tipi di politica nuove forme di espressione collettiva e nuove esigenze di controllo e disciplina da parte delle nuove classi dirigenti>>. <sup>33</sup>

A tale proposito, Amalia Signorelli propone che <<L'analisi delle determinazioni reciproche tra immaginato e vissuto>> divenga <<oggetto' dell'antropologia contemporanea Le relazioni sono speculari ma non simmetriche >><sup>34</sup>

La Signorelli propone quindi una riflessione sul concetto di egemonia quale strumento analitico in quanto essenziale per studiare il ruolo che giocano i rapporti di potere nella produzione culturale e dell'influsso che essi hanno negli *impatti* e gli *incroci tra percorsi diversi* che ritiene essere oggetto della ricerca antropologica<sup>35</sup>.

D'altronde risultano evidenti i rapporti di potere all'interno dello specifico ambito della ricerca e le loro connessioni ai differenti orizzonti valoriali che in Italia si esprimono a livello "politico"; come anche il

---

<sup>33</sup> A. Appadurai ,2001, 78, 79

<sup>34</sup> A. Signorelli, 2006.

<sup>35</sup> A: Signorelli, 2006, p. 42.

condizionamento dato dalla rappresentazione della realtà offerta dai media. Laddove la rappresentazione mediatica della realtà è strumento di espressione politico-culturale. Tali dinamiche costituiscono un oggetto di analisi in grado di mettere in luce come anche attraverso di esse si venga a definire la realtà dei servizi socio-sanitari

### **3 Immigrazione: diritti umani e cittadinanza.**

Nell'ambito della complessa trama sociale dei paesi di accoglienza, l'immigrazione pone questioni rilevanti in riferimento alla ridefinizione sociale e culturale dell'ambiente di vita e di lavoro, degli stili di vita, della povertà, dell'emarginazione e delle disuguaglianze (sociali e di genere), delle fasce fragili della popolazione, del tema della famiglia e del rapporto con le istituzioni ed in particolare con i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. In tali rapporti con le istituzioni dei paesi di accoglienza, si sta profilando sempre più un'aporia tra il riconoscimento dei diritti umani fondamentali secondo quanto asserito nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani dell'O.N.U. (del 1948!) e la realtà delle leggi sull'immigrazione che nell'ambito della concezione dello Stato-Nazione tendono a riconoscere e regolamentare i diritti in relazione al concetto di "cittadinanza"; gli individui dunque vengono riconosciuti come soggetti di diritto non tanto quanto "esseri umani", quanto come "cittadini". Status privilegiato al cui accesso vengono poste limitazioni giuridiche specchio di resistenze politiche, sociali e culturali (diverse concezioni dallo *jus soli* allo *jus sanguinis*, alle procedure

di ingresso dei “lavoratori”, in Europa “extra-comunitari”, a quelle per il riconoscimento dello status di rifugiato, in quest’ultimo caso si assiste a forme di resistenza culturale che si esprimono nel vuoto legislativo).

Secondo Harrison <<con la moderna invenzione occidentale dello Stato-Nazione e della Nazionalità, la estraneità d’origine si è trasformata inevitabilmente in inferiorità di fatto, ossia si è trasformata in una “mancanza” di diritti (i “diritti di cittadinanza”), che si è andata attualizzando drammaticamente proprio nella situazione di contatto e di confronto dell’immigrazione “extracomunitaria”>><sup>36</sup>.

Tale situazione provoca il mancato riconoscimento di milioni di persone migranti “irregolari” nel mondo, producendo nuove forme di discriminazione e schiavitù, in un mondo che dimostra via, via l’incapacità di affermazione concreta dei suoi “valori universali” Con ciò proponendo sempre nuove rappresentazioni delle società contemporanee e dei loro nodi critici, sia a livello individuale che collettivo. Infatti come ha messo in rilievo Di Cristoforo Longo, nel sottolineare la necessità di una inculturazione nelle diverse culture del corpus di norme e quindi del valore universale dei diritti umani: <<Una prima considerazione fondamentale è collegata al rapporto cultura-diritto. Perché una norma arrivi ad essere stabilita vuol dire che i convincimenti della comunità, vanno nella direzione dei contenuti della norma stessa>><sup>37</sup>. Il tema del riconoscimento dei diritti umani, in particolare agli “altri” rispetto alla comunità riconosciuta come propria rimanda a sua volta nuovamente alla difficoltà di riconoscimento di valore al diverso, allo straniero. Harrison mette in luce come <<oggi il grande tema antropologico del confronto non rimanda soltanto alla condizione psicoculturale della estraneità: la

---

<sup>36</sup> G. Harrison, 2005, p. 180.

<sup>37</sup> G. Di Cristoforo Longo, 2005.

*presenza del “forestiero”, le modificazioni che induce, il confronto a cui chiama, costituiscono il fondamento delle rispettive, reciproche, identità: quella del residente e quella del sopravveniente>><sup>38</sup>.*

In tal senso pare interessante far riferimento alla ricerca di Dal Lago *Non-Persone* (2004) , nella quale egli richiama l’attenzione sul ruolo che nel processo di significazione e di assegnazione di valore/disvalore ai movimenti migratori, che coinvolge soggetti collettivi diversi, svolgono i mass media. Così egli mette in luce come esistano gruppi che *<<controllando ciascuno un ambito della produzione della cultura di massa, trovano conveniente sviluppare alleanze... e il prodotto culturale finale scaturisce dalle negoziazioni tra questi gruppi e non altri. Gli ‘altri’ sono la massa dei consumatori della cultura di massa: non sono semplicemente gli spettatori della ‘TV’; sono soggetti che si identificano e identificano gli altri nei termini (significati, valori, categorie, giudizi, linguaggi) che il consumo della cultura di massa mette loro a disposizione>><sup>39</sup>.*

### **3.1 Discriminazioni e conflitto**

Il tema della discriminazione introduce quello del conflitto sociale. Infatti le criticità e le conflittualità insite nelle attuali forme della globalizzazione, alla base dei *fenomeni* migratori attuali, trovano una loro espressione nell’ambito di dimensioni locali condizionandone le pratiche di interazione sociale e modificandone gli equilibri e le dinamiche di relazione sia tra migranti e cittadini italiani, sia all’interno delle diverse

---

<sup>38</sup> G. Harrison, 2005, p.180.

<sup>39</sup> A. Dal lago, 2004, pp. 226-227.



comunità migranti, che nell'ambito dei gruppi sociali della nazione ospitante.

Dal punto di vista socio-antropologico tali criticità emergono in riferimento alle dinamiche d'interazione tra i diversi soggetti che compongono la *variegata* trama sociale italiana risultato, fluido ed in continuo mutamento, dei consistenti movimenti migratori interni al Paese e dei diversi flussi di immigrazione dall'estero di prima, seconda e terza generazione<sup>40</sup>, a seconda dei diversi luoghi di provenienza. Tali movimenti migratori coinvolgono l'intero pianeta e, come abbiamo avuto modo di vedere, sono connessi all'affermarsi di un'economia globalizzata; Il tema della globalizzazione economica sottende però quello delle difficoltà connesse alla pratica dei contatti culturali e ci pone di fronte alla necessità di trovare nuovi equilibri e nuove forme di dialogo interculturale.

Il contatto culturale in primo luogo è condizionato dai contenuti dell'interazione tra i differenti soggetti sociali, infatti essi si rapportano gli uni agli altri in termini di *identità*, i cui elementi costitutivi, sia a livello individuale e di genere, che collettivo si definiscono in riferimento al contesto dell'interazione sociale *così* come storicamente si viene a determinare. Così, partendo dalle tradizioni delle aree culturali di riferimento, ciascun gruppo ridefinisce se stesso ed i propri membri attraverso criteri che ne definiscono l'appartenenza o l'esclusione in riferimento agli altri ed al contesto sociale in generale. In tal senso mi pare possa essere intesa la concezione della cultura di Appadurai il

---

<sup>40</sup> Uso qui l'espressione "seconda e terza generazione" per indicare lo svilupparsi localmente, a livello temporale, della presenza di comunità di immigrati; d'altro canto mi sembra utile la riflessione di chi intende "immigrata" la sola prima generazione, laddove si considera che i figli di immigrati appartengono al solo luogo della loro prima socializzazione.

quale, definisce il concetto di cultura come concetto di differenza, ossia che si realizza secondo una proprietà più contrastiva che sostantiva, come sottoinsieme di differenze che viene mobilitato per articolare il confine delle differenze<sup>41</sup>

Oggi vediamo come l'etnicità rappresenti, nei rapporti tra gruppi di immigrati recenti e gruppi presenti nel contesto sociale di accoglienza, una modalità di costruzione dell'identità che risponde a necessità di promozione delle proprie istanze sia a livello sociale che istituzionale, esattamente come un altro qualsiasi "gruppo di interesse"<sup>42</sup>, ai fini della loro negoziazione. In effetti lungi dal produrre effetti di omogeneizzazione culturale, la globalizzazione ha portato ad un fiorire di nuove identità collettive, di carattere "etnico", religioso e politico.

Nell'ambito delle identità collettive e del rapporto e confronto tra esse vengono elaborate le identità di genere, per la comprensione delle quali è necessario l'approfondimento delle dinamiche individuali, familiari e sociali attraverso cui esse si definiscono, nel caso dei migranti, come prodotto della tensione tra le tradizioni culturali di riferimento e le nuove istanze dovute al confronto con i valori delle società di accoglienza.

Vediamo ad esempio, nell'ambito delle società islamiche la definizione dell'identità di genere femminile negli ultimi decenni ha subito quella che, dal punto di vista occidentale, può essere considerata una involuzione nell'affermazione dei diritti umani. Tale ridefinizione dell'identità femminile sembra emergere come risultato delle tensioni in atto all'interno del contesto socio-economico mondiale prodotto delle forme attualmente assunte dalla globalizzazione economica, in

---

<sup>41</sup> A. Appadurai, 1996.

<sup>42</sup> S. P. Cohen, 1969.

particolare tale ridefinizione delle identità collettive in funzione antioccidentale, ha portato, con la sua critica sul piano etico e morale al modello occidentale, alla rielaborazione in senso fondamentalista della religione e della Legge islamica e di conseguenza ad una ridefinizione dell'identità femminile in contrapposizione al modello femminile occidentale, in particolare anglosassone.

Kilani, riferendosi all'analisi della Nader<sup>43</sup> sulla donna come “posta in gioco” tra Oriente e Occidente, rileva come la donna sia oggetto di controversia tra <<*i due poli oggi in concorrenza. Da un lato v'è un certo Occidente, trionfante e certo dei propri valori, che volendo convincersi e convincere gli altri che l'emancipazione delle “proprie” donne è giunta al suo culmine adduce come prova la condizione delle donne “degli altri” e in particolare delle donne “arabe”. Dall'altro v'è un Oriente musulmano che, volendo controllare lo spazio delle “proprie” donne, cerca di dimostrare la propria “dignità ritrovata” di fronte ad un Occidente che avrebbe traviato le “sue” donne, dunque il suo senso della “civiltà”*>><sup>44</sup>. A tali modelli identitari aderiscono le donne stesse, soprattutto quelle che si trovano a vivere l'esperienza della migrazione, anche attraverso forme esteriori come il portare il velo, in quanto motivate a promuovere l'affermazione della propria identità sociale, culturale e religiosa. E' anche vero che nell'ambito del mondo islamico le donne stanno lottando per ridefinire, all'interno della tradizione, la propria identità in funzione del riconoscimento dei propri diritti.

E' dunque nel contesto dell'interazione sociale in cui si esprimono le dinamiche di relazione e conflitto tra le diverse identità collettive, individuali e di genere, che si producono, oltre che l'affermazione di

---

<sup>43</sup> L.Nader, 1991, pp. 149-159.

<sup>44</sup> M. Kilani , 1997 (1994), p 280, nota 19.

nuove forme di integrazione sociale ed economica, anche fenomeni di discriminazione “razziale”, “etnica”, sociale e di “genere”.

Tali forme di discriminazione influiscono pesantemente sulle possibilità che i soggetti sociali di recente immigrazione possono avere nel livello di qualità di vita e di lavoro, come anche di salute, in quanto interferisce nella loro possibilità di avere garantiti i loro diritti, di persone, uomini e donne, adolescenti e bambini, delle loro famiglie, attraverso adeguate tutele sociali, sanitarie e sindacali.

Ciò in particolare è dunque ancor più vero per gli immigrati irregolari, la cui condizione di ricattabilità, abbassando di fatto il livello dei diritti di tutti i lavoratori, immigrati e non, influisce negativamente anche sul mercato del lavoro. Il massiccio ricorso alla manodopera irregolare, determina ampie ricadute, in termini di mancanza dei diritti fondamentali, nel contesto più ampio del mondo del lavoro. Tale condizione di sfruttamento - anche nelle forme più radicali come nel caso del caporalato e della riduzione in stato di servitù, quando non anche di schiavitù, collegate al fenomeno della tratta di esseri umani - dalle istituzioni tende ad essere culturalmente percepita e considerata come avulsa e deviante rispetto alla “norma” definita dallo Stato di diritto. Ciò in una sorta di rimozione culturale. Di fatto tali forme di sfruttamento si rivelano essere parte strutturale sia della vita economica che sociale del nostro Paese. Infatti, il lavoro nero (realtà presente persino negli appalti pubblici) e, in vaste aree del paese, il caporalato sono realtà vive e strutturanti i metodi di produzione e delle regole di concorrenza implicite del sistema economico produttivo italiano (e internazionale) concorre alla definizione del PIL nazionale. Per quanto

riguarda poi la realtà della riduzione in schiavitù a scopo di sfruttamento sessuale, non si possono trascurare due dati: il primo riguarda la percentuale dei “clienti”, un uomo su tre, consapevoli della condizione di schiavitù e spesso anche dell’età minore, delle “prostitute”; il secondo, è il dato fornito dal Consiglio europeo sulla violenza sulle donne in Italia e in Europa, secondo il quale la prima causa di morte e lesioni gravi permanenti per le donne tra i 14 e i 46 anni di età è la violenza in famiglia.

Credo francamente che potrebbe essere utile uno studio di *equipe* di carattere antropologico culturale e di psicologia sociale in grado di indagare quali siano, se vi sono, le cause psicologiche e socio-culturali di questa realtà la cui entità non sembra riconducibile ad un semplice fenomeno di devianza, ma, anche qui, sembra proporre un sistema di relazioni tra i generi e le generazioni strutturato ed integrato nel tessuto sociale italiano. Sarebbe inoltre utile indagare sulle ragioni che portano all’attuale concezione di questi fatti come di fenomeni marginali di devianza ai quali rispondere sul piano legislativo con norme che, in una sorta di rimozione culturale, affrontano tale problema solo con strumenti di repressione coordinati a livello nazionale dal ministero dell’interno, mentre a livello regionale e locale non sembra vi sia in atto alcuna idea di predisporre delle reti di tutela delle vittime di tratta, se non riconoscendo in modo sporadico e occasionale, con singoli protocolli di intesa, il lavoro delle associazioni di volontariato e privato sociale che si occupano del problema.

### **3.1.1 Identità e pregiudizio**

Il fenomeno dell'immigrazione è per eccellenza un terreno di coltura del pregiudizio; spesso si occultano le realtà che riguardano gli italiani in riferimento alle rappresentazioni e definizioni dello straniero elaborate nell'ambito del contesto delle relazioni sociali, culturali e politiche interne alla società italiana credo per ciò che, nell'ambito di questa ricerca, sia importante focalizzare l'attenzione, oltre che sui temi propri dell'antropologia medica, *<<all'insieme delle relazioni sociali ed istituzionali che determinano le condizioni di accesso e fruibilità dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata. In quanto è evidente come in tali relazioni si esprimano i contenuti socio-culturali, le criticità, le possibili conflittualità più o meno latenti dei gruppi sociali che vi partecipano e che determinano l'efficacia del sistema stesso.*

*In particolare sembra necessario analizzare la specificità delle categorie "straniero", "immigrato", "extracomunitario", la cui percezione individuale è collegata alle rappresentazioni che ne vengono elaborate a livello sociale e politico. Credo, infatti, che sia da considerare che, in una realtà come la nostra, lo "straniero" come tale si inserisce all'interno di un sistema di relazioni già estremamente complesso, formato da soggetti sociali che si autodefiniscono, sviluppando alcuni aspetti della propria identità individuale e collettiva, in rapporto di contrapposizione dialettica tra loro. Ad esempio è emerso che, nell'ambito della definizione del sé culturale, all'interno dei diversi ambiti sociali, possono prodursi atteggiamenti di rifiuto di alcuni aspetti di valori, come l'accoglienza, in quanto percepiti come connotativi di altri ambiti socio-culturali con i quali vi è una relazione di conflittualità, quindi "altro da sé". All'interno di queste dinamiche di relazione e*

*comunicazione, interne al contesto della società romana e nazionale, possono quindi manifestarsi quei fenomeni di discriminazione che, come emerso dai colloqui con gli operatori, possono esprimersi anche a livello istituzionale, attraverso interpretazioni restrittive della legge o una mancata circolazione delle informazioni>><sup>45</sup>.*

Tali orientamenti, e i loro riferimenti al contesto socio culturale, valoriale e politico, concorrono a definire, per la sua funzione culturale, anche la normativa nell'ambito della quale vengono riconosciuti sia dei diritti, che le identità a cui vengono riconosciuti tali diritti.

Ciò si riflette, condizionandola, nella comunicazione interculturale in atto nelle realtà organizzative dei servizi, nell'interazione tra soggetti, utenti e operatori, che ricoprono differenti ruoli e tra i quali vi sono degli squilibri di potere.

Il tal senso sembra utile la rilevazione e l'analisi delle forme e dei contenuti della comunicazione formale ed informale, dei paradigmi di riferimento e delle narrazioni che condizionano i rapporti di potere.

Malighetti, facendo riferimento al paradigma interpretativo e alla sociologia comprendente, ha indicato come validi oggetti di indagine lo studio dei significati, il modo in cui gli individui danno senso al loro mondo attraverso il comportamento comunicativo, l'attenzione agli aspetti soggettivi e interpretativi della vita aziendale le cui particolari declinazioni non vanno viste come possibili fonti di errore <sup>46</sup>. Così per noi sarà utile indagare le forme e i contenuti in cui si esprime il pregiudizio, sia a livello di narrazione che di agire comunicativo e la relazione tra queste espressioni soggettive e l'universo di discorso in cui si inseriscono e trovano legittimazione a livello di visioni del mondo e

---

<sup>45</sup> M. P. Volpini, 2005, p. 79-80.

<sup>46</sup> Malighetti, 1994.

valori del contesto sociale, sia interno alla realtà organizzativa, sia nei loro agganci con la realtà socio-culturale più ampia in cui essi sono inseriti.

#### 4 Gli studi organizzativi: quadro teorico concettuale.

Tale lettura antropologica presenta la difficoltà di porsi in riferimento a ciò che sembra già noto, almeno dal punto di vista di un antropologo impegnato in una ricerca sul campo nel proprio paese. Infatti, nell'analisi antropologica di un contesto socio-culturale condiviso dallo stesso studioso, si pone la questione che - se con l'etnografia tradizionale, attraverso il confronto con realtà differenti, si riscopriva l'alterità e la differenza nelle stesse culture occidentali - nell'analisi della propria realtà socio-culturale egli deve porsi nell'ottica di problematizzare ciò che altrimenti tenderebbe a considerare come scontato, un "dato" e non un "fatto" culturale<sup>47</sup>: si tratta di distinguere i paradigmi interpretativi del ricercatore da quelli espressi dal contesto socio-culturale oggetto della sua analisi, che ne definiscono il mondo culturale. Ciò secondo quella che è stata definita *Anthropological frame of mind*, che consiste nel <<costante bisogno di rendere problematico, di capovolgere e di guardare da fuori tutto ciò che sembra familiare e comprensibile>><sup>48</sup>. Qui chiaramente ci troviamo di fronte al fatto che l'analisi antropologica si

---

<sup>47</sup> Secondo la nota distinzione di Sabbatucci (1978) tra "dato" e "voluto", tra natura e "fatto" culturale.

<sup>48</sup> B. J. Czarniawska, 1992, p. 83



realizza a livello interpretativo, in un circolo ermeneutica generativo di nuovi significati

In ogni caso, dal punto di vista euristico per l'antropologia si pone il problema di individuare le griglie interpretative che, in quanto dispositivi cognitivi, sono costruttive della realtà socio-culturale che gli individui ed i gruppi sociali elaborano per definire reciprocamente la propria e l'altrui identità, in relazione/contrapposizione dialettica tra loro, nonché l'orizzonte di senso all'interno del quale si riconoscono e muovono definendone lo specifico culturale.

Le ipotesi e gli strumenti interpretativi orientanti la ricerca dovranno dunque essere criticamente rielaborati e ridefiniti nel procedere della stessa in relazione alle distinzioni categoriali e, quindi alle griglie interpretative (come strumenti cognitivi o, nell'ambito specifico della cultura organizzativa, di *sensemaking*<sup>49</sup>) operanti all'interno del contesto socio-culturale preso in considerazione. Tale processo critico ed autocritico ha lo scopo di far emergere, partendo dal detto dei soggetti coinvolti, il "mondo" culturale in cui ciascuno di essi si sente immerso, all'interno del cui orizzonte la loro esistenza e le loro azioni hanno e trovano "senso". Infatti la complessità della trama sociale determina la necessità di indagare la pluralità di possibili interpretazioni, paradigmi e narrazioni derivanti dal mondo di senso che ciascun individuo edifica in riferimento alle proprie griglie interpretative e, dunque, ai dispositivi cognitivi che affina, via via, nella sua vita come risultato della sua esperienza di interazione sociale. Si cercherà, perciò, di confrontarsi "sul campo" da una parte, con la problematizzazione dei

---

<sup>49</sup> Cfr. K.W. Weick, 1997 (1995).

limiti dello sguardo dell'osservatore, in quanto culturalmente "orientato", e dall'altra, con l'analisi della comunicazione formale ed informale dei soggetti sociali coinvolti nella ricerca, nei loro diversi ruoli e funzioni specifiche.

## **5 Una lettura antropologica dei fenomeni organizzativi.**

Da un punto di vista socio-antropologico, mi pare utile delineare, per evidenziarne le possibilità analitiche ai fini di una lettura antropologica dei fenomeni organizzativi, il contesto normativo e la realtà politico-sociale più ampia nel quale trovano definizione e organizzazione i servizi socio-sanitari, con particolare attenzione alle risposte che vi si danno in riferimento alle questioni poste dalla realtà dell'immigrazione e come tale variegata realtà socio-culturale interagisca con essi, nell'incontro-scontro tra orizzonti di senso propri degli operatori dei servizi e degli utenti immigrati e nella rielaborazione e sintesi culturale che ne risulta, sia al livello della cultura dei servizi, che nella elaborazione originale di nuove forme cultura organizzativa da parte delle differenti realtà socio-culturali dei migranti.

Tale lettura antropologica pone la difficoltà di porsi criticamente, nel senso di un relativismo storicizzante in grado di effettuare una analisi di tipo individuante che faccia emergere lo specifico culturale proprio dell'"oggetto" di ricerca. in riferimento a ciò che sembra già noto, almeno dal punto di vista di un antropologo impegnato in una ricerca su campo nel proprio paese.

Come ha messo in evidenza Linda Smircich, dal punto di vista dello studio della cultura organizzativa, *la prospettiva culturale legittima l'attenzione verso gli aspetti soggettivi ed interpretativi della vita organizzativa*<sup>50</sup>; in quanto essa prefigura *una definizione culturale dell'organizzazione come rete di significati, la cui proposta di una analisi culturale contiene in se tre principali implicazioni:*

- a. *le organizzazioni rappresentano realtà culturali alla stessa stregua della musica e dell'arte;*
- b. *esse sono mondi simbolici da esplorare per mezzo della comprensione interpretativa;*
- c. *le organizzazioni sono forme simboliche di tipo affine alle religioni e al folklore e dispiegano il <<significato della vita>>*<sup>51</sup>

Così, per Fulvio Carmagnola, con chiaro riferimento alla prospettiva interpretativa di Clifford Geertz, *<<lo sguardo antropologico vede ciò che lo sguardo epistemico non può vedere (cfr sabbatucci ins nel libro), ossia la genesi del contesto entro il quale le logiche ed i saperi si elaborano, nascono e muoiono (Elkana), esso necessita di relativizzare l'analisi ad un contesto locale, laddove la dimensione sincronica e orizzontale dell'analisi contestuale permette di concentrarsi sul gioco delle interazioni di senso che formano la cultura. Tale prospettiva prefigura una immagine delle società, delle culture e dei gruppi più efficace nel dar conto della complessità sociale. Il rapporto tra il tutto (l'immagine complessiva della cultura) e le parti, cambierebbe alla luce della consapevolezza che l'interpretazione è sempre plurale, che nessun modello è il ritratto vero della realtà, e*

---

<sup>50</sup> L. Smircich, 1983, p.335

<sup>51</sup> L. Smircich, Studying Organizations as Cultures, in Morgan (ed.), Beyond Method ....pp. 169 ss; in Fulvio Carmagnola, *Sapere di non sapere*, Etaslibri - RCS Libri & Grandi Opere SpA, Milano 1994, pp. 134-135.

*che non si arriva mai al dunque, al quadro oggettivo di una struttura reale sottostante>>.*<sup>52</sup>

La pluralità di possibili interpretazioni deriva dal mondo di senso che ciascun individuo edifica in riferimento alle griglie interpretative e, dunque, ai dispositivi cognitivi che affina, via via, nella sua esperienza di vita, di interazione sociale.

### ***5.1 Il tropo “cultura organizzativa”: l’antropologia e l’approccio qualitativo agli studi organizzativi.***

Nel considerare dunque le realtà istituzionali e aziendali come sistemi culturali e nel chiarire i termini della nostra proposta di analisi della cultura organizzativa è qui necessario fare riferimento all’ambito degli studi nel quale si è andato affermando tale orientamento, infatti, a partire dalla pubblicazione da parte di *Administrative Science Quarterly*, di un numero speciale sui metodi qualitativi nella ricerca organizzativa (1979), nell’analisi degli aspetti culturali nelle organizzazioni è stato postulato in primo luogo l’accreditamento (o il riaccreditamento) dei metodi qualitativi. Nel 1981 con la fondazione dello SCOS (Standing Conference on Organizational Symbolism), gruppo di lavoro autonomo all’interno dell’EGOS (European Group for Organizational Studies), l’organizzazione è stata considerata come fenomeno umano e sociale da studiare con un approccio autenticamente interdisciplinare, utilizzando metodi, concetti e metafore derivati dalla linguistica, dalla storia, dall’antropologia, dalla psicologia, ecc. Si propone quindi la visione delle

---

<sup>52</sup> F. Carmagnola, 1994, p. 138.

organizzazioni come forme espressive e come manifestazioni di funzioni mentali superiori come il linguaggio e la creazione di significato, da analizzare perciò non solo nei loro aspetti strumentali, economici e materiali, ma anche nei loro aspetti ideativi e simbolici.

Si è così affermata la possibilità che le organizzazioni vadano analizzate nel loro essere entità culturali e simboliche caratterizzate da distinti paradigmi, la cui ricchezza della vita organizzativa può essere colta solo utilizzando modelli di ricerca olistici, interpretativi ed interattivi. La cultura dunque rappresenta la chiave unitaria di attribuzione di senso sia agli aspetti cosiddetti informali che a quelli formali dell'organizzazione reale. La cultura dunque non viene intesa come un ulteriore fattore di contingenza, come qualcosa che l'organizzazione *ha*, oltre ad altre cose, ma come qualcosa che l'organizzazione *è*<sup>53</sup>.

## ***5.2 La nozione di paradigma organizzativo***

Un'analisi dal punto di vista antropologico della cultura organizzativa non può prescindere dal prendere in considerazione la nozione di paradigma organizzativo così come è venuta a svilupparsi nell'ambito delle scienze sociali. Nell'ambito degli studi organizzativi è interessante vedere come la concezione di Kuhn sul mutamento paradigmatico sia stata applicata alla dinamica del mutamento organizzativo, operandone una riduzione di carattere soggettivistico nella quale, come mette in evidenza Carmagnola: *<<i>paradigmi diventano*

---

<sup>53</sup> L. Smircich, 1981.

*schemi di significato maneggevoli, mezzi per governare il mutamento che operano attraverso l'uso dei linguaggi e dei simboli, piuttosto che attraverso l'uso delle procedure e delle regole di azione pratiche all'insegna della tradizionale razionalità strumentale. Quello strumentale e quello simbolico diventano due paradigmi a loro volta contrapposti o complementari. Ne emerge una connotazione di relatività per tutti i sistemi di riferimento organizzativi. ... Nel campo della ricerca organizzativa si verifica uno sforzo in direzione della compatibilità e della integrazione pluralistica dei modelli. C'è convivenza piuttosto che mutua esclusione. All'idea del mutamento paradigmatico, come rivoluzione, si sostituisce così l'idea di un affiancamento, di una pluralità di modelli di riferimento conviventi. Troveremo l'espansione di questo atteggiamento nella recente nozione di post-moderno organizzativo>><sup>54</sup>.*

Un'altra riduzione del paradigma organizzativo che mette in evidenza degli aspetti della dinamica di costruzione sociale e culturale delle realtà organizzative è quella di *paradigma sociologico*, a proposito di tale nozione Morgan ne indica il carattere metaforico, “ovvero del dispositivo che condensa i processi simbolici intersoggettivi di attribuzione del senso ai fenomeni percepiti, in coerenza con la visione del mondo sottostante<sup>55</sup> (Morgan, 1980, pag. 606).

La ricostruzione del paradigma che fa Morgan offre una visione del mondo e dell'organizzazione pluralistica: ogni paradigma genera un gruppo di metafore coerenti, ciascuna delle quali non è che una visione unilaterale. Dunque una visione completa della realtà organizzativa può aver luogo solo nel gioco plurale e complementare dell'accostamento di più metafore, dal momento che nessuna di esse può catturare l'intera natura dell'organizzazione.

---

<sup>54</sup> F. Carmagnola, 1994, pp. 194, 195.

<sup>55</sup> G. Morgan, 1994, p. 606.

Sembra qui già inserirsi il discorso ricoeuriano sull'uso della metafora, che sarà poi ripreso nell'ambito dell'antropologia interpretativa da Geertz. Ma vediamo che anche nell'ambito degli studi sulla cultura organizzativa è stato definito un paradigma interpretativo. In esso è stata proposta una visione della metafora del mondo dell'organizzazione come *language game* o *text*. <<Infatti è solo attraverso di esso che si produce una visione della realtà sociale dell'organizzazione come il prodotto del continuo processo di interazione tra i suoi membri. ... La discussione sui paradigmi fa dunque emergere un'auto interpretazione in chiave ermeneutica, apre lo spazio per una visione dell'organizzazione come campo di azione dei simboli e dei linguaggi. Ne emerge una componente retorica che privilegia discipline legate tradizionalmente ad un diverso ambito di ricerca >><sup>56</sup>.

Possiamo brevemente delineare i contorni di questa visione dell'organizzazione: come la struttura sociale è prodotta continuamente in un processo di costruzione intersoggettiva, così la micro struttura organizzativa può essere pensata come costellazione o rete di ruoli che definiscono le regole. L'organizzazione non ridefinisce più oggettivamente dal punto di vista di un osservatore esterno, ma da quello del partecipante. Non ha esistenza al di fuori di questo gioco di costruzione sociale, *interplay* di situazioni locali <sup>57</sup>(

---

<sup>56</sup> B. A. Turner, 1990, p. 3.

<sup>57</sup> Cfr. J. Hassard, J. Pfeffer, P. Gagliardi. 2005.

### ***5.3 La prospettiva interpretativa nello studio della cultura organizzativa***

La “cultura organizzativa” è stata analizzata sia dal punto di vista dei suoi paradigmi organizzativi, sia da quello della realizzazione, formale e informale, a livello sintagmatico.

Se per alcuni autori, l'approccio interpretativo privilegia l'analisi della dimensione narrativa, d'altra parte potremmo notare che, nella costruzione di senso, la creatività sintagmatica attinge alle possibilità di operare prefigurata dagli schemi cognitivi offerti dai paradigmi organizzativi dell'istituzione o delle sottoculture ivi presenti che vi si sono formate, spesso in un ambito di comunicazione e relazione conflittuale.

Rilevante dal punto di vista dell'approccio interpretativo è l'opera della Czarniawska, per la quale però questa correlazione non sembra emergere. Essa focalizza l'attenzione sulla prospettiva del raccontare storie in quanto modalità di azione costitutiva delle reti organizzative, che costruisce tanto le strutture (le istituzioni) quanto gli attori (le identità). Per la studiosa, la narrazione è da considerare una metafora complessa dei fenomeni organizzativi, la cui funzione sarebbe, innanzitutto, quella di fornire immagini alternative di ciò che viene dato per scontato, le cose rispetto alle quali il dubbio viene sospeso.

Così la Czarniaswka conferisce al sapere narrativo un primato, contrapposto a quello paradigmatico o scientifico, esso consisterebbe da un lato nella sua capacità di tenere insieme, nella vita quotidiana dell'organizzazione, l'eccezionale e l'ordinario, il "potere" della narrazione è la sua indifferenza alla realtà extralinguistica, la negoziabilità del senso, del confine tra vero e falso, fatto e finzione.



Perciò la narrazione è una modalità capace di tollerare e accogliere la paradossalità della vita organizzativa, il conflitto e l'attrito come fonti di cambiamento e di innovazione: nuove reti d'azione vengono costruite attingendo a repertori già noti, routines consolidate, copioni antichi; l'identità istituzionale può consolidarsi attraverso nuove pratiche e nuove routines, retoriche non convenzionali.<sup>58</sup>

La Czarniawska mette in rilievo come la narrazione sia non solo nelle organizzazioni, ma anche sulle organizzazioni. Infatti, inserendosi nella corrente interpretativa e riflessiva mette anch'essa in rilievo come il ricercatore sia a sua volta narratore, che nell'interpretare costruisce mondi di senso. Così egli si muove tra due livelli, quello della narrazione dal campo e sul campo. In ciò emerge la necessità dell'esercizio e della pratica dell'autoriflessione da parte dell'osservatore.

Il materiale – spesso paradossale – che il ricercatore organizzativo si trova a dover interpretare, ricontestualizzando i testi del campo - tracce materiali di conversazioni – sembra lanciare, nella prospettiva del sapere narrativo, una sfida concreta all'autoriflessione, attraverso un'inchiesta sull'identità del ricercatore stesso come scrittore-costruttore di mondi e attore-autore di un campo organizzativo (la comunità accademica) istituzionalizzato.

Così l'adozione dell'approccio narrativo deve essere attuata con la consapevolezza di agire la costruzione di altri testi. Tale processo di ricostruzione del mondo del mondo di senso in effetti si rivela costruttivo di nuove narrazioni, quelle del ricercatore; la cui identità di narratore di storie, “scrittore semiotico” come lo definisce la

---

<sup>58</sup> B. Czarniawska, 2000 (1998), p. 231

Czarniawska, ovvero un attore che sta dentro e fuori, a metà strada tra un romanziere, un autore, e un critico letterario.

Il discorso antropologico si realizza nell'incontro con l'Altro, in un "far visita all'Altro", in una interpretazione che è traduzione culturale che si definisce nella costruzione di una nuova rappresentazione di un mondo di senso, di una nuova narrazione.

L'autoriflessione nel lavoro antropologico, per la Czarniawska, ha senso a cominciare dalla riflessione su come il campo è stato costruito, fino agli interrogativi sull'identità del ricercatore

#### ***5.4 Conflitto, “sottoculture” e paradigmi organizzativi***

Un altro aspetto fondamentale che è stato messo in rilievo negli studi sull'argomento è , come ben mette in evidenza Louis (1983b), come lo studio dell'organizzazione culturale sia strettamente legato allo studio del conflitto organizzativo. Dal suo punto di vista, indagare l'organizzazione culturale significa studiare i processi che trasformano le organizzazioni in sistemi politici dissimulati.

Egli, facendo riferimento alla metafora culturale, propone di considerare le organizzazioni come “ambienti portatori di cultura”. Quindi ha sollevato un altro problema: quante culture può contenere un'organizzazione? La sua risposta è: molte. Così propone di introdurre la definizione di “sottoculture”: “ci sono valide ragioni teoriche per aspettarsi di trovare nelle organizzazioni numerose sottoculture. Se desideriamo scoprire dove si localizzi l'azione culturale nella vita organizzativa, dovremmo spostare la nostra analisi al livello dei

sottogruppi. E' qui che la cultura viene scoperta, creata e usata, ed è rispetto a questo sfondo che gli individui giudicano l'organizzazione di cui fanno parte”.

Nell'ambito di un paradigma organizzativo Weick mette in rilievo come in esso si possa trovare lo spazio da cui emergono i conflitti e come le loro origini siano di carattere induttivo.

*<< Se le persone condividono una visione del mondo coerente e possono articolare tale visione e teoria del mondo in una maniera convincente [...] essa può essere dimostrata in numerosi casi e può condurre a conclusioni prevedibili o certe>>.<sup>59</sup>(*

L'importanza delle immagini e dei prototipi che vengono associati a un paradigma è sottolineata da Firestone (1990), [...] quando le persone “concordano” su un paradigma, è probabile che siano d'accordo sulla sua esistenza più che sulle sue regole o sulla sua forma razionalizzata. Come dice Fireston, *<<i paradigmi sembrerebbero analoghi più a culture che a sistemi filosofici>>* (1990, p.108). I prototipi associati ad un paradigma sono importanti in quanto diventano gli artefatti che simboleggiano la cultura (Cook, Yanow, 1993) e ne aiutano la trasmissione. Inoltre una collezione di artefatti può essere interpretata in maniere differenti, per cui è sempre possibile ricostituire il paradigma/cultura in una maniera leggermente diversa. Le possibilità di induzione a partire dai particolari tendono a non avere limiti. Queste differenze possono provocare i conflitti, che secondo Pfeffer sono determinati dal potere. Ma queste differenze possono anche innescare nuove interpretazioni che migliorano l'adattamento a un ambiente

---

<sup>59</sup> J. Pfeffer, 1981, p.124

mutato<sup>60</sup>. Secondo Firestone il paradigma si conserva nei prototipi ed è ricostruito a partire da questi artefatti. I prototipi spesso assumono la forma di aneddoti rappresentativi dai quali le persone inducono continuamente il significato di altri eventi. [...] ma possono anche implicare cornici grezze all'interno delle quali vengono ora rilevate e assumono significato caratteristiche dell'organizzazione precedentemente inosservate. Per Eisenberg potrebbe essere proprio l'esistenza di vuoti tra i prototipi di un paradigma a consentire la costruzione di un consenso intorno ad esso, in tal senso egli parla di *ambiguità strategica*. Essi infatti possono fornire quella elasticità che consente alle persone in disaccordo tra loro di mantenere la percezione del consenso. Infatti i disaccordi si focalizzerebbero sulle connessioni tra i prototipi, così il consenso permane e le persone agiscono insieme come se fossero unite da un paradigma ben sviluppato quando non sono sollecitate ad articolare le loro visioni individuali di queste connessioni<sup>61</sup>.

La cultura organizzativa è perciò intesa da Louis “come un’entità-ombra, sostenuta da sottoculture e definita come l’intersezione di differenti sistemi interpretativi subculturali. Se c’è una forte tendenza al raggruppamento e alla sovrapposizione, si può dire che le sottoculture fanno parte di una cultura organizzativa. Ma se l’area di intersezione è piccola, le caratteristiche di una cultura unitaria diventano deboli”.

Così, quando alcuni membri prendono a distinguersi dagli altri sulla base di paradigmi differenti. “nella differenziazione ideologica, sottoculture possono sorgere all’interno di sottoculture, quando i

---

<sup>60</sup>K. E. Weick, 1997, p. 130.

<sup>61</sup> K. E. Weick, 1997, p. 130.

membri sviluppano ideologie concorrenti riguardo, per esempio, alla natura del lavoro, alla scelta di tecniche appropriate, al corretto atteggiamento nei confronti degli altri, o al modo migliore di trattare particolari clienti”.

### ***5.5 Paradigmi organizzativi e senso comune.***

La metafora culturale nell’analisi della vita organizzativa, ne propone lo studio dei suoi specifici, storici, assunti di base incorporati nella tradizione e nel (proprio) “senso comune”. Così i luoghi di lavoro possono essere rivisti come comunità di vita, luoghi culturali definiti nell’ambito della produzione di orizzonti di senso di cui è possibile indagare le “saghe”, o “storie”, create all’interno delle organizzazioni con la stessa funzione cosmicizzante dei miti di fondazione, nel loro fondare per l’appunto un “cosmo” culturale all’interno del quale l’azione del processo lavorativo trova la possibilità di essere agita (cfr. De Martino).

Attraverso tale indagine, cercheremo di comprendere in che misura organizzazioni sostanzialmente diverse possano utilizzare strumenti culturali analoghi per rappresentare sé stesse. Attraverso le storie comuni, possono essere individuate nello specifico di tali realtà organizzative le caratteristiche di unicità che ciascuna realtà organizzativa imputa a sé stessa, in riferimento alla sua identità, ai suoi valori, alla forma di organizzazione che si dà e alle sue pratiche.

Nel *detto* culturale non formale, che può emergere dall’osservazione partecipante, dalle interviste, nel quotidiano lavoro di

ricerca, potranno essere rintracciate le tensioni derivanti dalle conflittualità emergenti tra esigenze organizzative e valori individuali, tra ruoli e competenze specifiche, disuguaglianze nei rapporti di potere.

L'idea di cultura organizzativa è qui ampliata, concepita al di fuori dei confini di singole entità giuridiche (enti locali, aziende sanitarie, società, associazioni), è vista come espressione di modalità di costruzione delle realtà sociali e di possibilità di agire la realtà secondo procedure ritenute adeguate (cfr. funzione rituale) mettendo in evidenza il contesto generale dell'organizzazione statale, le singole realtà organizzative presenti verranno viste non solo come entità a sé stanti, ma si cercherà di mettere in luce la rete di relazioni che viene a trovare definizione all'interno dell'organizzazione statale e del contesto sociale più ampio in cui operano. La funzione giuridica è qui vista dal punto di vista antropologico come strumento che definisce la norma: un agire proceduralmente corretto, per meglio dire rituale ed un agire proceduralmente non corretto, ovvero irrituale. Ciò ci porta ad analizzare le diverse dimensioni dell'organizzazione statale, dal globale al locale, e per quanto concerne l'elaborazione culturale del concetto di diritto alla salute e delle forme che sono previste per garantirla, dal livello comunitario, a quello nazionale, a quello locale, tenendo conto delle diverse soggettività presenti ai vari livelli e delle dinamiche di produzione culturale che vi si realizzano. In tal senso si fa riferimento all'idea di un'analisi antropologica multisituata.

Un lavoro di analisi a tutto campo su molteplici interferenze per il quale sembra qui utile fare riferimento all'orientamento multi-sited adottato da Miller, che per il suo approccio etnografico al capitalismo

indica l'esigenza di *moltiplicare i luoghi di osservazione e partecipazione che tagliano trasversalmente dicotomie come "locale" e "globale"*<sup>62</sup>.

Con ciò si intende decentrare l'indagine etnografica e assumere la molteplicità di piani e contesti discontinui fra loro interrelati, che in misura diversa incorporano il sistema e insieme ne sono incorporati.

## 6 L' "oggetto" della ricerca

Come ha avuto a dire James Clifford nella sua introduzione a *Scrivere le culture*<sup>63</sup>: «Le culture non sono "oggetti" scientifici, ammettendo pure che tali oggetti esistano, persino nelle scienze naturali. La cultura e il nostro modo di concepirla sono prodotti storici, e sono posti in discussione in modo attivo. (...) Se la "cultura" non è un oggetto da descrivere, non è neanche un corpus unificato di simboli e di significati suscettibile di un'interpretazione definitiva. La cultura è conflitto, è temporanea, è in continua trasformazione. La rappresentazione e la spiegazione – da parte dei nativi come degli stranieri – sono coinvolte in questo mutamento. La specificazione dei discorsi che ho tentato di delineare è, dunque, molto più che un invito a limitare con cura la portata delle proprie affermazioni: è invece una specificazione interamente storicista e autoriflessiva.»<sup>64</sup>

Così, facendo riferimento a Nader (1969), mette in evidenza come in gioco non ci sia solo la questione inerente l'impiego dei metodi dell'antropologia per studiare la propria realtà culturale o nuovi gruppi sociali. Con l'etnografia si riscopre l'alterità e la differenza nelle stesse

---

<sup>62</sup> Marcus, 1995, p. 95.

<sup>63</sup> J. Clifford, , 2001 (1986).

<sup>64</sup> J. Clifford, 2001 (1986), p. 47

culture occidentali. Così, come ha messo in evidenza anche Mazzoleni nel suo *Le ceneri del selvaggio*, nell'etnografia il rischio maggiore consiste nell'uso dell'*altro* ai fini di una autoedificazione culturale, ma, mentre per Mazzoleni tale uso strumentale dell'altro deve essere, almeno nell'ambito della sua proposta di una antropologia storica, criticizzato e, dunque, controllato metodologicamente; Clifford, riferendosi al pensiero di Greenblatt (1980), mette in evidenza come in ogni caso « ogni versione di un "altro", qualunque sia la sua origine, è anche la costruzione di un "sé", e la creazione di testi etnografici (...) ha sempre implicato un processo di "costruzione del sé". La poiesis – e la politica – culturale è la continua ricostituzione di sé e di altri attraverso esclusioni, convenzioni e pratiche discorsive specifiche »<sup>65</sup>.

Abbiamo già visto come tale questione venga tematizzata successivamente anche da Kilani<sup>66</sup>. Sempre nella direzione di un approccio storicista, Clifford sollecita una presa di coscienza della parzialità dell'interpretazione che sottostà all'opera di iscrizione culturale propria dell'etnografia «*La parzialità che ho qui sollecitato presuppone sempre il contesto storico locale: è una parzialità storicista diversa dalla "parzialità e fluidità" non situata con cui Rabinow caratterizza un po' rigidamente il "post-modernismo"*»<sup>67</sup>.

Questa ricerca si propone dunque di effettuare un'analisi antropologica della cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari e del suo mutamento in relazione alle dinamiche socio-culturali determinate dalla realtà del fenomeno migratorio in Italia, di incontro/scontro, di

---

<sup>65</sup> J. Clifford, 2001 (1986).pp. 52-53.

<sup>66</sup> M. Kilani, 1997 (1994).

<sup>67</sup> J. Clifford, 2001 (1986). P. 58, nota n.13,.



dialogo interculturale e degli effetti che esse hanno prodotto nell'ambito dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali e, più in generale, nell'ambito della normativa in materia.

Vediamo, ad esempio, come abbia trovato riconoscimento giuridico il “diritto alla salute” per chiunque si trovi sul territorio dello Stato italiano; ciò al di là delle distinzioni di status giuridico, come la “cittadinanza”, o della “regolarità” del soggiorno, ma anche come, con il cambiamento dei rapporti di potere tra i diversi ambiti sociali che caratterizzano la popolazione italiana e la rappresentanza politica che li esprime, sia ora possibile che siano create delle condizioni nuove per la messa in discussione di tale fondamentale diritto; con tutto il corollario di conseguenze a livello di ricadute sociali, sanitarie e di riorganizzazione dei servizi socio-sanitari, con la possibile creazione di vere e proprie organizzazioni parallele clandestine.

Vedremo meglio proprio su questo caso attuale come si intersechino i differenti ambiti di espressione socio-culturale: tra soggetti politico-istituzionali, della sanità pubblica, del terzo settore e dei media.

La definizione ed il riconoscimento del “diritto alla salute” ha comportato storicamente la significativa distinzione di un ambito dell'organizzazione sociale connesso a tale contesto di riferimento valoriale e la produzione di una specifica “cultura dei servizi socio-sanitari”, che oggi si esprime nell'ambito di diverse realtà operative, come le ASL con i loro Distretti Sanitari e le loro strutture territoriali, le regioni, le province e i Municipi e le strutture territoriali delle organizzazioni e delle associazioni del volontariato e del privato sociale

presenti nel loro territorio. Tale cultura si viene a definire declinandosi sia all'interno di ciascuna di esse, in delle specifiche culture organizzative, sia, attraverso l'interazione e la mediazione tra esse, definendosi un più ampio ambito culturale. Ciò confrontandosi su un piano, politico, sociale ed istituzionale sovrastante le realtà dei singoli servizi, sintetizzando così nuovi paradigmi di cultura organizzativa.

Il quadro normativo viene qui analizzato da un punto di vista antropologico, in quanto rappresenta il riconoscimento, a livello giuridico, delle identità istituzionali, politiche, sociali e organizzative presenti e degli schemi di azione possibili, con la determinazione di ciò che si può ed è auspicabile fare (rituale) e ciò che non deve essere fatto (irrituale) tra loro e all'interno di esse.

### ***6.1 Il quadro normativo come “fatto” culturale. Interazione tra comunicazione formale e comunicazione informale.***

Così per poter analizzare lo specifico culturale posto dalla richiesta sanitaria propria del variegato panorama costituito dall'utenza immigrata e dalle risposte socio-culturali che sono state poste in atto, è necessario far riferimento, attraverso un primo approfondimento, al contesto generale della cultura dei servizi socio-sanitari e dell'organizzazione “sociale” che la esprime, in particolare in riferimento alla definizione del quadro normativo. Va inoltre considerato come, di fatto, la normativa in materia sia il risultato, sempre in divenire, di dinamiche di confronto e relazione tra le parti – istituzioni politiche, soggetti pubblici, del terzo settore e rappresentanti

delle comunità di stranieri – finalizzate alla negoziazione delle istanze derivanti dagli interessi di ciascuno; il risultato a livello normativo dipende, quindi, dalla capacità delle istituzioni di trovarne una sintesi adeguata.

Tale rapporto tra cittadinanza e *governance* è caratterizzato da una prassi di democrazia partecipativa frutto di una vera e propria rivoluzione culturale che ha visto - con l'elaborazione e la promozione del principio di sussidiarietà orizzontale a livello istituzionale, nazionale e comunitario da parte di organizzazioni nate in seno alla società civile, come le associazioni di volontariato, del privato sociale e le ONG – l'affermazione di un profondo cambiamento dell'organizzazione della gestione dei poteri e delle competenze per la definizione concertata e la partecipazione all'attuazione delle politiche sociali e sanitarie.

Tale trasformazione implica, ma ne è anche il risultato negoziale, la ridefinizione dei modelli di comunicazione istituzionale, sia all'interno della cultura organizzativa di ciascun soggetto coinvolto, sia a livello più ampio della cultura organizzativa all'interno della quale trova senso la comunicazione interistituzionale. Per quanto concerne l'analisi antropologica, come ha messo in evidenza Malighetti, <<*Il tropo della "cultura organizzativa", invitando a considerare le imprese come sistemi culturali, risiede nella sua capacità di dirigere i ricercatori verso alcuni interstizi delle teorie organizzative. In contrasto al formalismo dei modelli tecnico-razionali, analizza la struttura informale dell'impresa, le divergenze tra contenuti latenti e manifesti, tra norme dichiarate e norme operanti, tra comportamenti e valori*>><sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> R. Malighetti, 1994, 137.

L'antropologia considera dunque le istituzioni produttive dotate di culture specifiche, nell'ambito delle quali la comunicazione può essere analizzata come il prodotto della forma organizzativa e delle quali possono essere indagati <<*i sistemi di significato intersoggettivi socialmente costruiti attraverso assunti di base impliciti, storie mitiche, asserzioni metaforiche e modelli di azione*>><sup>69</sup>, ciò in una prospettiva ermeneutica in cui l'azienda è vista come <<*la struttura formalizzata della rete comunicazionale, un'entità metacomunicativa espressiva e simbolica la cui consistenza come unità tecnico produttiva e formale coincide con la fluidità del circuito comunicazionale*>><sup>70</sup>.

Se per Malighetti <<*L'ordine del mondo sociale è fondato su reti di relazioni simboliche precarie, socialmente costruite, continuamente negoziate e rinegoziate, affermate e cambiate attraverso la comunicazione*>><sup>71</sup>, dal nostro punto di vista potremmo, seguendo la distinzione tra comunicazione formale ed informale, vedere la produzione normativa come una definizione, sempre soggetta a ridefinizione corrispondenti ai cambiamenti della realtà sociale e istituzionale, di una sorta di “canovaccio” - risultato della negoziazione tra diversi paradigmi interpretativi – dei soggetti giuridicamente riconosciuti, dei ruoli e delle azioni e possibili in ciascun campo della vita organizzativa a livello locale, statale e comunitario. In riferimento ad essa è interessante vedere come tale “canovaccio”, nello specifico, viene poi tradotto a livello di interpretazione e comportamento significativo, anche attraverso la comunicazione informale, a livello delle singole realtà organizzative e dei soggetti che vi operano.

---

<sup>69</sup> R. Malighetti, 1994, 137.

<sup>70</sup> R. Malighetti, 1994, 137.

<sup>71</sup> R. Malighetti, 1994, p. 138

Per entrare nello specifico del contesto storico-culturale della presente ricerca in merito alle reali dinamiche socio-culturali che hanno condizionato e condizionano l'attività normativa in materia è interessante riportare quanto affermato da Salvatore Geraci:

*<<Dal 1996, l'Area sanitaria della Caritas romana ha raccolto e monitorato gli atti regionali in questo specifico ambito (Osservatorio per le politiche sanitarie locali per immigrati e zingari). Sono state analizzate e confrontate oltre tutte le normative nazionali sull'immigrazione e per la tutela della salute per questi "nuovi cittadini", 20 leggi regionali (3 sono state abrogate più 3 proposte), 1 legge provinciale ed 1 progetto di legge provinciale sull'immigrazione, 12 modifiche, 37 altre leggi regionali collegate, 90 delibere regionali, 9 delibere di Giunta provinciale, 69 circolari e note regionali e 2 provinciali con specifica attenzione circa gli aspetti sanitari, 56 progetti specifici, 18 piani sanitari regionali e 2 bozze di piano, 1 decreto regionale dell'assessorato alla sanità<sup>72</sup>.*

Risulta evidente come una tale molteplice realtà e frammentazione normativa dipenda da interpretazioni locali del problema posto dalla realtà del fenomeno migratorio; si tratta evidentemente di sintesi che sono state localmente elaborate o meno (laddove non vi è stata un riconoscimento della necessità di definire una norma specifica in materia) rispondenti alle dinamiche socio-culturali che si sono venute a esplicitare a livello delle singole realtà locali.

---

<sup>72</sup> S. Geraci, B. Martinelli, 2002.

## 7 Il contesto di elaborazione culturale del principio del “diritto alla salute” e della sua “universalità” e necessità di “globalizzazione”

Abbiamo visto come la definizione ed il riconoscimento del “diritto alla salute” abbia comportato storicamente la significativa distinzione di un ambito dell’organizzazione sociale connesso a tale contesto di riferimento valoriale e la produzione di una specifica “cultura dei servizi socio-sanitari”.

D’altronde anche la contrapposizione dialettica “salute/malattia” ha senso nell’ambito storico-culturale che l’ha prodotta e, quindi, è soggetta a evolversi in nuove rielaborazioni culturali.

Per quanto riguarda la “salute”, possiamo vedere che da un punto di vista culturale l’OMS, dopo averne in passato definito il concetto come “... *uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia e infermità*”, ha proposto di concentrarsi sui determinanti sociali che la producono. Le cause socio-economiche che li definiscono sono oggetto di studi, promossi anche dalle istituzioni, sia a livello europeo che internazionale, al fine dell’orientamento delle proprie politiche di *governance*. In tale ambito, sono particolarmente attive e produttive le realtà del terzo settore, volontariato e privato sociale, che negli ultimi anni hanno dato un contributo determinante alla definizione sia dei temi e dei problemi, e dunque in ambito di proposizione legislativa, sia all’attuazione delle politiche socio-sanitarie. A tale ambito della cultura organizzativa sociale, collegata a quel “movimentismo” che si è via, via andatosi a costituire al

fine di elaborare nuovi modelli di globalizzazione, è da riferire l'elaborazione culturale della "globalizzazione del diritto alla salute". Tale elaborazione prevede la connessione di due valori/prodotti culturali: "il diritto alla salute" come "diritto umano" da che ne consegue la sua "universalità", dunque la sua estensione a livello globale. Tale proposizione implica una concezione dell'attuale sistema di relazioni economiche e sociali internazionale fortemente critico al quale viene opposta l'affermazione di "diritti umani" e "civili" legati all'affermazione di nuovi equilibri economici e sociali. Al di là dei possibili approfondimenti critici, in particolare nell'ambito dell'antropologia storica e di quella interpretativa, sulla categoria di "diritto", come quelle sulla categoria "salute", proprie dell'ambito dell'etnoatria e della medicina transculturale, mi sembra utile proporre qui la definizione del "diritto alla salute" nell'ambito del quadro legislativo internazionale, attraverso una sintesi elaborata nel *Rapporto supplementare delle ONG del 2004 - Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*<sup>73</sup>:

*Il diritto alla salute rappresenta un obbligo legale internazionale degli Stati a promuovere e tutelare la salute delle proprie popolazioni.*

*L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto il diritto alla salute in vari momenti, che si possono far risalire al 1977, quando l'Assemblea dell'OMS invitò gli Stati Membri a perseguire le politiche della "Salute per tutti"*

*L'OMS, nel testo del suo atto costitutivo afferma: "il godimento del miglior stato di salute raggiungibile costituisce uno dei*

---

<sup>73</sup> Documento tratto dal sito del *Comitato per la promozione e la protezione dei diritti umani*.

*diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, opinioni politiche, condizione economica o sociale”.*

*Per quel che riguarda la salute, la Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, è più sfumata rispetto al Trattato istitutivo dell’OMS (art.25).*

*La Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo infatti non garantisce un diritto alla salute “per se”, ma un diritto alla salute connesso al diritto ad un adeguato standard di vita. A tutt’oggi, un solo strumento internazionale sui diritti dell’uomo, il Protocollo di San Salvador del 1988, adottato durante la Convenzione Americana sui diritti dell’uomo nel quadro dei diritti economici, sociali e culturali proclama realmente un “diritto alla salute”, sempre che quest’espressione sia interpretata nell’articolo pertinente a significare "il possesso del più alto grado di salute fisica e mentale e di benessere sociale" (art.10).*

*Esistono attualmente numerosi strumenti internazionali attinenti ai diritti dell’uomo che si riferiscono alla salute e ai problemi ad essa correlati. I più importanti sono:*

- *la Carta delle Nazioni Unite (NU), firmata il 26 giugno 1945, a San Francisco, al termine della Conferenza delle NU sull’organizzazione internazionale ed entrata in vigore dal 24 ottobre 1945;*
- *la Convenzione sulla Eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale del 1965 (artt. 4 e 5);*
- *il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966 (artt. 10,11,12)*



- *la Convenzione sulla Eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne del 1979, entrata in vigore il 3 settembre 1981, (Parte III, art. 10h; art.11 co.2-f; art.14 co.2-b);*
- *la Dichiarazione di Alma Ata (Conferenza internazionale sulla assistenza sanitaria,1978);*
- *la Carta di Ottawa per la promozione della salute del 1986 (I Conferenza internazionale per la promozione della salute, di Ottawa);*
- *la Convenzione sui Diritti dell'infanzia, approvata dalla XX Assemblea Generale delle NU il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con legge n.176/1991, depositata alle NU il 5 settembre 1991 (Parte I, artt. 6, 23, 24, 25, 26, 31, 33, 39);*
- *la Dichiarazione di Copenhagen (Conferenza Europea sulle politiche sanitarie: opportunità per il futuro, Copenhagen, Danimarca, dicembre 1994);*
- *la Carta di Lubiana sulle riforme della sanità (Conferenza Europea dell'OMS, luglio 1996);*
- *la Dichiarazione di Jakarta sulla guida della promozione della salute nel XXI secolo (IV Conferenza internazionale sulla promozione della salute – Nuovi giocatori per una nuova era: guidando la promozione della salute nel XXI secolo, Jakarta 1997);*
- *il diritto al più alto standard di salute raggiungibile: 11/08/2000, E/C.12/2000/4. (Commenti generali);*

- *vari strumenti regionali sui diritti umani che anche riconoscono il diritto alla salute, come la Carta Sociale Europea del 1961 nella forma revisionata (art.11), la Carta Africana sui diritti umani e delle genti del 1981 (art. 16)*<sup>26</sup>.

Similarmente, il “diritto alla salute” è riaffermato dalla Commissione sui diritti umani, dalla Dichiarazione di Vienna e dal suo Programma di Azione del 1993 e da altri strumenti internazionali. Importante a tale riguardo la *Dichiarazione di Alma Ata sull’Assistenza Sanitaria Primaria, adottata alla Conferenza Internazionale, tenutasi il 6-12 settembre 1978 nella omonima località nell’allora URSS.*

La Conferenza Internazionale, espressa la necessità di un'azione urgente dei governi, della comunità internazionale e di tutti coloro che lavorano per la salute e lo sviluppo per proteggere e promuovere la salute di ogni uomo, formulò la seguente Dichiarazione in dieci punti:

1. *La Conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario.*
2. *L'enorme disparità esistente nello stato di salute delle persone, in modo particolare tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo anche all'interno delle nazioni, è inaccettabile dal punto di vista politico, economico, sociale e rappresenta una preoccupazione comune a tutti i paesi.*
3. *Lo sviluppo economico e sociale, basato su un Nuovo Ordine Economico Internazionale, è di importanza fondamentale per raggiungere appieno la salute per tutti e per ridurre il divario tra lo stato di salute dei paesi in via di sviluppo e quello dei paesi sviluppati. La promozione e la tutela della salute delle persone*

*è indispensabile per un intenso sviluppo economico e sociale e contribuisce a una miglior qualità della vita e alla pace mondiale.*

- 4. Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno.*
- 5. I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali. Nei prossimi decenni un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato dentro la cornice dello sviluppo in uno spirito di giustizia sociale.*
- 6. L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.*

*“L'assistenza sanitaria primaria:*

- 7. riflette e si sviluppa dalle condizioni economiche e dalle caratteristiche socioculturali e politiche di un paese e delle sue comunità; essa si fonda sull'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale, biomedica e nei servizi sanitari e sull'esperienza maturata in sanità pubblica;*
  - affronta i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione;*
  - comprende almeno: l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un sistema di approvvigionamento alimentare e di una corretta alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua sicura e il miglioramento delle condizioni igieniche*

*fondamentali; l'assistenza sanitaria materna e infantile, compresa la pianificazione familiare; l'immunizzazione contro le principali malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche locali; un appropriato trattamento delle malattie e delle lesioni più comuni; la fornitura dei farmaci essenziali;*

- *coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e della comunità che sono collegati, in particolare l'agricoltura, la zootecnia, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione, l'edilizia, i lavori pubblici, le comunicazioni e altri settori; inoltre necessita del coordinamento delle attività tra tutti questi settori;*
  - *richiede e promuove al massimo l'autonomia dell'individuo e della comunità e la partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria stessa, usando appieno le risorse locali, nazionali e le altre disponibili; per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare;*
  - *dovrebbe essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco che portano a un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per tutti e danno priorità a coloro che sono maggiormente nel bisogno;*
  - *a livello locale e ai livelli di riferimento l'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, le ostetriche, il personale ausiliario e gli operatori di comunità, come pure dalle figure professionali tradizionali quando necessario: essi devono essere adeguatamente preparati, dal punto di vista sociale e tecnico, a lavorare come una squadra per la salute e a rispondere ai bisogni di salute espressi della comunità.*
8. *Tutti i governi dovrebbero formulare a livello nazionale politiche, strategie e piani d'azione per diffondere e sostenere l'assistenza sanitaria primaria come parte dell'intero sistema sanitario nazionale e in modo coordinato con gli altri settori. A questo scopo, sarà necessario esercitare una volontà politica, mobilitare le risorse del paese e usare razionalmente le risorse esterne disponibili.*
9. *Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l'assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutti le altre nazioni. In questo contesto il rapporto congiunto sull'assistenza sanitaria primaria curato dall'OMS e dall'UNICEF costituisce una solida base per lo sviluppo e le attività ulteriori dell'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo.*

10. *Un accettabile livello di salute per tutte le persone del mondo può essere raggiunto entro l'anno 2000 grazie a un migliore e più completo uso delle risorse mondiali, una parte considerevole delle quali è oggi destinata agli armamenti e ai conflitti militari. Un'autentica politica di indipendenza, di pace, di distensione e di disarmo potrebbe e dovrebbe liberare risorse aggiuntive che potrebbero essere ben destinate a scopi pacifici e in particolare all'accelerazione dello sviluppo sociale ed economico: all'assistenza sanitaria primaria, come parte essenziale di tale sviluppo, dovrebbe essere assegnata una quota adeguata delle risorse rese disponibili.*

## **7.1 Conclusioni**

*La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria richiede un'urgente ed efficace azione nazionale e internazionale per sviluppare e implementare l'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo e in particolare nei paesi in via di sviluppo, secondo uno spirito di cooperazione tecnica e in accordo con un nuovo ordine economico internazionale. La Conferenza esorta i governi, l'OMS, l'UNICEF e le altre organizzazioni internazionali, le agenzie multilaterali o bilaterali, le organizzazioni non governative, le agenzie di finanziamento, tutti gli operatori sanitari e l'intera comunità mondiale a supportare l'impegno nazionale e internazionale a favore dell'assistenza sanitaria primaria e a dedicarle un crescente supporto tecnico e finanziario, particolarmente nei paesi in via di sviluppo. La Conferenza si appella a tutti gli organismi appena citati perché collaborino a introdurre, sviluppare e mantenere l'assistenza sanitaria primaria in maniera coerente con lo spirito e il contenuto di questa Dichiarazione.*

Questo breve accenno alla storia del concetto di “diritto alla salute” dal punto di vista della sua elaborazione e riconoscimento a livello internazionale ha senso nel quadro di una prospettiva di analisi *glocale*, che permetta di riconnettere il *globale* al *locale*, che renda conto di come la globalizzazione – per usare un concetto più esteso - si “localizzi”, individuando la specificità culturale di un contesto storico locale particolare.

## ***7.2 L'affermazione del “diritto alla salute” come “diritto umano” in Italia***

Abbiamo visto della distanza che intercorre tra il riconoscimento dei diritti umani fondamentali ed il riconoscimento di tali diritti a coloro che siano esclusi dai diritti di “cittadinanza”, per cui tale categoria si realizza di fatto come elemento di esclusione sociale e di negazione di tali diritti. L'allargamento del diritto alla salute agli stranieri presenti in Italia clandestinamente è avvenuto a seguito di un lungo percorso iniziato tra la fine degli anni '70 e la metà degli anni '80.

Salvatore Geraci, responsabile, dell' Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma, sottolinea come l'impegno e l'attività, anche di lobby, di un <<*Volontariato specifico, quello sanitario rivolto agli immigrati clandestini, colmando un vuoto istituzionale, abbia fatto emergere un diritto che – in linea con la “Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo” del 1948 – consideriamo primario, fondamentale, dell'individuo, e abbia permesso di “sdoganarlo”. Tale processo, cui abbiamo avuto la fortuna di partecipare in modo diretto, può essere assunto come paradigmatico della “storia naturale del Volontariato”, in quanto caratterizzato da una fase iniziale di risposta pronta e concreta ad un bisogno (anni Ottanta), da una successiva fase di analisi approfondita di quel bisogno e dei macro- e micro-mechanismi che lo generano, per poi attivare un'azione di promozione della persona (attraverso un notevole lavoro di rete) e infine tradurre il bisogno in “vertenza” politica non solo di denuncia (fine anni Ottanta, inizio anni Novanta), ma anche di proposta in misure politicamente accettabili e percorribili. Proprio nell'ambito sanitario per gli immigrati, il Volontariato laico e confessionale ci sembra aver*

*coniugato l'essenza propria dell'essere volontari e forse, con formule innovative, potrà tracciare nuove strade di partecipazione per futuri scenari>>. <sup>74</sup>*

In effetti, un'analisi delle dinamiche sociali e culturali proprie dell'ultimo trentennio, fa emergere con chiarezza un nuovo modo di relazione tra società civile e Stato. Le radici di questo rinnovamento possono essere ricercate nella grande fucina culturale che negli anni '60 ha introdotto con forza nuovi temi come, in ambito cattolico, un rinnovato ruolo di impegno dei laici nella società e l'ecumenismo (Concilio Vaticano II); mentre nel più ampio contesto della società civile si preparava la rimessa in discussione del mondo valoriale degli anni '50, dei rapporti tra generi e generazioni, tra le "classi sociali", tra poteri dello Stato e cittadini. In tale clima culturale, la sinistra italiana ha prodotto anch'essa - con l'impegno per la lotta sui diritti dei lavoratori, delle donne e, in definitiva (misconoscendo la realtà storica dei totalitarismi socialisti e comunisti), dei diritti civili - un vitalissimo associazionismo che ha trovato delle convergenze ideali, come la promozione sociale e dei diritti umani, con l'associazionismo cattolico. Tali esperienze possono essere ritenute alla base del volontariato laico e confessionale, del processo di affermazione della democrazia partecipativa e del principio di sussidiarietà che hanno caratterizzato il successivo trentennio fino ad oggi.

---

<sup>74</sup>S. Geraci, 2006.

### ***7.3 Un'analisi antropologica della cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari in Italia. Prospettive e metodo.***

Nell'analisi antropologica della cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari italiani, in particolare in riferimento ai mutamenti intervenuti nel corso degli ultimi tre decenni in cui l'Italia - nell'ambito delle dinamiche geopolitiche che producono il fenomeno della "globalizzazione" economica - da paese di emigranti si è via, via affermata come paese di immigrazione, si possono individuare gli effetti dovuti sia alla presenza di utenti e di associazioni di immigrati, sia quelli determinati dall'inserimento lavorativo di operatori immigrati. Tale analisi ha avuto l'obiettivo di gettare un po' di luce, sulle dinamiche di mutamento e riorganizzazione interne alla cultura dei servizi socio-sanitari come sui più generali processi culturali, messi in atto da tutti gli attori sociali in causa nel contatto socio-culturale, di reinvenzione degli orizzonti di senso; ossia di ridefinizione di orizzonti culturali di operabilità della nuova comunità, vivibili e comunicabili e su come essi, attraverso forme di negoziazione specifiche, abbiano trovato o meno riconoscimento giuridico nella normativa in materia.

Si è tentato di mettere in luce le specificità e l'evoluzione dei *saperi situati*<sup>75</sup> in vista della ridefinizione di ambiti di *domesticità utilizzabile* - secondo il noto concetto demartiniano - nei quali si realizza concretamente a livello delle strutture dei servizi socio-sanitari individuati nella ricerca sul campo.

---

<sup>75</sup> P. Gagliardi, 1995.



Nell'ambito dell'antropologia della contemporaneità, in cui si è decostruita la visione essenzialistica di cultura, il concetto di "domesticità utilizzabile" mi pare torni ad essere particolarmente utile per l'analisi delle dinamiche socio-culturali proprie del fenomeno migratorio. Ciò sia dal punto di vista del migrante, nella sua "apocalisse" individuale, sociale e culturale, sia da quello dei soggetti presenti nel contesto sociale e culturale luogo di immigrazione, i quali tutti, in misura e grado diverso, si trovano a dover ricostituire un proprio orizzonte di senso all'interno del quale ridefinire culturalmente dei "luoghi" di "domesticità utilizzabile". In riferimento alla cultura dei servizi socio-sanitari, oggetto della presente ricerca, nell'ambito di tali dinamiche socio-culturali attraverso tale concetto mi pare possa essere analizzato il processo di definizione e ridefinizione continua di quel sapere "situato" proprio della cultura organizzativa. Ciò riguardo ai mutamenti che si sono prodotti e continuano a prodursi in riferimento alla presenza, da una parte, di utenza immigrata, dell'altra di operatori socio-sanitari immigrati.

#### ***7.4 Il contesto socio-culturale di definizione dell' "oggetto" di ricerca.***

Ciò mi sembrato utile premettere al fine di evidenziare la necessità di riflettere sulla definizione dell'oggetto d'indagine e dei limiti delle possibilità euristiche, connessi al condizionamento socio-culturale, e della parzialità inevitabile di ogni risultato della ricerca antropologica in generale, come di questa in particolare.

L' 'oggetto' di ricerca, qui individuato nella "cultura dei servizi socio-sanitari", è stato di fatto definito a partire dal condizionamento del contesto socio-culturale di elaborazione teorica che indirizza l'interesse culturale del ricercatore – per il quale è significativa la distinzione di un ambito dell'organizzazione sociale connesso ad un contesto di riferimento valoriale nel quale è riconosciuto culturalmente un "diritto alla salute".

Nell'analisi delle dinamiche socio-culturali che vi si esprimono, sono stati qui individuati alcuni "focus" di ricerca, tra i quali, il contesto operativo dei servizi di "mediazione culturale" nelle elaborazioni particolari proprie di alcuni contesti sociali e istituzionali specifici. Tale scelta trova una sua motivazione nella funzione strategica che essa svolge come strumento culturale orientato al superamento delle criticità che caratterizzano le attuali dinamiche d'interazione tra i diversi soggetti che compongono la complessa trama sociale delle società contemporanee, nelle quali, in ciascun contesto locale, gli individui (riprendendo la nota immagine di Weber) si trovano sospesi in reti di significati che li pongono all'interno di un orizzonte semantico che si definisce in relazioni di dislocazione, in riferimento alle quali ridefiniscono dinamicamente la propria identità e le loro strategie di relazione.

Dunque, lo studio dei contesti operativi in cui si svolge l'attività di mediazione culturale ci offre l'occasione per ampliare l'analisi alle dinamiche di interazione e alle pratiche sociali proprie del più ampio contesto sociale locale che vi ruota intorno. Infatti, partendo dalla realtà del sistema di reti di tutela dei diritti e promozione della salute, dell'inserimento lavorativo dei cittadini immigrati, si ha un punto di vista

privilegiato, in quanto tali realtà rappresentano il punto catalizzatore delle criticità e conflittualità proprie dei rapporti tra gruppi sociali appartenenti alla società di accoglienza e gruppi sociali immigrati, permettendone di ricostruire la realtà degli *spazi sociali* (Condominas) e delle soggettività che vi sono presenti.

Ciò ha avuto il fine di accostarsi ad una comprensione dei contenuti dell'interazione sociale e culturale che ne condizionano le pratiche sociali e di come esse concretamente si inseriscano in un ambito di multipolarità territoriale (Callari Galli, Foucault), ossia come tale realtà locale si inserisca nello spazio multilocale dei fenomeni globali che sono alla base dei nomadismi contemporanei e come ciò influisca sui processi di definizione identitaria sia dal punto di vista delle dinamiche scatenate dai processi di ri-territorializzazione (Inda e Rosaldo) locali, che inducono ad una ridefinizione dei luoghi da parte degli stessi gruppi sociali del contesto di accoglienza, obbligati essi stessi a ad una sorta di de/ri-territorializzazione. E' all'interno di questo nuovo spazio, che Foucault descrive come una *rete che incrocia dei punti e intreccia la sua matassa*, che si può tentare di afferrare come si concretizzi storicamente il fenomeno della *localizzazione della globalità* (Robertson).

Così, sono stati individuati dei *luoghi* per la ricerca sul campo col fine di approfondire l'analisi di alcuni ambiti della organizzazione dei servizi socio-sanitari dove l'inserimento lavorativo di personale immigrato può gettare luce, oltre che sulle dinamiche di mutamento e riorganizzazione interne alla cultura dei servizi socio-sanitari, ai più generali processi culturali messi in atti da tutti gli attori sociali in causa nel contatto (incontro-scontro) socio-culturale, di reinvenzione degli

orizzonti di senso nell'ambito dei quali ricreare ambiti di *domesticità utilizzabile* (De Martino), ossia di ridefinizione di orizzonti culturali di operabilità della nuova comunità, vivibili e comunicabili.

## 8 Il campo di indagine.

Nella fase preliminare della ricerca il primo problema che si è posto è stato la definizione del “campo” di indagine in quanto, come ha ben sottolineato Augé, la costruzione concreta e simbolica dello *spazio* è una operazione culturale, e *non deve sorprendere se l'etnologo è tentato di effettuare il percorso, dallo spazio al sociale, come se il primo abbia prodotto il secondo una volta per tutte .... E' proprio perché ogni antropologia è antropologia dell'antropologia degli altri, il luogo antropologico è simultaneamente principio di senso per coloro che l'abitano e principio di intelligibilità per colui che l'osserva*<sup>76</sup>. Augé, rilevando il *carattere intrinsecamente problematico e la complessità di una trama sociale e di posizioni individuali che non si lasciano mai dedurre dal testo culturale*<sup>77</sup> ha sollecitato un cambiamento di prospettiva d'indagine per cui, abbandonata la concezione essenzialistica della cultura, il punto di vista etnologico si dovrà concentrare sugli individui *<<sforzandosi di capire se e in che cosa le loro relazioni costituiscono un sistema, per cui sull'orizzonte di queste ricerche dovrebbero comparire le nuove frontiere delle identità collettive>>*<sup>78</sup>

Se la definizione delle identità culturali, individuali e collettive, è il risultato di processi dinamici che si costruiscono attraverso le pratiche

---

<sup>76</sup> M. Augé, 1993 (1992), p. 51.

<sup>77</sup> M. Augé, 1993 (1992), p. 50.

<sup>78</sup> M. Augé, 1995 (1994), p.46.

dei contatti culturali<sup>79</sup>, abbiamo tentato qui di ricostruirne, sia pur parzialmente le trame delle relazioni e del discorso culturale in atto tra i soggetti che operano nell'ambito dei servizi socio-sanitari romani, con particolare riferimento alle esigenze poste dalla realtà dell'immigrazione in Italia.

L'estrema complessità e ampiezza della realtà dei servizi socio-sanitari romani dal nostro punto di vista può essere utilmente indagata attraverso un approccio *multi situato* in grado di gettare luce, attraverso l'analisi di micro-contesti locali, sulla più ampia realtà sociale e culturale in cui dinamicamente si inseriscono.

Ciò partendo dalle realtà che nel corso della fase preliminare della ricerca sono emerse essere tra le più rappresentative che vi operano, indagate non come soggetti a sé stanti, una sorta di monadi, ma con l'intento di ricostruirne la trama di relazioni formali ed informali con gli altri soggetti presenti sul territorio del comune di Roma, per comprendere come, in relazione al territorio ed alle risorse ivi presenti, si realizzi la loro opera. Sono stati quindi presi in considerazione soggetti istituzionali, del servizio sanitario nazionale come del volontariato e privato sociale, nonché le associazioni costituite da operatori immigrati che operano a Roma. Città che, in riferimento alle dinamiche di interazione, di contrapposizione e di dialogo che vi si realizzano, offre un campo privilegiato di studio e di intervento proprio a causa delle sue differenti componenti socio-culturali ed "etiche" e dove il confronto, l'incontro e lo scontro tra differenti orizzonti di senso si esprime quotidianamente anche in relazione alla perdita e al recupero della salute.

---

<sup>79</sup> M. Callari Galli, 2003.

Si è poi voluto porre una particolare attenzione alle particolari espressioni del lavoro di rete e alle differenti realtà della mediazione culturale, in quanto essi offrono la possibilità di analizzare le dinamiche interculturali proprie di esperienze legate ad una particolare realtà socio-culturale che si è storicamente determinata in funzione ed in risposta ai problemi posti dalla immigrazione e più in generale dalla richiesta di assistenza socio-sanitaria delle fasce sociali più deboli e marginali..

La ricerca sul campo ha avuto luogo nell'ambito di specifici contesti micro-locali, dalla cui prospettiva si è tentato di attingere ad una comprensione della più ampia realtà del contesto socio-culturale dei servizi in cui è tali realtà sono presenti e agiscono anche in relazione ai percorsi organizzativi in cui si inseriscono. Partendo dal variegato panorama offerto dalle differenti pratiche e prospettive elaborate, sono state analizzate le forme ed i sensi che esse assumono all'interno di tali esperienze particolari, senza però che esse siano concepite come isolate espressioni di ambienti a sé stanti, ma anzi come il punto di partenza prospettico per la ricognizione e l'analisi della rete di relazioni all'interno delle quali tali realtà si strutturano e operano.

### ***8.1 Focus della ricerca***

Nello studio del mutamento dei paradigmi organizzativi della cultura dei servizi socio-sanitari in riferimento al fenomeno dell'immigrazione, attraverso la ricostruzione delle loro reti di relazioni e delle categorie emergenti nei contenuti discorsivi al livello di creazione

degli orizzonti di senso, di valori, all'interno dei quali trova senso il loro agire, sono stati ipotizzati alcuni *focus* di ricerca e una interrelazione tra essi:

- Il ruolo avuto dal volontariato e dal privato sociale ne:
  - trasformazione del rapporto tra cittadinanza e istituzioni da una logica di *Government* a quella di *Governance* e quindi, del quadro normativo in materia;
  - la promozione dei diritti dei migranti che si è attuato in attività di *advocacy* a livello istituzionale.
  - Il cambiamento dei paradigmi organizzativi dei servizi socio-sanitari a seguito delle prime esperienze di lavoro di rete che hanno costituito le basi di una prassi che si è andata via, via consolidando. Il ruolo che in tale mutamento culturale ha avuto l'elaborazione del concetto di "integrazione socio-sanitaria" sia come risultato del coinvolgimento di soggetti del volontariato e del privato sociale, sia come risposta all'obiettivo di umanizzazione dei servizi; concezione che vede nei bisogni del singolo utente il centro intorno al quale deve organizzarsi la risposta degli stessi a livello territoriale. Risposta che si realizza nell'attivazione integrata di tutte le risorse proprie dei servizi ivi presenti;
  
- Il processo di costruzione del rapporto tra cittadinanza e *governance* a livello della programmazione dei servizi sociali e sanitari nel Comune di Roma. A tal fine è stato effettuato un approfondimento

su:

- l'esperienza di programmazione partecipata del Piano regolatore municipale 2008-2010 del VI Municipio, che coincide con il VI Distretto della ASL/RMC. Ciò attraverso l'analisi dei documenti relativi ai lavori dei tavoli di co-progettazione, nei quali erano coinvolti soggetti istituzionali, del volontariato e privato sociale, e di altre soggettività significative presenti sul territorio;

La ricerca si è svolta su due piani: una ricerca di sfondo, con la raccolta e l'analisi antropologica delle informazioni e dei documenti relativi all'argomento di indagine, e la ricerca sul campo.

## 9 L'analisi dei documenti.

Nell'analisi antropologica inerente le forme in cui si è espressa la *Social governance* nella programmazione partecipata di un piano di interventi di integrazione socio-sanitaria dei servizi, il Piano regolatore sociale del VI Municipio è stato confrontato con i documenti elaborati per la definizione del Piano Regolatore cittadino dal V Dipartimento del Comune di Roma dal 2002 ad oggi.

Inoltre è stato analizzato il Piano sanitario nazionale 2006 – 2008. Ciò alla luce delle novità introdotte, a livello della normativa nazionale, dalle riforme dei servizi sanitari e dei servizi sociali *Ins* i riferimenti di legge, per verificare quale sia l'attuale elaborazione di tale cultura



organizzativa, dell'evoluzione dei suoi paradigmi organizzativi, dei suoi valori e delle relative narrazioni a livello di sintesi istituzionale. Tale studio comparativo ha avuto il fine di verificare, da una parte, l'inserimento dei suoi paradigmi organizzativi di riferimento nel più ampio contesto di elaborazione culturale – cittadino, regionale e nazionale - e, dall'altra, la specificità delle sue declinazioni locali. Oltre ai documenti istituzionali che possono essere considerati la sintesi di un percorso di negoziazione tra i soggetti sociali coinvolti a livello territoriale, sono stati presi in considerazione documenti, studi, relazioni, articoli, elaborati da coloro che, soggetti attivi nell'ambito di tali servizi, hanno sviluppato una capacità di critica ed autocritica culturale e sociale, sulla loro realtà e sui contenuti valoriali che intendono promuovere per incidere nell'orientamento delle politiche di settore.

In particolare sono stati analizzati i documenti elaborati da:

- la S.I.M.M. - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e dal GrIS Lazio - Gruppo regionale Immigrazione e Salute, che ne costituisce una espressione a livello operativo regionale;
- la Caritas Diocesana di Roma;
- figure di rilievo delle Asl romane in merito alla mediazione culturale e all'integrazione socio-sanitaria;
- la Struttura Complessa di medicina delle Migrazioni Santa Maria e s.Gallicano e Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (Inmp).

Tali documenti si sono rivelati interessanti per la ricostruzione del contesto ideale nell'ambito del quale sono stati promossi e ridefiniti, a livello nazionale e locale, i concetti di:

- *Social governance*;
- Integrazione socio-sanitaria;
- Lavoro di Rete;
- *Advocacy*;
- Mediazione culturale, mediazione linguistico culturale, mediazione interculturale, mediazione di sistema.

## **10 La ricerca sul campo.**

Per quanto riguarda la definizione dei luoghi della ricerca, sempre a partire dall'analisi dei documenti raccolti, si è focalizzata l'attenzione sulle realtà presenti nell'ambito del Comune di Roma. Realtà che, a livello culturale, trovano una definizione e un riconoscimento a livello "giuridico" in ambiti definiti "istituzionali", "amministrazione pubblica", "terzo settore" o "settore no-profit", "volontariato" e "privato sociale". Soggetti che hanno trovato una definizione storico culturale parallelamente e in riferimento al concetto di "servizio pubblico", che ha subito una recente evoluzione in quello di "servizio pubblico integrato".

Tra i soggetti istituzionali che hanno svolto un ruolo pionieristico nel trovare risposte adeguate in ambito sanitario al fenomeno dell'immigrazione, nel territorio del Comune di Roma, è emersa la

Azienda USL Roma C; nel suo territorio e, in particolare, nel VI Distretto socio-sanitario sono stati individuati dei *luoghi* di ricerca, in riferimento all'approfondimento di alcuni *focus* di ricerca.

La ricerca sul campo nelle sedi della Asl Roma C è stata indirizzata all'approfondimento de:

- l'esperienza della Consulta Socio-sanitaria del VI Distretto della Asl Rm/C e del VI Municipio di Roma;
- l'esperienza di partecipazione alla definizione del Piano regolatore del VI° Municipio;
- il “Progetto di Mediazione linguistico culturale per la popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade nella ASL Roma C”.

Sempre per quel che riguarda le esperienze di mediazione linguistico-culturale, un altro *luogo* della ricerca è stata la Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni S. Maria e S. Gallicano.

Nell'attività di osservazione partecipante sono stati presi in considerazione anche dei momenti di aggregazione su specifiche questioni:

- le riunioni di una costituenda e poi costituita associazione dei mediatori culturali (periodo 2007).
- Conferenza sull'Integrazione socio-sanitaria organizzato dalla Asl Roma A all'Istituto Superiore di Sanità (2006).
- I Conferenza regionale sull'immigrazione tenutasi il 1e 2 marzo 2007.
- Giornate sull'Integrazione socio-sanitaria e il *nursing transculturale* al

*Sanit* di Roma 25-27 giugno 2008.

- Riunioni periodiche di lavoro dei mediatori culturali del S. Gallicano (periodo 2006-2007).
- Corso sulla mediazione culturale agli operatori socio-sanitari della ASL Roma C organizzato dalla Dott.ssa Marcella Coccia e docenti scelti tra mediatori culturali collaboratori storici della ASL.
- Altri incontri sul lavoro di rete e l'integrazione socio-sanitaria.

## **11 Gli strumenti della ricerca**

Come abbiamo detto, l'analisi antropologica è stata orientata a individuare gli orizzonti di senso e i relativi paradigmi organizzativi emergenti nell'ambito sociale oggetto di studio e le relative pratiche sociali, ciò attraverso l'osservazione dei fenomeni di interazione sociale nell'ambito di casi particolari, le interviste a testimoni privilegiati, come anche dei documenti scritti prodotti da quanti tra loro sono tra i soggetti più attivi e attenti del settore.

La possibilità di utilizzare sia le interviste che i documenti scritti elaborati dai medesimi soggetti è stata presa in considerazione tenendo conto delle considerazioni sul carattere costruttivo di "rappresentazioni" delle interviste.

Come mette in luce Silverman <<*Le interviste non ci raccontano direttamente le esperienze delle persone, ma ci offrono invece una rappresentazione*

*indiretta di queste esperienze. [...] Quello che un'intervista produce è una particolare rappresentazione o descrizione di punti di vista e opinioni personali*>><sup>80</sup>.

Per comprendere meglio la scelta del materiale oggetto di analisi, ciò che è qui stato considerato come un “dato” della ricerca, forse è utile fare un passo indietro sulle principali concezioni che sottostanno al lavoro etnografico di “raccolta” dei “dati”: nel suo Manuale di ricerca sociale e qualitativa, Silverman delinea tre differenti approcci teorico-metodologici all'intervista: quello positivista, per il quale i dati delle interviste sono potenzialmente in grado di farci accedere ai fatti (che usa come strumento di indagine i questionari chiusi a scelta multipla); un approccio emozionalista, nel quale gli intervistati vengono visti come dei soggetti esperienziali che costruiscono attivamente i loro mondi sociali (qui viene usata l'intervista aperta e non strutturata) e, infine, l'approccio costruttivista, secondo il quale l'intervistato e l'intervistatore sono sempre impegnati a produrre significato.

Qui, invece di preoccuparsi di accurate descrizioni dei fatti o delle esperienze il ricercatore considera come vero oggetto della ricerca la modalità in cui il significato viene mutualmente costruito. Così le interviste, anche quelle giornalistiche o cliniche, vengono tenute ugualmente in considerazione. Le interviste piuttosto che essere considerate delle risorse scientifiche sono trattate come oggetti di ricerca.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Silverman, 1970, p. 133

<sup>81</sup> Silverman, 1970, p. 134

### ***11.1 La teoria-metodologia che ha orientato la scelta, l'analisi dei documenti e delle interviste.***

Qui, è stata considerata di interesse particolare l'analisi delle modalità con cui i soggetti attivi negli ambienti sociali oggetto della ricerca costruiscono anche attraverso l'elaborazione testuale, a volte anche di valore scientifico, delle narrazioni antropologicamente significative, in quanto esse delineano una rappresentazione del mondo di senso, di valori e istanze socio-culturali, all'interno del quale tali attori sociali rendono significativo il loro agire.

Sono quindi qui stati presi in considerazione documenti elaborati sia individualmente, che risultato di un lavoro di gruppo, come articoli, saggi, documenti programmatici e normativi.

Per quanto riguarda l'intervista, dal punto di vista preso in considerazione in questa ricerca, essa è considerata come una esperienza che costruisce significati attraverso la specifica narrazione che vi si viene a definire, frutto della volontà e contemporaneamente dei mondi di senso a cui attingono sia l'intervistato che l'intervistatore, infatti, *<<quando parliamo del mondo in cui viviamo, siamo occupati ad imprimergli un carattere particolare. Inevitabilmente gli assegniamo delle caratteristiche, dei fenomeni, e facciamo modo che funzioni in un certo modo. Quando parliamo del mondo con qualcun altro, teniamo conto di chi sia, che cosa quella persona presume di sapere, "dove" l'altro è in relazione con noi nel mondo di cui stiamo parlando>>.*<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> Baker, 1982, p. 109.

In tal senso si è proceduto a delle interviste non strutturate (seguendo però una traccia mentale riferita a questioni già emerse nel corso della ricerca, da approfondire e verificare da altri punti di vista) ponendosi apertamente nei confronti dell'intervistato come una sorta di "tabula rasa" alla quale era utile e necessario esplicitare i dettagli anche minimi del contesto discorsivo che veniva a delinearsi nel corso dell'intervista.

Per quanto riguarda altri materiali raccolti, come articoli, studi o semplici brochure esplicative, elaborati da soggetti che operano nel settore socio-sanitario, essi sono stati analizzati come ulteriori narrazioni, elaborate secondo stili e codici differenti, relative allo stesso mondo discorsivo e di senso oggetto della presente ricerca.

La necessità di standardizzazione dei risultati delle interviste e dei dati ivi emersi non è stata ritenuta primaria rispetto a quella di indagare i contenuti della narrazione dell'intervistato sulla sua esperienza all'interno del suo contesto lavorativo e dunque gli orizzonti di senso e operabilità da esso definiti in riferimento al proprio vissuto esperienziale e ai suoi valori. Ciò tenendo conto dell'artificialità (nel senso di arte del fare) che viene messa in campo nell'ambito della comunicazione tra intervistatore e intervistato. Sarà poi a livello di analisi antropologica che verrà definita una sintesi complessiva dei dati emersi dalle interviste, con la consapevolezza che si tratterà di una nuova narrazione-interpretazione costruttiva di ulteriori orizzonti culturali, intendendo l'antropologia culturale solo uno dei linguaggi culturali e, in quanto tale, interpretativa.

## 12 L'analisi della definizione normativa, a livello nazionale e locale, di nuovi paradigmi organizzativi.

Dal punto di vista dell'antropologia, negli anni '80 vi è stata una notevole attenzione ai nuovi problemi posti dalla medicina transculturale, fatto che ha portato allo sviluppo dell'elaborazione e diffusione dei temi propri della etnoiatria e della etnopsicologia.

Oggi, laddove tali discipline hanno avuto un considerevole sviluppo affermandosi anche a livello di alcune realtà della pratica medica, in particolare nell'ambito di quelle che rappresentano le punte più avanzate dei servizi di assistenza socio-sanitaria agli immigrati, si sta affermando via via un sempre maggior interesse sugli aspetti socio-culturali posti dall'affermarsi del principio di sussidiarietà orizzontale nell'ambito di *Social governance* sia a livello nazionale che locale. Tale principio ha trovato realizzazione in un nuovo rapporto tra cittadinanza e *governance*, nella concertazione partecipata alla definizione ed implementazione delle politiche sociali e sanitarie e, quindi, della organizzazione ed attuazione dei servizi socio-sanitari.

Nell'ambito delle forme nelle quali si esprime la cultura organizzativa delle istituzioni si può individuare una prima e fondamentale criticità nei dislivelli nelle competenze linguistiche di coloro che vi interagiscono; tali dislivelli, infatti, rappresentano un forte limite alla partecipazione democratica e, quindi, al pieno godimento dei diritti civili. Evidentemente da un punto di vista culturale non può sfuggire la molteplicità di universi discorsivi che si esplicitano attraverso codici culturali specifici, come quelli di carattere specialistico, in



riferimento ai quali gli individui debbono affinare le proprie alle competenze linguistico-culturali necessarie ad orizzontarsi ed agire consapevolmente nei differenti ambiti della vita sociale ciò, particolarmente, in riferimento alle norme ed alle procedure previste dall'ordinamento giuridico e amministrativo dello Stato.

Così, anche nell'analisi culturale dei servizi socio-sanitari, in relazione alla salute degli immigrati, è primaria l'esigenza di ricostruzione, sia a livello storico che sincronico, del contesto giuridico-normativo nell'ambito del quale trovano definizione tali realtà istituzionali, sociali, nonché le loro procedure e prassi.

### **13 La Legge 328/00 ed il processo di decentramento amministrativo**

Con la Legge 328/00 e le modifiche al titolo V della Costituzione è stata introdotta nell'ordinamento italiano una modifica sostanziale della relazione fra società civile e istituzioni. In essa vi è stato, infatti, il riconoscimento dell'impegno attivo dei cittadini ai quali è stato attribuito il diritto / dovere di intervenire nella pianificazione delle soluzioni dei problemi della collettività. In particolare, la legge 328/2000 riforma il sistema di assistenza sociale italiano in base a principi universali e conferma la posizione centrale del territorio ed in particolare dei cittadini, laddove all'art. 1 si prevede la possibilità di un intervento attivo e di una reale partecipazione dei singoli cittadini alla pianificazione e alla realizzazione, attraverso una integrazione dei servizi, dei Piani di Zona

(istituiti dall'articolo 19 della stessa) delle reti di servizi sociali e del loro coordinamento ed integrazione con le attività per la salute.

Tali modifiche legislative si inseriscono nell'ambito di un profondo cambiamento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) il quale, prima degli anni '90, aveva una struttura di tipo centralistico con lo Stato unico pagatore dei servizi sanitari e prevedeva una copertura sanitaria universale e gratuita su tutto il territorio nazionale. In seguito, a partire dai primi anni '90, si è assistito ad una forte politica di devoluzione che ha spostato il potere dal centro alle Regioni; così, in ambito sanitario, con i Decreti legislativi 502/92 e 517/93 e le successive riforme del 1997 e del 2000, è stata conferita alle Regioni la responsabilità politica, amministrativa e finanziaria della sanità pubblica.

Decentramento ed autonomie locali sono così ora alla base di un sistema sanitario che affida alle Regioni ed ai Comuni i compiti più importanti per la gestione, gli investimenti e la pianificazione degli interventi sanitari pubblici.

#### **14 Dlgs 229 del 1999: Il distretto sanitario di base e l'integrazione socio-sanitaria**

In particolare con il Dlgs 229/99 (*"Riforma ter"*), art 3 (septies), comma 8, le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione tra servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli

atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Le aziende U.S.L. sono territorialmente articolate in distretti sanitari e realizzano un sistema di intervento sul territorio ad elevato livello di integrazione. Infatti, come predisposto dall'art. 3-quater del decreto legislativo 229/1999, il distretto è tenuto ad assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi delle aziende sanitarie, compresi i presidi ospedalieri, inserendole nel programma delle attività territoriali.

Il Distretto sanitario di base (Dsb) è dunque l'ambito dove si realizza l'integrazione socio-sanitaria; è concepito come una “area sistema” dove l'integrazione dovrebbe garantire una reale efficacia ed efficienza della risposta ai bisogni sanitari, sociali e di assistenza della popolazione.

Il citato decreto legislativo 229/99 accentua il completamento e la ridefinizione parziale degli interventi di riorganizzazione dei servizi iniziati nel 1992 e il Decreto legislativo 56/2000 contiene importanti innovazioni relative al processo di decentralizzazione, in modo particolare in riferimento alle responsabilità in materia di finanziamento della sanità pubblica, riconoscendo il ruolo della pianificazione regionale con la contemporanea attivazione, da parte dello Stato, di procedure di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Così, nell'ambito della riorganizzazione del SSN, con la legge 3/2001, è stata effettuata una revisione dei criteri per la determinazione dei contenuti “elegibili” del diritto alla salute ed è stato introdotto il concetto di “livelli di

assistenza”, inteso come livello minimo di assistenza che il SSN è tenuto ad erogare in modo uniforme a tutti i cittadini presenti sul territorio nazionale nel riconoscimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali di tutti.

Il concetto di servizi integrati acquista una specificazione ulteriore con il Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali 2001-2003.

Inoltre la legge 328/2000 prevede l’elaborazione triennale da parte del Governo con le autorità locali, di un Piano Nazionale Sociale (PNS), in esso debbono essere fissati i principali obiettivi della politica sociale, come le attività da intraprendere per gli anziani non autosufficienti, i disabili, i bambini e loro famiglie, e gli immigrati.

E’ il PSN 1994-96 che dispone la realizzazione del distretto tra gli interventi prioritari del triennio. Nel Piano il distretto è definito *“un’articolazione organizzativo-funzionale della ASL finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione”*.

Successivamente, La Legge 30 novembre 1998, n. 419 delega *“il Governo all’emanazione di uno o più decreti delegati per la razionalizzazione del SSN”* sulla base di una serie di principi e sottolinea, in modo particolare, che il distretto deve assumere un ruolo fondamentale nella realizzazione di una effettiva integrazione fra le attività operative a livello di ASL e l’azione del medico di famiglia. Ancora, la legge delega al Governo l’emanazione di uno o più decreti per la razionalizzazione del SSN sulla base di una serie di principi: a) perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute e dei principi e degli obiettivi previsti dagli articoli 1 e 2

della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni; b) completare il processo di regionalizzazione e verificare e completare il processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale; [...] (Art.1 commi1-2). La normativa sottolinea l'opportunità dell'integrazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali come strategia per favorire l'apertura del sistema delle cure verso un più ampio ed efficace sistema di offerta di servizi, capace di fornire ai cittadini dei prodotti integrati fra il profilo sociale e quello sanitario.

Abbiamo visto come questo quadro può essere ricondotto alle politiche di *Governance*, che a livello europeo, trovano realizzazione attraverso l'affermazione del principio di *sussidiarietà orizzontale* e la promozione del partneriato sociale, proprie delle istanze della democrazia partecipativa, che si concreta nell'istituzionalizzazione dei rapporti di cooperazione tra amministrazione pubblica, imprese e settore non-profit per la produzione di beni e servizi.

## **15 Il Piano Regolatore Sociale del Comune di Roma: dai “Piani di Zona” ai “Piani Regolatori Sociali Municipali”.**

E' in questo contesto culturale e come espressione di tali valori che nel 2001 è stato avviato il percorso per la costruzione di un *Piano Regolatore Sociale del Comune di Roma*. Vediamo come viene descritto nel sito del Centro di Servizi per il Volontariato<sup>83</sup>:

---

<sup>83</sup> [http://www.volontariato.lazio.it/pianidizona/roma\\_pianoregolatoresociale/default.asp](http://www.volontariato.lazio.it/pianidizona/roma_pianoregolatoresociale/default.asp)

*<< Si tratta di un documento programmatico che definisce le politiche sociali del Comune di Roma, ha una durata triennale e comprende un Piano Cittadino e 19 Piani di Zona Municipali e 5 Accordi di programma tra Asl e relativi Municipi. Esso nasce da una parte con lo scopo di impegnare l'amministrazione comunale ad una risposta più puntuale del bisogno e della domanda sociale, ma, dall'altra, anche come mezzo attraverso il quale il "sociale" si attiva e orienta le politiche sociali. Il Documento ridisegna le politiche sociali della città di Roma agendo su tre livelli:*

- *un livello cittadino, una serie di laboratori di co-progettazione tematici e un'attività di raccordo interassessorile;*
- *un livello municipale, Piani di Zona Municipali;*
- *un livello intermunicipale, accordi di programma tra i Municipi e le rispettive ASL.*

*Per il raggiungimento delle sue finalità, il Piano Regolatore Sociale individua sei diverse aree di azione:*

- *azioni di welfare, interventi sul sistema dei servizi sociali con la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni;*
- *azioni di sistema, azioni di informazione e comunicazione sociale, controllo della qualità dei servizi e nuova organizzazione dei servizi sociali;*
- *azioni di integrazione con le altre politiche cittadine;*
- *linee di progettazione congiunta tra Piano Regolatore Urbanistico e Piano Regolatore Sociale;*
- *progetti obiettivi, piani di intervento settoriale per specifiche categorie di cittadinanza;*
- *composizione del "bilancio allargato", Fondo Comunale per le Politiche sociali.*

*Nel 2004 Il Comune di Roma ha il primo Piano Regolatore Sociale, formato, appunto, dal Piano Cittadino e da 19 Piani di Zona Municipali, nonché da 5 accordi di programma sottoscritti con le Asl romane in un lavoro che ha visto coinvolti fianco a fianco Distretti sanitari e Municipi territorialmente corrispondenti . Ciò con l'obiettivo dichiarato di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sociali in tutto il territorio cittadino, ridurre le difficoltà e le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e ampliare la platea dei beneficiari degli interventi sociali>>.*

Vediamo come tale integrazione tra servizi socio-sanitari e servizi socio-assistenziali proponga un nuovo modello di servizi che risponde ad una evoluzione culturale del concetto di cura che, come mi ha sottolineato in una intervista Rita Cardinali, Presidente della Consulta Socio-sanitaria del VI Distretto della Asl RM C e del VI Municipio di Roma: “pone al centro dei servizi la persona” in risposta ai bisogni della quale devono attivarsi tutte le risorse a disposizione nell’ambito del territorio amministrativo competente. La nascita della Consulta tra l’altro è anteriore all’introduzione della 328/00 ed è stata il risultato di prassi di lavoro integrato tra gli operatori della ASL, quelli del Municipio e le realtà associative attive a livello territoriale. Realtà che hanno determinato quel cambiamento di prospettiva della cultura dei servizi che ha creato le basi per il suo riconoscimento anche a livello normativo.

Vediamo ora in quali termini il Piano regolatore sociale del Comune di Roma 2004-2007 prospetta la questione dell’integrazione socio-sanitaria:

## **16 Il ruolo della società civile nel mutamento della cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari e relativa ridefinizione del quadro normativo italiano**

Per poter analizzare lo specifico culturale posto dalla richiesta sanitaria propria del variegato panorama costituito dall'utenza immigrata e dalle risposte socio-culturali che sono state poste in atto al fine di darvi una risposta, è necessario far riferimento, attraverso un primo approfondimento, al contesto generale della cultura dei servizi socio-sanitari e dell'organizzazione "sociale" che la esprime, in particolare in riferimento alla definizione del relativo quadro normativo. Va inoltre considerato come, di fatto, la normativa in materia sia il risultato, sempre in divenire, di dinamiche di confronto e relazione tra le parti – istituzioni politiche, soggetti pubblici, del terzo settore e rappresentanti delle comunità di stranieri – finalizzate alla negoziazione delle istanze derivanti dagli interessi di ciascuno; il risultato a livello normativo dipende, quindi, dalla capacità delle istituzioni di trovarne una sintesi adeguata.

## **17 il ruolo del volontariato nell'affermazione del principio di "sussidiarietà orizzontale" che si esprime nella Social governance.**

Abbiamo accennato come in Italia, negli ultimi trent'anni, un ruolo particolarmente significativo nello sviluppo della normativa nel senso del riconoscimento giuridico del diritto alla salute degli immigrati, anche



“irregolari”, è stato svolto dal mondo del Volontariato. Nel sottolineare tale ruolo Geraci in un recente articolo ha scritto: <<È possibile affermare che dalla metà degli anni Settanta fino all’emersione del diritto all’assistenza sanitaria (sancito con la Legge 40 del 1998), l’attenzione alla salute degli immigrati – sia in termini di assistenza che di politiche sanitarie, di ricerca scientifica e di sperimentazione di modelli relazionali – è stata alimentata da intuizioni, dall’impegno e dalle proposte nate prevalentemente dal mondo variegato del Volontariato, che nello stesso periodo ha vissuto una notevole crescita attraverso profonde trasformazioni. Non deve quindi sorprendere che oggi, nel momento in cui si è affermato in forma quasi ordinaria il diritto all’assistenza sanitaria per i cittadini immigrati, il Volontariato sia considerato uno dei partner strategici irrinunciabili nel lavoro di rete finalizzato ad assicurare efficacia ed efficienza agli interventi da intraprendere>><sup>84</sup>. Così Geraci ricorda come tale proprio per tale ruolo fondamentale la necessità del coinvolgimento del Volontariato in tale ambito è stato ribadito in diverse Delibere regionali e in Protocolli d’intesa aziendali e sia citato esplicitamente a partire dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e in quelli successivi, nel Testo unico sulla disciplina dell’immigrazione (D.Lgs. 286/1998), nel suo Regolamento d’attuazione (DPR 394/1999) e nella Circolare del Ministero della sanità sul tema (Circ. n. 5/2000). Tale percorso ha portato infine alla Legge-Quadro sul Volontariato n. 266 del 2001. Ciò ha comportato un <<processo di ridefinizione e riorganizzazione decentrata dei livelli di responsabilità e delle modalità gestionali, processo che ha contemplato nuovi ambiti di azione e, soprattutto, messo in movimento nuovi protagonisti (come ben rappresentato dal principio di “sussidiarietà” ripetutamente affermato nella L. 328/2000), tra cui

---

<sup>84</sup> S. Geraci, 2007

*emerge – nell’ambito sociale così come in quelli culturale e ambientale – il Volontariato, ancora con una infinità specifica di accezioni, intendimenti, propositi e progetti*<sup>85</sup>

Vediamo qui come l’attuale tematizzazione e rinnovamento del rapporto tra cittadinanza e *governance* è caratterizzato da una prassi di democrazia partecipativa frutto di una vera e propria rivoluzione culturale che ha visto – con l’elaborazione e la promozione del principio di sussidiarietà orizzontale a livello istituzionale, nazionale e comunitario da parte di organizzazioni nate in seno alla società civile, come le associazioni di volontariato, del privato sociale e le ONG – l’affermazione di un profondo cambiamento dell’organizzazione della gestione dei poteri e delle competenze per la definizione concertata e la partecipazione all’attuazione delle politiche sociali e sanitarie.

Come hanno messo in luce Bigot e Russo nel loro articolo “Come nasce una politica: gli attori, i processi”, si possono “*rintracciare le linee di cambiamento che hanno interessato negli ultimi decenni le politiche sociali in riferimento alla trasformazione del ruolo delle amministrazioni pubbliche con il passaggio da un ruolo di comando e controllo, che implica una dominanza di un regime pubblico di erogazione dei servizi e prestazioni, ad un ruolo di enabling, che valorizza i potenziali sociali di azione e auto-organizzazione dei cittadini. Perde perciò terreno quel modello verticale e gerarchico, nel cui ambito gli interessi generali vengono fissati e riconosciuti dall’autorità pubblica e matura l’esigenza di trovare*

---

<sup>85</sup>S. Geraci, 2007, p. 7.

*nuovi dispositivi in grado di consentire il confronto tra una varietà di attori e di visioni differenti per individuare finalità collettive e soluzioni condivise.*

*Il tratto comune che lega gli approcci e gli strumenti di policy prevalenti, in questo contesto, è l'accento che essi pongono sulla dimensione processuale dell'azione pubblica.*

*La nozione di governance intende proprio riflettere questo spostamento dei riferimenti dell'azione pubblica dalle strutture per il governo ai processi per governare. Il concetto di governance, infatti, nasce dall'idea di partecipazione come principio fondante delle attività di pianificazione delle attività economiche e sociali<sup>86</sup>.*

Vedremo come il concetto di Social governance sia un valore base per la definizione dei Piani Regolatori Sociali cittadini e come viene espresso tale valore specificamente in quello del Comune di Roma.

## **18 Un singolo filo non fa una corda, un albero da solo non fa una foresta. Il nuovo paradigma per l'architettura della complessità.**

Così recita un antico proverbio cinese. Policy networks è invece il termine utilizzato oggi per indicare una collaborazione sul territorio per lo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali, costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati, collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di policy.

Quando iniziammo a occuparci di immigrati prima ancora che di immigrazione ... non potevamo prevedere come questa nuova utenza

---

<sup>86</sup> G. Bigot e M. L. Russo, 2007

dei nostri servizi, potesse incidere in modo significativo in processi di cambiamento sia a livello individuale/professionale, sia in termini di sanità pubblica della nostra società<sup>87</sup>

Salvatore Geraci, fa una ricostruzione interessante per la definizione delle tappe salienti della normativa sull'immigrazione:

- Fino al 1995: la fase dei diritti negati e/o nascosti
- Seconda metà anni '90: l'emersione del diritto
- La pianificazione sanitaria nazionale attuale. Fase della fruibilità o il rischio delle disuguaglianze.

Vediamo ora il ruolo svolto dal Gruppo Immigrazione e Salute (Gr.I.S.) in merito.

## **19 Il Gr.I.S e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni:**

Per comprendere come sia cambiata la cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari emerge la necessità di indagare il forte ruolo propulsivo avuto in tal senso del mondo del volontariato e del privato sociale, nonché da quanto il nuovo clima culturale prodotto dalla loro presenza è riuscito a incidere nella cultura nel SSN, anche se all'interno di alcune sue particolari espressioni che potremmo definire subculture, a volte anche antagoniste alla allora cultura dominante all'interno del SSN.

---

<sup>87</sup> S. (Geraci, 2007, p. 5) Geraci, 2007, p. 5.

Per approfondire tali aspetti mi pare utile seguire nuovamente Salvatore Geraci nella sua ricostruzione della realtà storico-culturale dei Gruppi Immigrazione e Salute come emanazione attiva a livello locale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni:

*“Che cos’è il Gr.I.S. [...] tutto nasce una ventina d’anni fa quando uno sparuto gruppo di medici e operatori sanitari provenienti da varie parti d’Italia, alla luce di esperienze locali di impegno concreto di assistenza ad immigrati che in quel periodo avevano il diritto all’assistenza sanitaria nascosto (per i regolari) o negato (per gli irregolari), sentono l’esigenza di creare uno spazio condiviso di incontro, scambio, formazione, studio, progettazione.*

*Nasce così la Società Italiana di medicina delle Migrazioni (SIMM), società scientifica che vuole essere strumento e luogo di collegamento per quanti, medici e non, si occupano di questo tema. “un contenitore” lo definisce qualcuno, ma anche un contenuto di idee di impegno e passione. La caratteristica di questa società è proprio quella di non essere un asettico “luogo di scienza”, ma l’impegno scientifico è intriso di umanità di incertezze, domande, messa in discussione di paradigmi comportamentali consolidati, la voglia di essere protagonisti di un possibile e necessario cambiamento.*

*E poiché in quel periodo ad impegnarsi era soprattutto il mondo informale e variegato del volontariato, si crea una struttura snella, elastica e flessibile che ben si è adattata in questi anni all’evoluzione del fenomeno migratorio e dell’organizzazione sanitaria. Evoluzione che ha portato sempre più all’interesse e all’impegno ampie fasce della società civile e, con l’evoluzione normativa, anche delle istituzioni. Non a caso oggi nella S.I.M.M. la presenza di operatori impegnati nelle strutture pubbliche, a vari livelli ed in vari ambiti professionali, è prevalente.*

*Ma con il decentramento gestionale della Sanità, è a livello locale che si sviluppa la possibilità di incidere nelle scelte dell'organizzazione, con quelle di advocacy che ha sempre caratterizzato la S.I.M.M..*

*Spontaneamente si creano i primi gruppi locali [...], che hanno il vantaggio, enorme occasione, dell'impegno quotidiano, nello spazio condiviso, negli interlocutori comuni, nella conoscenza reciproca<sup>88</sup>.*

Vediamo poi come al nuovo modello organizzativo partecipato viene accostato una concezione specifica dell' "immigrato" e del suo ruolo e degli effetti che tale presenza ha sulla società nel suo complesso. In particolare emerge l'uso di categorie significative quali "partecipazione" "empowerment" e "meticciamiento" proprie della risposta culturale che una parte della società italiana ha elaborato in riferimento a tali emergenti realtà sociali, per altri oggetto di marginalizzazione (abbiamo già accennato a come la dialettica di definizione delle identità sociali e politiche interne alla società italiana abbiamo inciso profondamente sul differente ruolo da esse assegnato alle persone immigrate, quasi come una delle "poste in gioco" fondamentali di tale contrapposizione dialettica in vista della edificazione delle proprie rispettive identità):

*<<Non è ancora un caso che dal locale nasce la riflessione sulla reciprocità dell'impegno, l'idea che l'immigrato non è un "oggetto passivo", ma "soggetto partecipante" nei processi di inclusione e se necessario, di cura; non solo più assistenza ed advocacy, ma anche empowerment . E nel locale queste non sono solo parole ma è prassi, è azione, forse faticosa e a volte non ascoltata e valorizzata, ma che sta*

---

<sup>88</sup> S. Geraci, 2007, p. 6.

*lentamente tracciando un altro tassello di quel processo di meticciamento della nostra società che inesorabilmente ci trasforma.*

*I Gr.I.S. sono luoghi partecipati, dove ogni persona o ogni gruppo ha il coraggio di fare un passetto indietro per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità.*

*In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambito organizzativo, ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi diversi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato sociale, volontariato, associazionismo, istituzioni) si confrontano, si scontrano anche, ma in un'ottica costruttiva della valorizzazione della diversità. E ci auguriamo che questa esperienza si diffonda sempre più nelle varie realtà regionali.*

*Questa è la nostra storia ad oggi.*

*Non sappiamo se, come quando ciò saprà e potrà svilupparsi, ma questo non dipende dalla nostra organizzazione o da regole o mandati: oseremmo dire che è in atto una trasformazione culturale del modo di essere e stare insieme in un contesto di sanità pubblica, perché i Gr.I.S. fanno sanità pubblica... O osiamo troppo?>><sup>89</sup>*

In riferimento all'affermazione di un nuovo rapporto tra *cittadinanza* e *governance*, con l'affermazione del principio di sussidiarietà orizzontale, nell'ambito stesso del Gr.I.S. vediamo che è stata avvertita l'esigenza di un approfondimento di tale tematica e delle ricadute che essa ha a livello più specifico nell'ambito della cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari. Filippo Gnolfo individua questi obiettivi del Gr.I.S.:

---

<sup>89</sup> S. Geraci, 2007

1. *Il Gr.I.S. - Lazio deve essere un luogo di riflessione teorica:*
  - a) *sull'evoluzione dei sistemi sanitari nell'economia globalizzata;*
  - b) *sul principio di sussidiarietà e sui modelli di welfare;*
  - c) *sulla domanda di salute di nuovi "attori": richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura, vittime della tratta.*
  
2. *Il Gr.I.S. – Lazio deve essere un laboratorio di "modelli assistenziali innovativi":l'incontro e il confronto tra "pubblico" e "privato sociale" permette la condivisione di un patrimonio comune di "buone pratiche", lo sviluppo di percorsi comuni di riflessione sulle aree critiche della salute dei migranti e di elaborazione di progetti di cooperazione. Il lavoro di rete inizia già in termini di programmazione degli interventi e di pianificazione delle risorse, come nella campagna "Salute senza esclusione"- Progetto "Accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari per Rom e Sinti" (ASP Lazio, ASL di Roma, Caritas e altre associazioni che lavorano nel progetto di scolarizzazione dei bimbi Rom), nel Progetto "Salute migranti forzati" (ASL RM/A, Centro Astalli), nel progetto "Salute donna migrante"(ASL RM/A-Caritas), nel Servizio di mediazione culturale (ASL RM /C).*
  
3. *Il Gr.I.S. – Lazio deve essere un nodo di una rete nazionale:Sull'esperienza del Gr.I.S. Lazio, che di fatto una unità territoriale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, in varie parti d'Italia (Trentino, Lombardia, Sardegna, Sicilia), in modo originale ma coordinato, stanno nascendo nuovi gruppi locali che condividono gli obiettivi della SIMM e ne vogliono dare attuabilità con particolare attenzione al promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in un determinato territorio.*



*Dieci anni fa abbiamo fatto una scommessa: lavorare insieme “pubblico” e “privato sociale”. La sfida futura sarà quella di elaborare nuove strategie per sviluppare le reti locali socio-sanitarie>><sup>90</sup>.*

## **20 Piano Regolatore Sociale cittadino: un nuovo paradigma organizzativo.**

Vediamo come tali contenuti siano entrati a far parte della cultura delle istituzioni attraverso il loro recepimento nella normativa: nel Piano Regolatore Sociale del Comune di Roma, nell’affermazione del metodo della *Social Governance*, se ne sottolinea e inquadra la novità del paradigma organizzativo che impone:

*<<La reale sostenibilità del Piano Sociale cittadino è condizionata dalla capacità che esso avrà di misurarsi con le nuove sfide provenienti da uno scenario in forte trasformazione soprattutto sul piano della riorganizzazione/ adeguamento funzionale dell’intero sistema di intervento. I processi innovativi, infatti, richiedono simultaneamente:*

- un nuovo disegno di tipo sistemico;*
- nuovi paradigmi organizzativi del servizio;*
- nuovi stili di comportamento istituzionale>>.*

Ma analizziamo meglio tale documento.

Nel paragrafo “Integrazione con la rete dei servizi sanitari” viene innanzitutto citato sinteticamente quello che abbiamo visto essere il

---

<sup>90</sup> F. Gnolfo, 2007, p. 3.

quadro normativo all'interno del quale trova definizione tale riforma dei servizi:

*<<Il processo di realizzazione della riforma prevista dalla legge quadro n. 328/2000 è fortemente connesso con il necessario processo di riforma dei servizi sanitari, volto a rafforzare la rete degli interventi territoriali (tramite i distretti), i servizi per la presa in carico dei malati cronici, delle persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza.*

*Un mancato coordinamento tra l'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza sul versante sanitario rispetto alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sul fronte sociale può rischiare altrimenti di pregiudicare l'effettiva integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali.*

*La legge n. 419/98 al punto n) indica principi e criteri per l'esercizio della delega in tema di integrazione socio sanitaria:*

- prevede tempi, modalità, aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali;*
- disciplina la partecipazione dei Comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali.*

*Il DPCM del 14 febbraio 2001, fornisce l'indirizzo per il coordinamento delle prestazioni socio sanitarie, stabilisce principi e criteri per assicurare livelli uniformi delle prestazioni socio sanitarie: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, precisando i criteri di finanziamento per quanto concerne aziende sanitarie e Comuni.*

*Il decreto infine affida alle Regioni il compito di disciplinare sulla base delle normative sopra citate, i criteri e le modalità mediante i quali i Comuni e le Aziende Sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale o di bacino più ampio per le aree metropolitane, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza. La*

*Regione Lazio, nel 2002 ha istituito un gruppo di lavoro permanente per il recepimento degli interventi sanitari integrati con quelli sociali.*

*L'integrazione che il Comune di Roma vuole realizzare è innanzitutto la convergenza e la collaborazione delle risorse, soprattutto di quelle professionali nella presa in carico assistenziale. [...]*

*Il Comune di Roma vuole realizzare l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari a partire dalle risorse professionali.*

*La distinzione delle responsabilità istituzionali e gestionali in ordine al funzionamento dei servizi sociali e sanitari rende necessaria la realizzazione di interventi e progetti capaci di integrare professionalità e risorse sociali e sanitarie. L'azione integrata degli interventi, oltre a favorire l'efficacia degli stessi, garantisce l'unitarietà della persona, consente una razionalizzazione della spesa, non solo nella gestione dei servizi ma al domicilio e nelle strutture semiresidenziali e residenziali.*

*Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda per il Comune di Roma sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, in rapporto ai suoi problemi o patologie, agli stili di vita, ai fattori ambientali.*

*La strategia dell'integrazione socio sanitaria si dovrà realizzare nel corso del triennio, attivando a livelli istituzionali progetti-obiettivo e interventi programmatori quali:*

- Accordi di Programma tra ASL/ Comune/ Municipi/ Distretti;*
- protocolli operativi tra Distretti ASL/ Comune/ Municipi;*
- interventi riabilitativi;*
- interventi formativi e di integrazione lavorativa e sociale;*
- interventi e servizi socio sanitari assistenziali;*
- formazione figure professionali socio sanitarie.*

*Le azioni di integrazione dovranno essere favorite attraverso la definizione di standard gestionali e strutturali nell'arco del triennio, l'individuazione di procedure per la concessione dell'idoneità al funzionamento di nuove strutture socio-sanitarie. [...].*

*La presa in carico non dovrà riguardare soltanto i servizi che stabiliscono un rapporto con la persona o la sua famiglia, ma la comunità locale nelle sue diverse espressioni e, in primo luogo, le realtà solidaristiche attraverso la messa a punto di setting operativi e organizzativi quali quelli professionali, interprofessionali, di servizi, fra i servizi, istituzionali, comunitari.*

*L'integrazione socio sanitaria assume un ruolo strategico nella programmazione ed organizzazione dei servizi per larghe fasce di popolazione, sia su base cittadina che municipale.*

*A livello di programmazione cittadina, il Piano Sociale Cittadino, il Piano Sanitario Regionale e gli atti aziendali delle ASL devono individuare previsioni comuni in ordine alla rete di servizi ed interventi socio-sanitari da predisporre su tutto il territorio della città di Roma, per consentire parità di interventi e di accessi a tutti i cittadini. E' necessario quindi definire una programmazione integrata in termini di obiettivi e di conseguente investimento di risorse. [...]*

*Nel quadro degli accordi stabiliti tra ASL e conferenza sanitaria locale, a livello di pianificazione municipale, con i Piani di Zona sociali, si individua la zona distrettuale di riferimento dei servizi e degli interventi -sanitari coincidenti con il territorio del distretto sanitario.*

*Prioritario è facilitare l'accesso ai servizi ai cittadini, garantendo un utilizzo coordinato e qualificato della rete dei servizi, l'obiettivo è quello di istituire sportelli unificati per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. L'istituzione di sportelli unificati significa organizzare, laddove possibile, presidi di servizio integrati nell'ambito dei*

*Municipi e del Segretariato Sociale (ad esempio per la prenotazione delle analisi sanitarie), ma anche lavorare alla unificazione delle procedure, collegando e mettendo in rete i diversi punti di accesso nell'ambito del distretto sanitario.*

*Collegata direttamente alla funzione di accesso, particolare rilevanza assume poi la funzione di valutazione del bisogno e di predisposizione del piano personalizzato di assistenza.*

*L'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, accanto alla definizione del Liveas e dei Lea e alla delibera regionale del 2001, individua all'art. 2 le tipologie delle prestazioni che richiedono interventi sanitari ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di valutazioni multidimensionali.*

*Le macro aree individuate che schematicamente si riportano e le relative prestazioni funzioni consentono la predisposizione di interventi e servizi integrati.*

*Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione.*

*Le prestazioni socio-sanitarie*

*a) sono prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria;*

*b) sono prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.*

*Le macro aree di integrazione individuate sono:*

- materno infantile;*
- handicap e disabilità temporanea;*
- anziani e persone non autosufficienti con patologie croniche degenerative;*
- dipendenze;*
- patologie psichiatriche;*
- patologie per infezioni da HIV;*
- pazienti terminali.*

*La integrazione con la rete dei servizi socio assistenziali deve essere sviluppata e qualificata in relazione all'aumento di nuove patologie e forme diverse di non autosufficienza (anziani non autosufficienti, disabili, persone in condizione di grave disagio sociale a seguito di patologie specifiche e dipendenza) che richiedono la presa in carico con trattamenti assistenziali normalmente prolungati e di diversa intensità assistenziale nel percorso di vita.*

*Le azioni per l'integrazione*

*Per le macro aree individuate dall'atto di indirizzo e di coordinamento sull'integrazione il Comune predisporrà gruppi di lavoro permanenti con il compito di proporre percorsi e verificarne la realizzazione delle esperienze avviate nel territorio dell'area romana, attraverso:*

- l'individuazione della dotazione minima di strutture e servizi atti a garantire risposte integrate negli ambiti territoriali per la gestione dei servizi;*

- *la definizione di standard gestionali e strutturali nell'arco del triennio prevedendo tempi di adeguamento da parte degli enti gestori;*
  - *il completamento del sistema di accreditamento degli enti gestori per la piena attuazione del percorso del sistema di offerta;*
- *la proposta di percorsi formativi degli operatori dei servizi e strutture ad elevata e media integrazione;*
- *l'individuazione di azioni programmate utili ad affrontare il lavoro territoriale e domiciliare.*

*La presa in carico dei problemi e dei programmi di intervento nei servizi ad elevata e media integrazione si deve realizzare attraverso l'incontro e l'individuazione di diverse responsabilità: professionale, interprofessionale, di servizio, fra i servizi, istituzionale, comunitaria>>.*

#### *I cittadini stranieri e nomadi.*

Un paragrafo a parte viene dedicato ai cittadini stranieri e nomadi. In esso viene riconosciuta l'adeguatezza delle risposte, al problema della difficoltà di accesso alle cure di tale utenza, messe in atto da due soggetti importanti del panorama dei servizi socio-sanitari romani: il Servizio di Medicina delle Migrazioni presso il San Gallicano e il Gr.I.S. - Zingari:

*<<La popolazione migrante è considerata tra i soggetti più deboli, su cui occorre indirizzare gli interventi di tutela della salute e dell'integrazione socio sanitaria. L'obiettivo prioritario è di creare le condizioni per un tempestivo accesso ai servizi da parte dei cittadini e delle cittadine straniere immigrati. A questo scopo vanno promosse iniziative finalizzate a diffondere informazioni e conoscenze tali per*

*facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, per l'assistenza e la cura, le vaccinazioni, in modo particolare in riferimento alla gravidanza ed alla maternità responsabile. Particolarmente importante si è rilevato, nel corso degli ultimi anni, il ruolo di mediatori interculturali per favorire l'incontro tra servizi sanitari e persone straniere. E' inoltre da sottolineare il ruolo assunto dal servizio di Medicina delle Migrazioni presso il San Gallicano, in collaborazione con il Comune di Roma, nella definizione di analisi e di presa in carico sanitaria di persone straniere in situazioni di fragilità sociale e sanitaria.*

*Si ritiene altresì utile affidare la gestione della pulizia dei campi ad associazioni od organismi rappresentativi degli stessi nomadi al fine di responsabilizzarli alla conservazione delle strutture e conseguire nel contempo un risparmio di risorse.*

*La particolare esigenza di integrazione socio-sanitaria in questo settore implica decisioni urgenti e definitive circa la destinazione d'uso dell'ex ospedale San Gallicano, sull'utilizzo del quale il Consiglio Comunale ha dettato indirizzi precisi con gli ordini del giorno n. 238/2000, n. 59/2001, n. 118/2001, n. 73/2002 e da ultimo con l'ordine del giorno approvato il 16 luglio 2002. Tali indirizzi individuano la struttura quale centro di riferimento nazionale per la promozione della salute delle popolazioni senza fissa dimora, migranti e nomadi al fine di favorire l'integrazione della comunità nazionale e migliorare i livelli di salute del Paese. Ciò nel rispetto della delibera del Comune di Roma del 14 ottobre 1998, della Regione Lazio del 15 aprile 1998, di carattere nazionale (28 novembre 2000) ed europeo (dichiarazione OMS del 13 novembre 2000).*

*E' necessario rafforzare l'intervento congiunto, socio-sanitario, nei campi nomadi della capitale, volto a salvaguardare soprattutto i minori. In questo settore, un importante lavoro di coordinamento è stato intrapreso dal coordinamento "GRIS" che*



*di recente ha attivato uno specifico ambito di intervento proprio per le comunità Rom/Sinti>>.*

Ricapitolando, la definizione di un piano regolatore sociale del Comune di Roma rientra nel quadro di quanto previsto dalla recente normativa che conferisce agli enti locali nuovi compiti di programmazione, gestione ed intervento nell'ambito dei servizi socio-assistenziali e sociosanitari. La legge quadro 328/2000, con il decreto legislativo 229/99 "Razionalizzazione del servizio sanitario nazionale", prevede che i comuni singoli e associati realizzino un sistema integrato di interventi sociali e sanitari, promuovendo una integrazione socio-sanitaria con la partecipazione di tutti i soggetti pubblici e privati presenti nella realtà le prestazioni socio-sanitarie e quelle socio-assistenziali.

Nel primo *Piano Regolatore Sociale* cittadino si propone un nuovo paradigma organizzativo:

*«La reale sostenibilità del Piano Sociale cittadino è condizionata dalla capacità che esso avrà di misurarsi con le nuove sfide provenienti da uno scenario in forte trasformazione soprattutto sul piano della riorganizzazione/ adeguamento funzionale dell'intero sistema di intervento. I processi innovativi, infatti, richiedono simultaneamente:*

- un nuovo disegno di tipo sistemico;*
- nuovi paradigmi organizzativi del servizio;*
- nuovi stili di comportamento istituzionale.*

*In questo modo lo sviluppo organizzativo, inteso non solo come semplice riorganizzazione formale, ma come un processo di continuo apprendimento e miglioramento, può trasformarsi in una leva strategica del cambiamento».*

Vengono quindi richiamate le seguenti trasformazioni di tipo organizzativo avvenute nei servizi socio-sanitari a seguito dei provvedimenti relativi al decentramento amministrativo:

- *La creazione in tutti i Municipi di una nuova Unità Organizzativa, la UOSECS (Unità Organizzativa Socio Educativa Culturale Sportiva) in cui in base ad in u*
- *Un nuovo processo di redistribuzione funzionale dei compiti fra Centro e periferia in cui:*
  - *gli Uffici Centrali svolgono funzioni di indirizzo e di programmazione generale, di progettazione di rilevanza cittadina, di controllo di gestione delle attività e dei risultati raggiunti, di formazione e aggiornamento del personale, di valutazione dei servizi offerti;*
  - *mentre ai servizi sociali municipali spetta il compito di progettazione, di gestione e di erogazione degli interventi e delle prestazioni su scala locale.*

Viene inoltre rilevata la necessità di rimodulare efficacemente tale sistema organizzativo per il raggiungimento degli obiettivi strategici del PRS in riferimento al quadro normativo-istituzionale introdotto dalla L. 328/2000:

A tal fine è previsto il riordino dell'assetto organizzativo del V Dipartimento e delle U.O.SE.C.S. municipali.

Così vediamo che a seguito di quelli che sono giudicati dei *«positivi risultati raggiunti nel corso della fase di predisposizione dei Piani di Zona, si ritiene necessario rafforzare e rendere permanente la funzione dell'UFFICIO DI PIANO,*

*con compiti di programmazione, monitoraggio e valutazione, in stretto collegamento con il Sistema Informativo Sociale e con il Segretariato Sociale».*

Viene così prevista l'istituzione, nell'ambito dei servizi sociali, a livello dell'amministrazione centrale e di ciascun Municipio di un UFFICIO DI PIANO al quale attribuire una funzione di progettazione e di programmazione permanente.

Nel Manuale operativo per la costruzione dei Piani Regolatori Sociali dei Municipi di Roma 2008-2010, vediamo che nell'ambito di una rielaborazione del paradigma organizzativo rappresentato nei Piani di zona, viene proposto attraverso la ridefinizione/trasformazione delle esperienze che negli anni di programmazione e attuazione avevano rappresentato nel nuovo concetto di Piani regolatori sociali municipali.

Le linee programmatiche del Sindaco Walter Veltroni per il mandato amministrativo 2006-2011, approvate dal Consiglio comunale con la Deliberazione n. 124 del 3 luglio 2006, contengono la seguente indicazione:

*<<Nel corso di questo mandato occorre passare alla costruzione dei Piani regolatori sociali di ciascuno dei 19 Municipi, sempre secondo il metodo della partecipazione e del coinvolgimento della cittadinanza e dei soggetti associativi, raccordando servizi sociali e sanitari in una rete integrata per tutte le fasce di intervento>>.*

Il 7 marzo 2007 la Giunta, con un'apposita "Memoria", su iniziativa dell'assessore alle politiche sociali e per la promozione della salute e in

accordo con gli Assessori municipali, ha dato avvio al processo di costruzione dei Piani.

La *Memoria di Giunta* prevede, tra l'altro, che il V Dipartimento fornisca agli Uffici di Piano istituiti presso i servizi sociali di ciascun Municipio "indicazioni e sussidi metodologici per la costruzione dei piani regolatori sociali".

A tal fine il V Dipartimento ha rafforzato le funzioni degli uffici preposti alle azioni di sistema, con i seguenti obiettivi:

- *collaborare nell'organizzazione di un ciclo di seminari cittadini sull'integrazione del welfare locale con altri sistemi di sviluppo locale (salute, lavoro, casa, sicurezza, urbanistica) per mettere a confronto indirizzi programmatici e buone pratiche territoriali e per tradurre in atti di governo locale gli obiettivi di integrazione*
- *accompagnare e sostenere gli uffici di piano dei Municipi nel percorso di costruzione dei Piani, fornendo loro sussidi, consulenze e assistenza tecnica*
- *favorire gli scambi orizzontali di buone pratiche, le sinergie e il mutuo apprendimento tra i Municipi, anche mediante l'utilizzo di nuove tecnologie*
- *promuovere un'armonizzazione dei Piani Regolatori Sociali dei Municipi con il Piano Regolatore Sociale del Comune di Roma, sulla base del principio di sussidiarietà verticale.*

Nell'ambito delle azioni delineate sopra, il presente "*Manuale operativo*" si propone lo scopo di offrire un quadro di riferimento unitario sia per l'identificazione dei processi per la costruzione partecipata del Piano, sia per l'organizzazione dei contenuti.

Il Manuale delinea dunque gli aspetti metodologici per la costruzione del Piano e si propone come un sussidio operativo, una "guida" che segnala

il percorso, il metodo e gli strumenti per l'elaborazione dei Piani Regolatori Sociali. Esso è rivolto in primo luogo ai dirigenti e operatori della UOSECS – in particolare dell'Ufficio di Piano - che devono redigere il Piano Regolatore Sociale del Municipio, come aiuto per l'impostazione tecnica e la stesura del documento.

Agli Uffici Piano vengono attribuite le seguenti funzioni:

- *traduzione operativa degli indirizzi politico-amministrativi e delle risultanze emerse dal lavoro di concertazione*
- *preparazione del Piano da sottoporre all'esame e all'approvazione degli organi decisionali del Municipio (Giunta e Consiglio municipali)*
- *implementazione delle linee programmatiche e delle azioni previste dal Piano*
- *monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni e valutazione in itinere del raggiungimento degli obiettivi*
- *presentazione di proposte per eventuali varianti e per l'aggiornamento periodico del Piano>>.*

Abbiamo visto come la cultura organizzativa si esprima per molta parte attraverso l'elaborazione finale di documenti scritti, nel caso della presenza di soggetti istituzionali, si definisce attraverso atti con una valenza normativa; in questo senso l'analisi dei suoi testi è fondamentale quanto quella sul campo e ad essa deve essere interconnessa.

In questa ricerca, data l'estrema ampiezza e complessità dell'argomento, sono stati presi in considerazione alcuni luoghi, secondo la proposta di

una antropologia multisituata: laddove per luogo si intende non solo un territorio, ma anche un ambito socio-culturale considerato nodale nel ambito della cultura organizzativa oggetto di analisi. Sono stati individuati il V Dipartimento e il VI Municipio.

Sono stati raccolti e analizzati i documenti relativi al primo Piano Regolatore Sociale cittadino 2004-2007 e al Piano Regolatore Sociale municipale 2008-2010 e i verbali dei tavoli di co-progettazione partecipata del VI Municipio.

## **21 Il piano regolatore sociale del VI° Municipio.**

In tale documento<sup>91</sup> vengono sottolineati i punti di forza come le criticità che a livello territoriale vengono rilevate:

- La necessità di realizzare la rete dei servizi secondo la logica di Sistema sottesa al passaggio dai Piani di Zona sociali ai Piani regolatori sociali municipali.
- I dislivelli nella qualità e nella accessibilità ai servizi da un territorio a un altro.

---

<sup>91</sup> Di cui qui vengono riportate integralmente alcune parti. Qui considerate rilevanti in quanto esso rappresenta una elaborazione critica e autocritica che porta con sé un evidente apporto alla conoscenza di alcuni temi e problemi del VI Municipio.

- Un mancato reale coordinamento con gli uffici dipartimentali del Comune, percepiti come “distanti” nella realtà operativa dei servizi.
- La precarietà lavorativa e la scarsità delle risorse umane impiegate nei progetti incide su:
  - la qualità e sulla continuità dei servizi;
  - la possibilità di creare un sistema stabile di lavoro di rete integrato.

Tali osservazioni vengono espresse nel primo capitolo del Piano “Riflessioni su un nuovo modello organizzativo del Servizio Sociale” nei seguenti termini:

Il servizio sociale desidera esprimere la necessità di proseguire ed arricchire la riflessione su quei processi che possono migliorare la qualità del lavoro, e definire un modello di servizio costruito su quelle basi normative che da tempo prospettano un nuovo sistema di servizi pubblici accessibili, flessibili, e capaci di concretizzare programmi il più possibile personalizzati ed efficaci nel rispondere ai bisogni sociali.

Il passaggio dalla singola prestazione, al progetto di presa in carico per coloro che appartengono alle fasce più deboli e il ruolo di governo del municipio nella gestione della rete dei servizi , hanno impegnato gli operatori in un lavoro di alta complessità.

Nell’attuale contesto economico, il servizio si confronta con l’accrescere della popolazione anziana, l’aumentato fenomeno della devianza in particolare quella giovanile, i problemi legati all’inclusione sociale, l’abuso e il maltrattamento dei minori e la comparsa di nuove povertà, solo per citarne alcuni.

Tutto questo richiede un forte impegno non soltanto, nel trarre un bilancio di quanto già si è costruito, ma ci impone di ragionare su quali

strumenti e risorse siano indispensabili per procedere al raggiungimento degli obiettivi futuri rendendo sempre più forte la necessità una stabile integrazione tra il complesso degli interventi e il governo locale.

Dopo l'esperienza del Piano Sociale di Zona, che ha permesso l'apertura di servizi innovativi e indispensabili, oggi ci troviamo a confrontarci con una sfida ancora più impegnativa che è quella di lavorare ad un Piano Regolatore Sociale per il territorio che prevede la compartecipazione delle diverse realtà in una logica di sistema.

Nonostante le ambizioni legislative e le scelte operate fino ad ora, riteniamo che il sociale evidenzi una frammentazione di interventi che necessita di coordinamento tra il pensare e l'agire, con l'urgenza di superare quelle disuguaglianze molto evidenti che discriminano i cittadini che accedono ai servizi con la speranza di poter risolvere le proprie difficoltà.

Non è accettabile pensare che abitare un territorio piuttosto che un altro determini la possibilità o meno di accesso a servizi spesso indispensabili a migliorare la qualità della vita .

Riteniamo pertanto decisiva un'accelerazione del processo di messa in rete di quanti sono deputati ad occuparsi di politiche sociali.

La connessione delle diverse politiche abitative, del lavoro, dell'istruzione, della formazione, rappresenta lo strumento per rendere esigibili i diritti dei cittadini.

A livello operativo tutto questo si traduce in un'operazione di rete con quegli uffici dipartimentali che dal punto di vista dei Municipi sono spesso percepiti come lontani e dei quali molto spesso non si conoscono le numerose competenze.

### Precarietà del lavoro

In questi ultimi anni si è fatto ricorso al lavoro precario per garantire servizi che altrimenti non avrebbero permesso la presa in carico di situazioni gravi ed estremamente complesse . Per chi svolge questo



lavoro è importante dare significato a ciò che si sta facendo proprio perché si realizza attraverso l'esperienza della relazione con l'altro.

Il Servizio Sociale ha potuto contare sulla responsabilità delle assistenti sociali interinali e del personale con contratto a tempo determinato che hanno lavorato con senso di responsabilità, mettendo a disposizione professionalità e passione nel lavoro quotidiano.

I servizi possono funzionare realizzando benessere per le persone solo a patto di mantenere una stabilità di risorse umane e finanziarie

Uscire dalla logica della precarietà dell'operatore come da quella del progetto che si realizza, diventa un servizio e poi è destinato a finire per mancanza di fondi, significa non disperdere energie ed evitare quella frammentazione che rende il sociale ancora molto fragile.

Siamo, pertanto, contenti che sia iniziato per le colleghe un percorso di stabilizzazione con la conseguenza di ricadute positive sul servizio.

Nel IV capitolo la questione posta dall'immigrazione viene espressa in termini di integrazione culturale.

La questione dell'integrazione culturale.

Gli immigrati nel Comune di Roma

Secondo i dati dell'Ufficio di Statistica del Comune di Roma, all'inizio del 2006 i cittadini stranieri residenti a Roma sono 235.708, con un'incidenza pari all'8,4% sul totale dei residenti ed un incremento del 5,3% rispetto all'anno precedente. Questo numero non comprende una consistente quota di immigrati, che pur regolarmente soggiornante, non è stato ancora in grado di effettuare l'iscrizione anagrafica.

Si tratta prevalentemente di un'immigrazione al femminile" (infatti le donne rappresentano il 52,8% del totale si rispetto al 50,6% degli uomini) orientata in modo consistente all'inserimento nel lavoro domestico e di cura, anche se ultimamente si sono registrati aumenti nel

campo del commercio, lavori impiegatizi, attività socio-culturali e nell'imprenditoria.

Rispetto alle aree di provenienza una maggioranza di stranieri residenti ha un'origine europea (39,3%) e di questi la quota più consistente proviene dall'Europa centro-orientale (21,7%). Seguono gli asiatici (29,5%), gli africani (15,3% di cui il 7,4% è costituito da nord-africani), gli americani (14,7% di cui il 12,4% proviene dal centro-sud america).

Rispetto alla popolazione nomade che vive nel Comune di Roma il GrIS (Gruppo di Collegamento Immigrazione e Salute del Lazio) ne ha stimato una presenza pari a 7.849 persone fino al 2006, distribuite più o meno in tutti i Municipi di Roma, all'interno di 32 insediamenti.

#### Gli immigrati nel Municipio Roma 6

I dati aggiornati al 2002 attestano che gli immigrati incidono per il 7,4% sulla popolazione residente, a fronte del dato medio comunale del 6,7%. I dati agli inizi del 2006 registrano una presenza di stranieri in 12.000 unità segnando pertanto un incremento notevole (poco più del 10%).

L'area, in sostanza, è caratterizzata da una forte immigrazione che ha condotto, tra le altre cose, all'edificazione di aree caratterizzate da condizioni abitative disagiate e da forme di povertà estrema.

Negli anni più recenti, si sono sommate cause di disagio sociale legate ai sempre difficili problemi di integrazione degli immigrati, presenti in misura consistente.

Il Servizio Sociale del Municipio Roma 6 si è sperimentato in percorsi di aiuto a più livelli. Il primo livello è quello dell'ascolto.

Si tratta di capire le richieste ed i bisogni, di individuare i progetti, di orientare le persone nella rete dei servizi pubblici e privati ed in generale nella società italiana.

I bisogni rilevati sono stati soprattutto:

Bisogni "Primari": sostegno economico, alloggiativo, ricerca di lavoro ecc.

Problemi di Inserimento Socio-Culturali: corsi di alfabetizzazione, corsi di lingua italiana e corsi professionali ecc. per gli adulti. La ricerca di centri aggregativi e/o sportivi, di sostegno scolastico, di inserimento nei nidi per l'infanzia immigrata...

Tutto ciò sia attraverso l'attivazione di risorse specifiche per la popolazione immigrata (es progetto Simili, Il Sedile dei Popoli, Centro Semina, Associazione Virtus Ponte Mammolo, Caritas...), sia attraverso progetti che se ne occupano trasversalmente (del.154/97, del 163/98, progetti sorti con fondi ex L 285/97 e ex L.328/00, Borse-Lavoro...).

Criticità:

Le associazioni e le cooperative che lavorano sul territorio con e per gli immigrati - ARCI, Nessun Luogo è lontano, EL Kelam, sono molteplici e rivestono le funzioni più varie: consulenza, orientamento e sostegno, mediazione culturale, sostegno scolastico, interventi finalizzati all'integrazione di prima, seconda e terza generazione...Tra le criticità si sottolinea la difficoltà di accesso legata alla scarsa visibilità e la parcellizzazione degli interventi, nonché lo scollamento rispetto all'istituzione. D'altro canto tali soggetti spesso rappresentano per molti degli stranieri presenti sul territorio un primo approdo dove esporre le proprie necessità ed essere indirizzati e sostenuti nell'accesso alle risorse pubbliche e/o private del territorio. Molti nuclei familiari straniere, come anche molti italiani, hanno difficoltà ad usufruire di servizi quali i nidi comunali perché il loro lavoro in "nero" spesso le preclude

Tra le criticità si sottolinea la difficoltà di accesso legata alla scarsa visibilità e la parcellizzazione degli interventi, nonché lo scollamento rispetto all'istituzione da parte delle cooperative e delle associazioni che lavorano sul territorio e spesso sono l'unico riferimento degli immigrati più emarginati.

## TAVOLI DI CO-PROGETTAZIONE

Nei giorni 16, 22 e 29 gennaio 2008 si sono svolti quattro Tavoli tematici di coprogettazione, momento essenziale per la costruzione del Piano Regolatore Sociale.

Gli argomenti affrontati sono stati: la *questione occupazionale*, *l'emergenza abitativa*, *l'integrazione tra culture* e la *socializzazione*. Alle riunioni hanno partecipato circa cento persone in rappresentanza del mondo dell'associazionismo, della scuola e della cittadinanza.

In questa parte del documento desideriamo riportare in sintesi le proposte emerse:

- una richiesta comune a tutti e quattro i tavoli è stata quella di creare un unico spazio operativo per accedere alle informazioni sulle risorse presenti sul territorio e sulle attività esistenti. Spazio che possa rappresentare anche un punto di riferimento per coordinare le varie realtà che operano nel sociale. Ideale punto di riferimento in questo senso saranno i Tavoli di Coordinamento (CODA) attivi da diversi anni.
- dal tavolo riguardante le problematiche legate al lavoro è emersa la necessità di stabilire contatti e accordi con la piccola imprenditoria presente sul territorio per creare opportunità anche "protette" dell'utenza più debole. Nel merito risulta importante coinvolgere anche le associazioni del settore dell'artigianato e le rappresentanze sindacali.
- dal tavolo sull'integrazione interculturale due concetti sono emersi in modo preponderante: a) la necessità di mettere in rete i servizi del territorio; b) progettare servizi che siano per le famiglie e non settorializzati al fine di facilitare l'accesso ai servizi e alle risorse territoriali.
- dal tavolo sull'emergenza abitativa le proposte riguardano soprattutto la creazione di un Osservatorio permanente sulle

politiche abitative e la richiesta al Municipio di censire gli immobili comunali e dell'Ater presenti sul territorio. Un censimento che dovrebbe riguardare anche gli spazi pubblici dismessi e quelli confiscati alle organizzazioni criminali con la possibilità di un riutilizzo a scopi sociali. Altra tematica affrontata è quella delle persone disabili che vivono ancora con i propri familiari e che avrebbero bisogno, in prospettiva, di uno spazio abitativo autonomo.

- dal tavolo sulla socializzazione, che ha visto un'ampia partecipazione, è emersa l'esigenza di implementare la rete mettendo in comune le risorse e l'esperienza di ogni attore sociale presente sul territorio.

## AZIONI DI SISTEMA

Particolare rilevanza, nell'ambito delle Azioni di Sistema, verrà data alla creazione di "Agenzie" come strumento di supporto alle attività del Servizio Sociale dando priorità a quattro particolari tematiche:

- a) facilitare l'accesso alle informazioni e alle risorse del Servizio Sociale;
  - b) fornire agli operatori del Servizio uno spazio per la supervisione dei casi e la possibilità di una consulenza legale;
  - c) lavorare sulla sicurezza abitativa, in particolare per le persone anziane che vivono da sole;
  - d) attivare un servizio di trasporto in favore dell'utenza anziana e disabile non in grado di usare il trasporto pubblico.
- Per implementare i servizi a sostegno delle funzioni genitoriali è stata programmata la creazione di un spazio-incontro per famiglie in cui sarà possibile confrontarsi sulla propria esperienza di genitore.

- In favore delle persone diversamente abili e dei loro nuclei familiari la proposta progettuale riguarda la promozione e il sostegno all'autonomia personale con la creazione di due spazi residenziali dove sperimentare situazioni di convivenza con il supporto esterno del Servizio Sociale.
- Per quanto concerne i Tavoli di co-progettazione è emersa in maniera significativa l'esigenza di dare continuità a questi momenti di incontro operativo: spazio ideale sarà quello dei Tavoli di Coordinamento (CODA minori, CODA Adulti, Gruppo Integrato Nomadi) attivi da diversi anni in cui tutti gli attori sociali saranno chiamati a partecipare formulando proposte progettuali e continuando a mettere in rete la propria esperienza. Verranno attivati inoltre altri due Tavoli di Coordinamento: il CODA disabili e il CODA sulle tematiche degli anziani
- Nell'ambito, invece, dei percorsi educativi, didattici e formativi in favore dei nuclei familiari e minori stranieri si è progettato un servizio di mediazione culturale per facilitare l'accesso in ambito scolastico dei minori e adulti stranieri. Progetto che si raccorderà con l'altro denominato "Simili" per un lavoro più a stretto contatto con l'utenza immigrata per una maggiore facilitazione all'inclusione sociale. In questo quadro operativo saranno programmate azioni comuni con la "Rete delle Scuole", il C.T.P e il progetto "Anisoara".
- Sul fronte delle attività volte allo sviluppo e alla crescita dell'occupazione è intenzione da parte del Servizio Sociale, in virtù anche dell'avvio dello sportello municipale EDA, coordinarsi e integrarsi con le azioni del Dipartimento XIV sulla base anche della Delibera della Giunta Comunale n. 5 del 9.1.2008 "Piano per lo sviluppo Locale della Buona Occupazione per il triennio 2008-2010".

### ***21.1 Sistema Informativo dei Servizi Sociali.***

E' importante, infine, rilevare che il Servizio Sociale del Municipio 6, sta collaborando attivamente con il Dipartimento V dal mese di giugno 2006, alla costituzione ed avvio del Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS/SOCIAL), in conformità con quanto stabilito dall'art. 21 della Legge 328/2000.

La Regione Lazio infatti ha avviato la programmazione e la realizzazione di suddetto sistema, in maniera congiunta con le Province ed il Comune di Roma con l'obiettivo di costruire un Database unico dell'offerta socio – assistenziale, articolato per tipologia di servizi e della loro distribuzione territoriale.

Dall'agosto 2006 all'agosto 2007 è stata completata la fase iniziale e fondamentale del censimento delle strutture e dei servizi socio – assistenziali. La seconda parte del progetto è iniziata nel mese di settembre 2007 con l'attività di rilevazione che mira all'acquisizione di informazioni idonee a consentire una esatta connotazione dell'offerta dei servizi, quali: forme di gestione, modalità organizzative, numero e caratteristiche professionali degli operatori, tipologia delle prestazioni erogate, numero e tipologie di utenti, aspetti economici (costi, fonti di finanziamento, etc.).

Il progetto alquanto ambizioso, mira ad assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, per poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

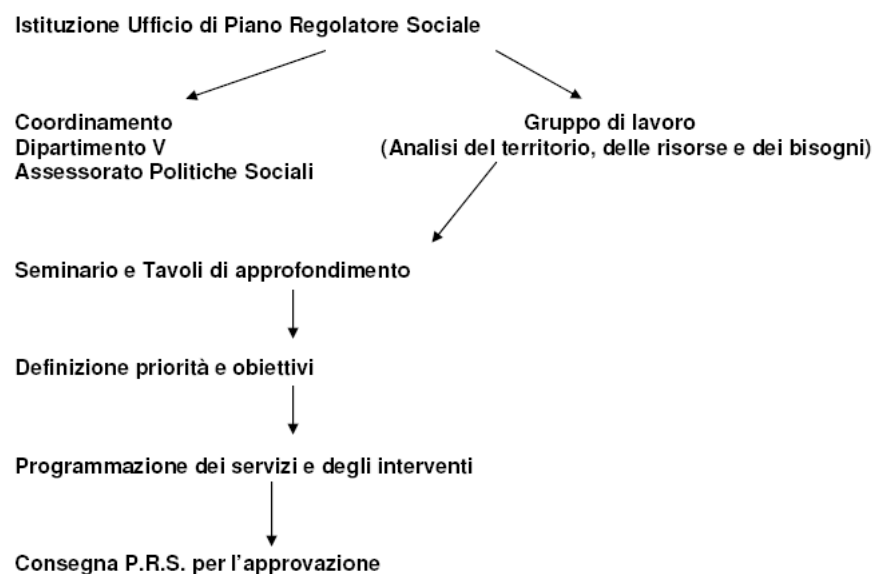
#### **Integrazione con le altre politiche cittadine**

Per ciò che riguarda un altro tema importante e cioè quello delle politiche di integrazione tra culture si ritiene fondamentale nella direzione peraltro già intrapresa, di rafforzare un linguaggio comune tra

quanti sono impegnati sul tema :rete delle scuole, realtà associative spontanee,terzo settore, altri servizi istituzionali. Per quanto riguarda la Provincia a breve si avvieranno degli incontri per valorizzare e potenziare quanto già attivo nell'ambito dei servizi rivolti all'infanzia immigrata.

Per quanto riguarda le attività svolte nell'ambito della definizione del piano, tale percorso viene schematizzato nella tabella che segue.

### PERCORSO DI LAVORO





Le fasi di tale percorso vengono poi contestualizzate storicamente nella seguente tabella che ne riporta la cronologia degli eventi.

#### TEMPI DI LAVORO

Agosto 2007

**Costituzione dell' Ufficio di Piano Regolatore Sociale**

Novembre 2007

**Ricognizione e raccolta dati per analisi bisogni e risorse**

Dicembre 2007

**Riunioni con il Dipartimento V**

**Bozza prima parte del P.R.S.**

Gennaio 2008

**Commissione Servizi Sociali per linee guida del Piano Regolatore Sociale**

**Seminario e Tavoli di approfondimento tematico**

Febbraio 2008

**Presentazione del P.R.S. alla Giunta municipale**

**Commissioni Servizi Sociali di valutazione bozza Piano Regolatore Sociale**

**Approvazione del P.R.S da parte del Consiglio municipale**

Marzo 2008

**Invio P.R.S. al Dipartimento V**

## 22 Un paradigma organizzativo: “fare Rete”.

La necessità di una stabilizzazione della rete di lavoro in una logica integrata e di sistema è per Filippo Gnolfo<sup>92</sup> primaria.

In un convegno sull'integrazione socio-sanitaria, organizzato dalla ASL Roma A, ha presentato una relazione dal titolo:

“Costruire una rete locale per una politica di tutela e di promozione della salute dei migranti”. In essa ha presentato la realtà del Gruppo di Coordinamento “Tutela salute migranti”, costituito tramite delibera nella ASL Roma A. Essa si configura nei termini da lui esposti nella seguente tabella.

<b>Gruppo di coordinamento “Tutela salute migranti”</b> Delibera n°378 del 18 aprile 2006	
<b>FUNZIONI</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Supporto Direzione aziendale</li><li><input type="checkbox"/> Collaborazione tra servizi</li><li><input type="checkbox"/> Percorsi di formazione specifica</li><li><input type="checkbox"/> Intese con le associazioni e con le istituzioni</li></ul> <b>AREE D'INTERVENTO</b> P.S.R. 2002-2004 <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Valutazione bisogni di salute</li><li><input type="checkbox"/> Accesso all'assistenza sanitaria</li><li><input type="checkbox"/> Programmi di prevenzione e assistenza</li></ul>	<b>AREE TEMATICHE</b> 10 Referenti <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> PROGRAMMAZIONE</li><li><input type="checkbox"/> FORMAZIONE</li><li><input type="checkbox"/> NORMATIVA</li><li><input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA</li><li><input type="checkbox"/> MEDIAZIONE CULTURALE</li><li><input type="checkbox"/> PREVENZIONE</li><li><input type="checkbox"/> MATERNO - INFANTILE</li><li><input type="checkbox"/> ODONTOIATRIA SOCIALE</li><li><input type="checkbox"/> PSICHIATRIA TRANSCULTURALE</li><li><input type="checkbox"/> INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE</li></ul>

In un'altra tabella il dott. Gnolfo ha illustrato il paradigma organizzativo di riferimento nel quale si può comprendere la prassi di assistenza e tutela della salute dei migranti attualmente in opera presso il I Distretto

<sup>92</sup> Responsabile del Gruppo di coordinamento “Tutela della salute dei migranti” della ASL Roma A.

della Asl Roma A. Si tratta di un “modello cooperativo”, fondato sulla partecipazione al Gr.I.S.-Lazio.



Una partecipazione che lo ha visto attivo sin dall’inizio. Ciò nell’ambito di un orizzonte valoriale di riferimento che vede nella figura di Don Luigi di Liegro inizialmente l’artefice e poi l’ispiratore ideale.

Una figura che ha diversamente ispirato e orientato le maggiori personalità oggi attive nel contesto dei servizi socio-sanitari romani che si occupano della tutela della salute dei migranti e delle fasce deboli della popolazione. Una figura che ha saputo incidere nella realtà di tali servizi e, a posteriori, nel cambiamento che il volontariato ha saputo promuovere nel senso dell’affermazione della *sussidiarietà orizzontale*, alla quale è seguita la modifica del paradigma di gestione dei poteri e dei ruoli e delle funzioni adesso collegati, da una logica di *Government* ad una

di *governance*, di *social governance*. Se la prassi del “lavoro di rete” ne ha portato il riconoscimento a livello legislativo, Gnolfo individua, in riferimento alla tutela della salute dei migranti tre fasi fondamentali, come si evince dalla tabella sottostante.

## LA STORIA

***Il ruolo principale del privato sociale è quello politico.  
Un ruolo che significa: riproposizione dei bisogni,  
stimolo all'intervento, denuncia delle inerzie"***

Luigi Di Liegro  
"Immigrazione. Un punto di vista", 1997



- ANNI '80 - INIZIO ANNI '90  
Fase dell'esclusione  
AGENZIA IMMIGRATI (U.S.L. RM/1)
- FINE ANNI '90  
Fase del mandato istituzionale  
GRUPPO DI LAVORO "IMMIGRAZIONE E SALUTE"
- OGGI  
Fase dell'accesso  
GRUPPO DI COORDINAMENTO "TUTELA SALUTE MIGRANTI"  
RETI LOCALI

## 23 L'esperienza pionieristica di Mediazione culturale della Azienda USL Roma C e della Struttura complessa di medicina delle migrazioni e dermatologia tropicale S. Maria e San Gallicano

Per introdurre il tema della mediazione culturale farò riferimento alle parole enunciate in proposito da Maria Edoarda Trillò<sup>93</sup>, la quale mette in relazione l'incontro/scontro tra servizi e utenti immigrati con la trasformazione della cultura organizzativa dei servizi di cui l'inserimento nella realtà dei servizi sanitari di progetti di mediazione culturale, sembra essere solo una delle conseguenze dell'esperienza dei contatti interculturali che in tale ambito di servizi – definiti di frontiera - avvengono quotidianamente:

*“L'Italia, da più di dieci anni, ha iniziato una politica migratoria e sta costruendo un modello di integrazione, un sistema di accoglienza e di inserimento sociale e culturale.*

*Il cambiamento della struttura sociale in atto e la diversità linguistica e culturale che emerge nell'incontro tra operatori italiani, dei diversi settori pubblici e privati, e utenti stranieri, porta ad un importante cambiamento dei comportamenti delle due parti come tappa dell'esperienza transculturale in una società che cambia sia*

---

<sup>93</sup> Pediatra Responsabile del Consultorio Familiare di via Casilina - ASL Roma C – Distretto

6, e oggi Dirigente del Servizio Materno Infantile della medesima ASL.

*per l'italiano sia per lo straniero e che ad entrambi può essere aliena. L'incontro si pone quasi come una difficile sfida per evitare conflitti e malintesi.*

*Le metodologie messe in atto per il cambiamento hanno richiesto risorse specifiche. Una di queste risorse è il mediatore culturale, elemento essenziale di tramite e ponte tra culture diverse così come è accaduto in altri paesi europei che hanno preceduto l'Italia nell'esperienza dei flussi migratori.*

*L'ambito sanitario (ospedali, servizi distrettuali, servizi amministrativi) si configura quale elemento di frontiera per lo straniero e per le straniere in Italia alla ricerca di migliorare le proprie condizioni di vita con il lavoro o con il ricongiungimento familiare, in cerca di un rifugio per guerre o persecuzioni politiche, per turismo o per studio o per motivi religiosi. Il primo impatto con le strutture sanitarie fa subito emergere le difficoltà di comunicazione linguistica e culturale tra i pazienti-utenti e gli operatori delle ASL e delle Aziende Ospedaliere e la mediazione culturale è una risorsa che va utilizzata in tutte quelle realtà in cui le difficoltà di comunicazione impediscono una adeguata offerta e fruizione dei servizi sanitari. Il presupposto è che la presenza di un mediatore linguistico culturale faciliti la relazione operatore-paziente e, nel rapporto tra utenti stranieri ed istituzione sanitaria, riesca ad essere fattore positivo per l'accoglienza e la presa in carico di questa fascia di utenza, facendo da tramite tra i servizi socio-sanitari e le comunità di immigrati stranieri e nomadi>>.<sup>94</sup>*

---

<sup>94</sup> M. E. Trillò,

### ***23.1 Il “Progetto di Mediazione linguistico culturale per la popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade nella ASL Roma C”***

L'osservazione partecipante inerente il *focus* di ricerca “mediazione culturale”, è stata fatta nell'ambito di un corso sull'argomento per operatori socio-sanitari organizzato da Marcella Coccia e tenuto da una mediatrice culturale che sin dall'inizio ha collaborato con la Asl Roma C. Inoltre sono state eseguite delle interviste ad operatori socio-sanitari, a mediatori culturali, alla dott.ssa Maria Edoarda Trillò, attualmente dirigente del Servizio materno-infantile della stessa ASL, promotrice del progetto, e alla stessa dott.ssa Marcella Coccia, la quale sin dall'inizio e fino a pochi mesi fa, quando è andata in pensione, è stata responsabile del Servizio per la ASL RM/C. Il suo impegno però non è finito e si esplica ancora in attività di collaborazione esterna. La dott.ssa Marcella Coccia ha con grande disponibilità ha messo a disposizione la sua Tesi di Laurea che ha per oggetto appunto: “Il progetto di Mediazione linguistico culturale per la popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade nella ASL Roma C”.

Come già accennato, i *testi* elaborati all'interno stesso dell'ambiente socioculturale oggetto di ricerca, anche di carattere scientifico, sono qui considerati oggetti possibili di analisi in quanto rappresentazioni della realtà culturale come le interviste, anche se evidentemente sono “costruite” in un contesto e con modalità e fini differenti da esse.

Vediamo subito con quali parole l'autrice di questo lavoro motiva la sua ricerca:

*<<Il nostro interesse nell'elaborazione di questa tesi è nata dalla osservazione*

*diretta dei mutamenti delle dinamiche operative all'interno delle strutture socio-sanitarie prodotte dagli afflussi della popolazione immigrata e dalla sperimentazione quadriennale (periodo novembre 1997 – dicembre 2001) del “Progetto di Mediazione linguistico culturale per la popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade nella ASL RM/C”.*

*[...] La Tesi tende a dimostrare che la figura del Mediatore linguistico-culturale ha prodotto, all'interno delle strutture ospedaliere e nei servizi sanitari territoriali della ASL, modifiche negli atteggiamenti degli operatori (più attento ascolto e migliore accoglienza), una maggiore fruizione ed un più corretto utilizzo degli stessi servizi da parte degli immigrati di varie nazionalità>>.<sup>95</sup>*

E' qui interessante la testimonianza diretta sulla risposta che nell'ambito socio-culturale e organizzativo della Asl Roma C si è scelto di dare a fronte delle dinamiche di mutamento sociale indotte dalla presenza di immigrati, che hanno interessato anche i servizi socio-sanitari aziendali nel momento in cui si sono trovati a dover accogliere, ed interagire con, utenti e operatori immigrati.

Ma vediamo poi come viene delineato il quadro valoriale all'interno del quale è stata elaborata, come risposta a tale problema, la percezione di una esigenza quale quella di inserire la figura del mediatore linguistico culturale all'interno dei servizi della ASL Roma C:

*<<L'utilizzo del mediatore linguistico culturale nei servizi sanitari è un'innovazione che nasce dall'esigenza concreta di favorire una politica di integrazione che non contrapponga l'immigrato all'autoctono, che porta riconoscimento ad una*

---

<sup>95</sup> M. Coccia, *Il progetto di Mediazione linguistico culturale per la popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade nella ASL Roma C, tesi di laurea.*



*professionalità nuova e, al tempo stesso, applica il concetto di salute come entità complessa, identificando nella comunicazione e nella gestione del conflitto un nodo importante nel vissuto corporeo. In più, il fatto che i mediatori siano essi stessi immigrati, pone l'accento sulla valorizzazione della cultura di cui essi sono portatori e li rende protagonisti nel processo di cambiamento nella società multiculturale>>. <sup>96</sup>*

Notiamo innanzitutto la concezione qui proposta di “salute”, superante il concetto di semplice assenza di malattia, che si inserisce nel discorso più ampio che, come abbiamo già visto, si è venuto a delineare a livello storico-culturale, trovando riconoscimento anche a livello internazionale. La dott.ssa Coccia parla di salute come “entità complessa” condizionata dal “vissuto corporeo”. La connessione tra corporeità ed il vissuto esperienziale, quindi tra la capacità di promuovere “comunicazione e gestione del conflitto” con la capacità di promozione della salute a livello globale degli individui, assegna qui un ruolo fondamentale alla professione del mediatore culturale.

Notiamo poi come tale professione sia collegata al concetto di “integrazione”, dobbiamo considerare che questo lavoro è del 2003, quando tale concetto veniva ancora usato da alcuni con una accezione positiva che rimandava a una dinamica interculturale basata sulla reciprocità di adattamento nella differenza, mentre ora è un concetto che è sottoposto a critica in riferimento alla polemica nei confronti di chi pone la questione dell’”integrazione” come assimilazione, in un rapporto unidirezionale che prevede che l’altro da sé aderisca ad un presunto sistema di valori univoco italiano.

---

<sup>96</sup> M. Coccia, *Ibidem*

In questo caso l'integrazione auspicata viene legata al "riconoscimento di una professionalità nuova" nella quale trovano inserimento lavorativo gli stessi immigrati, fatto che li "rende protagonisti" nel processo che porta ad una (auspicata) società multiculturale. Anche qui notiamo che la categoria scelta è "multiculturale" e non "interculturale".

### ***23.2 Identità e "gruppi di interesse":***

C'è da dire in merito che proprio nell'ambito dei mediatori culturali sembra esservi una necessità di radicalizzazione delle differenze, infatti, nell'attività di ricerca sul campo, nell'ambito di riunioni e colloqui informali con alcuni di essi, è emersa una forte difficoltà a porsi in termini superanti le categorie di "razza", "etnicità" e "cultura", quest'ultima nella sua concezione essenzialistica. Tale orientamento è sembrato emergere in relazione alla funzione di riedificazione e affermazione delle rispettive identità socio-culturali, attraverso lo sviluppo del senso di appartenenza alle rispettive comunità presenti in Italia.

In tal senso mi pare utile il discorso di Cohen sull'etnicità come espressione di gruppi di interesse, concetto che si può trasporre all'identità di "migranti" come gruppo di interesse nell'ambito dell'affermazione della professione di mediatori culturali.

Qui vediamo come in riferimento ai diversi contesti di interazione sociale, si possa rilevare l'espressione di identità multidimensionali o fluide, per cui l'identità si realizza come processo nell'ambito della vita relazionale delle persone, in un continuo riposizionamento del proprio sé

individuale e sociale, in riferimento all'altro che via, via si viene a definire come tale: il proprio *sé* della comunità d'origine che si contrappone all'*altro* che non vi appartiene, il proprio *sé* migrante, che si contrappone all'*altro* autoctono.

Particolarmente significativa come espressione di tali dinamiche socio-culturali che stanno avvenendo nell'ambiente sociale dei mediatori culturali, mi è parsa essere una discussione avvenuta all'interno di una riunione di mediatori culturali il cui oggetto era la definizione di una proposta delle caratteristiche che avrebbe dovuto avere tale figura ai fini di un suo riconoscimento giuridico. In tale occasione una delle mediatrici, organizzatrice dell'evento, stava delineando le caratteristiche che, dal punto di vista della costituenda associazione dei mediatori culturali, avrebbero dovuto trovare riconoscimento giuridico. Arrivata a porre la questione della esclusione degli italiani in quanto, benché teoricamente preparati, non potevano entrare nelle pieghe della cultura degli utenti immigrati in quanto solo chi ha esperienza di vita di tali universi semantici può cogliere il senso profondo di ciò che essi comunicano, due mediatrici italiane (laureate in mediazione linguistico culturale e specializzate in cinese) hanno chiesto che differenza poteva esserci tra un mediatore di Capo Verde e uno italiano nel trattare con un utente pakistano o cinese o romeno. A questo punto gli è stata opposta, come qualificante la professione, la questione inerente l'aver vissuto in prima persona l'esperienza di vita del migrante.

Queste elaborazioni culturali in merito alle caratteristiche che dovrebbero definire l'identità del mediatore culturale si sono evolute e affermate nel tempo a partire dall'*input* dato dal progetto sperimentale

della Asl Roma C e del San Gallicano proprio alla creazione di questa nuova “identità”. Nell’intervista rilasciata, la dott.ssa Coccia infatti ha messo in evidenza l’iniziale difficoltà a far emergere un sentimento di gruppo, in un insieme eterogeneo di persone di origine differente: <<da parte mia c’è stato anche un notevole lavoro di “mediazione” tra mediatori>><sup>97</sup>. Vediamo come la questione viene esplicitata anche nell’elaborato della sua Tesi:

*<<Si è anche cercato di favorire la partecipazione dei mediatori, in veste di relatori, nei convegni e seminari, che si sono tenuti nella città di Roma all’interno e all’esterno della ASL Roma C, su tematiche specifiche dell’immigrazione e della mediazione. Ciò anche per favorire l’integrazione tra tutti i mlc che, provenienti da varie nazioni e con culture diverse, non sempre riuscivano a lavorare insieme e per far emergere l’importanza del lavoro da loro svolto favorendo un’identità di gruppo, non più etnica bensì professionale>>.<sup>98</sup>*

### **23.3 Casi di resistenza da parte dell’utenza immigrata all’utilizzo di mediatori linguistico culturali appartenenti alla propria comunità nazionale.**

A proposito della questione specifica inerente la questione dell’esperienza di emigrazione come caratteristica essenziale della professione di mediatore culturale, c’è invece da osservare come - a livello di analisi delle interviste agli operatori socio-sanitari del VI Distretto - sia invece emersa l’esistenza di resistenze all’interno della comunità cinese verso un mediatore appartenete alla loro stessa

---

<sup>97</sup> M. Coccia,

<sup>98</sup> M. Coccia,

comunità. Sembra infatti, che spesso sia molto più bene accetto da parte degli utenti cinesi un mediatore italiano, rispetto ad uno cinese in quanto vi è poca fiducia a parlare di problemi privati a persone appartenenti alla comunità cinese romana, che anche se non identificati personalmente, lo sono da un punto di vista dell'appartenenza a determinati luoghi di provenienza e famiglia presenti a Roma.

Come anche ha sottolineato la dott.ssa Coccia, il rifiuto o la sfiducia verso un mediatore culturale connazionale è un fatto che trova delle motivazioni, più o meno esplicite, nella diffidenza a parlare delle proprie questioni private ad una persona considerata interna alla propria comunità stanziata a Roma:

*<<non tutti cinesi, come anche i bengalesi, non tutti i bengalesi accettano una determinata persona, perché la vedono come appartenente a quella famiglia, o a quella... e quindi hanno paura che fra loro ciacolino, chiacchierino (...). Questo è importante, però è anche importante che l'operatore chiarisca, che faccia proprio pulizia all'inizio del colloquio, dicendo che appunto ha il segreto professionale – come ce l'abbiamo noi, il segreto professionale, ce l'hanno anche loro, no? (...). Cioè, sta anche agli operatori cercare di far accettare il mediatore, oltre che al mediatore, no?>><sup>99</sup>*

Dei problemi in merito all'accettazione del ruolo di un mediatore culturale sono emersi nel corso del progetto diretto dalla dott.ssa Coccia, vedremo che in tali resistenze è individuato un rifiuto legato al genere e/o allo status sociale del mediatore quando esso appartiene alla stessa

---

<sup>99</sup> M. Coccia,

comunità dell'utente, il quale si aspetta che egli condivida il sistema di valori e di ruoli sociali legati alle distinzioni sociali e di genere della propria cultura di appartenenza:

*<<Il Progetto prevedeva che la mlc potesse essere richiesta e anche se le richieste da parte degli utenti stranieri sono state esigue numericamente, fu molto importante riceverle in quanto servì ad evidenziare che la comprensione dell'utilità di un servizio porta l'utenza, immigrata e non, ad un suo giusto utilizzo.*

*Fu nei servizi consultoriali che l'utenza straniera si attivò richiedendo direttamente la mediazione; è da ricordare, come sopra riportato, che i CF sono le strutture maggiormente frequentate dai migranti, sia perché sono ad accesso diretto sia perché i servizi offerti, rivolti all'area donna e bambino, sono quelli più richiesti.*

*Le richieste dirette di mediazione da parte di utenti, furono maggiori soprattutto in uno di questi CF, sito nella zona più socialmente "depressa" del Distretto 9°; le richieste pervennero da utenti di varia nazionalità: bengalese (n° 26), cinese (n° 12), rumena (n° 6), egiziana (n° 3).*

*Gli operatori di detto Consultorio hanno vissuto queste richieste dirette come una grande vittoria per il fatto di essere riusciti a far comprendere, soprattutto alle persone di nazionalità bengalese, l'importanza della mediazione linguistico-culturale. Ciò soprattutto perché, inizialmente, era l'unica popolazione che rifiutava completamente la figura della mediatrice; probabilmente per due ragioni: sia perché di sesso femminile (quasi tutti i nuclei bengalesi utenti di quel Consultorio sono di religione mussulmana ove è l'uomo che "agisce"), sia perché appartenente ad una classe più elevata, rispetto alla maggioranza degli utenti.*

*È stato solo quando gli operatori si sono "imposti" costringendo alcune famiglie ad accettare l'intervento della mediatrice che è iniziato un rapporto fiduciario tra la mlc e*

*gli utenti bengalesi. Ovviamente la “costrizione” fu accompagnata da interventi mirati su quella fascia di popolazione, che ne favorì l'accettazione>>. <sup>100</sup>.*

Vediamo come il condizionamento dei rapporti di potere tra operatori e utenti in questo caso possa incidere non solo nell'ambito del servizio, ma anche nei processi di mutamento culturale interni alle comunità immigrate. Per cui nell'incontro/scontro socio-culturale nell'ambito del contesto dei servizi socio-sanitari si produca un impulso, attraverso nuove prassi operative, alla definizione di nuovi paradigmi organizzativi, attraverso i quali vengono messi alla prova nuovi valori culturali, nella ridefinizione degli orizzonti di senso condivisi nei differenti ambienti socio-culturali italiani e delle diverse comunità di immigrati.

L'impatto con orizzonti di senso radicalmente differenti può però portare a comportamenti sociali, a livello di singoli e relative comunità, difensivi, ad esempio come emerso in una intervista alla Dott.ssa Rita Cardinali<sup>101</sup> :

*<<C'è una diffidenza, c'è una non voglia, non voglia di entrare in rapporto col resto... sono qui e si ripropongono pezzetti di Cina o di Bangladesh, o di questo... Fondamentalmente gli asiatici, perché poi rispetto per esempio agli altri, di altre etnie, comunque sia hanno più voglia di confronto, ne hanno di più[...] questo è uno dei problemi emergenti del nostro territorio. E' difficilissimo che alcune etnie in particolare si facciano coinvolgere. Gliela puoi mettere in tutte le salse: non... No, è proprio: o un altro pezzo di Cina, o un altro pezzo di Cina, o un altro pezzo di Cina. “Io non è che sto a Roma, sto...”. Ci sono questi bambini che non sanno che esiste il Tevere. Vivono a Roma da dieci, sette, diciotto anni... dipende, insomma. Ma, (...) tu dici,*

---

<sup>100</sup> M. Coccia,

<sup>101</sup> Presidente della Consulta socio-sanitaria del Distretto e del Municipio VI°

*perché il Tevere? Perché il Tevere è una cosa nostra! Cioè, ti preoccupi di sapere dove sei intendo dire>>.*

Anche in riferimento alla maggiore chiusura nell'imparare l'italiano afferma:

*<<Certo. Che poi è difficile due volte: perché è una lingua ed è una scrittura. Quindi, tu non mi puoi dire: "Adesso, tu mi fai vedere e io vado a aprire il (...) dizionario e cerco di... No! E' come il cirillico. È un'altra storia. Non lo conosco, non li conosco quei segni, quindi non so nemmeno che cosa cercare>>.*

A proposito delle realtà dell'immigrazione che presentano maggiori criticità nell'ambito dell'erogazione dei servizi, la dott.ssa Cardinali considera l'ambito dell'assistenza alle persone con problemi psicologici tra i più problematici:

*<<Queste sono le componenti: qui<sup>102</sup> i cinesi sono abbastanza, malgrado la loro chiusura, fra le difficoltà si riesce in qualche modo ad arrivare, perché fra il consultorio, che è qui – noi abbiamo un consultorio, qui a fianco, sotto abbiamo un asilo nido, in più abbiamo la responsabile del Distretto Scolastico, che è una donna eccezionale, che si è circondata di insegnanti ovviamente eccezionali – per cui (...) se la testa è buona, tutto il resto poi va, no?(...). E quindi di conseguenza arrivano. Arrivano, perché arrivano così come t'ho detto, arrivano con una bimba di sei anni che è costretta a fare il mediatore culturale per una... per una madre che sta dando via di testa ma non va al Centro di Salute Mentale, viene con un bimbo in braccio che ha grossi problemi, che ha un anno e mezzo, e lei dovrebbe... no? E loro non vogliono il mediatore culturale. Non vogliono quello cinese, un altro sì. Però... trovalo, un altro che lo sa...!>>.*

---

<sup>102</sup> Consultorio familiare di Via Casilina, 711 - VI Distretto della Asl Roma C.



### ***23.4 Globalizzazione, precarizzazione e radicalizzazione delle differenze***

Nell'ambito dell'attività di osservazione partecipante, è emerso in più occasioni un orientamento alla *radicalizzazione* delle differenze come valorizzazione della propria identità, all'interno dell'ambiente degli stessi mediatori culturali. Un'esperienza, che potrebbe sembrare un dettaglio, ma invece è indicativa in tal senso è stata all'interno della sala riunioni del S. Gallicano: lì c'era un manifesto dove c'era scritto "una razza umana" di fronte al quale una mediatrice africana, che ha anche un ruolo significativo in una Associazione di mediatori culturali, ha commentato che era "sbagliato" perché invece di "razze" ce ne sono molte, addirittura lo stesso cartello era già stato precedentemente "corretto" con un pennarello in "le razze umane". C'è da precisare che la sala in questione viene abitualmente utilizzata per le riunioni dei mediatori e costituisce un punto di riferimento in generale per il loro lavoro in quanto è anche una sala multimediale.

## **24 La Struttura Complessa di Medicina delle migrazioni S. Gallicano e l' Area Sanità della Caritas. Tutela, assistenza e promozione di un *empowerment* degli immigrati.**

Come abbiamo visto il S. Gallicano ha promosso insieme alla Asl Roma C il progetto sperimentale di mediazione linguistico-culturale e buona parte dei mediatori culturali che vi hanno lavorato sin dall'inizio

ancora oggi lavorano sia nelle strutture della Asl Roma C, che presso la Struttura Complessa di Medicina delle migrazioni S. Gallicano.

Anche questa struttura ha svolto un ruolo pionieristico di grande rilevanza nella sperimentazione di nuove logiche di assistenza legate a un contesto valoriale che in parte si fonda nei valori promossi dall'opera di Don Luigi Di Liegro (fondatore della Caritas), col quale il Prof Aldo Morrone<sup>103</sup>, direttore di tale struttura, ha attivamente collaborato, dai primi anni '80, condividendone i contenuti e la volontà di incidere nel cambiamento della cultura e dell'organizzazione dei servizi sanitari. L'attenzione per le fasce deboli della popolazione e l'umanizzazione dell'assistenza sanitaria sono state poste al centro dell'operato della Struttura, capovolgendo il concetto di "cura" dal "curare la malattia" al "prendersi cura" delle persone.

Personalità di grande carisma ha avuto ed ha la capacità di coinvolgere umanamente tutte quelle persone - ricercatori, medici e paramedici - che ne condividono gli ideali, nell'attività della Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni dell'IRRCSS Santa Maria e San Gallicano di Roma. Qui ha promosso la tutela della salute dei gruppi di popolazione a maggior rischio di esclusione sociale presenti in Italia, italiani e immigrati: persone senza fissa dimora, anziani, donne, bambini,

---

<sup>103</sup> Aldo Morrone è oggi considerato tra i maggiori esperti mondiali di patologie tropicali e della povertà ed è docente di Igiene scolastica all'Università di Roma TRE e di Dermatologia tropicale all'Università "La Sapienza". È inoltre direttore del Centro studi dell'International Centre for Migration and Health dell'OMS di Ginevra e consulente dell'Ufficio dell'OMS di Venezia su Povertà Salute e Sviluppo. Dallo scorso anno dirige inoltre il "Centro di riferimento nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà".

vittime di sfruttamento e violenza, vittime di tortura, donne e bambine a rischio per mutilazioni genitali femminili.

Nella Struttura diretta dal prof. Morrone, vi è anche un forte impegno nella promozione umana che si può verificare attraverso la conoscenza delle persone che si occupano dei servizi socio-sanitari, di mediazione culturale e del servizio di sostegno e recupero delle vittime di tortura. Tra gli operatori, molte sono anche le persone che inizialmente hanno trovato al San Gallicano un aiuto e poi la possibilità di un recupero completo della loro esistenza, tale da permettere loro oggi di dedicarsi agli altri. Persone di grande sensibilità e valore umano, che hanno inoltre potuto acquisire elevate competenze nel settore medico e/o socio-sanitario attraverso l'opera di formazione promossa al San Gallicano.

Il Prof. Morrone, ha affermato al San gallicano un approccio olistico e multidisciplinare che a fronte alla complessità delle realtà sociali e culturali che ne caratterizzano l'utenza, ha attivato una collaborazione con altre discipline, come l'antropologia medica, ponendosi come obiettivo l'affinamento di nuovi strumenti per la comprensione di tali realtà, umane, sociali e culturali.

Nell'ambito del suo impegno umanitario Aldo Morrone ha fondato L'IISMAS (Istituto Internazionale di Scienze Mediche Antropologiche e Sociali - [www.iismas.it](http://www.iismas.it)) e con la sua equipe è impegnato in diversi progetti di cooperazione in campo medico, sociale ed educativo in Etiopia, Cambogia, India e America Latina. In Etiopia, nella poverissima e travagliata regione del Tigray, dirige un Ospedale con 30 posti letto che si prende cura di oltre 10.000 pazienti all'anno.

Evidentemente questa struttura ha inciso profondamente sul rinnovamento e l'umanizzazione dei Servizi Socio-sanitari, come anche nell'affermazione del riconoscimento legislativo di una prassi di integrazione socio-sanitaria – integrazione tra servizi e tra i differenti soggetti erogatori degli stessi in riferimento alle necessità della persona che presenta un bisogno che può essere al tempo stesso di carattere socio-sanitario e socio-assistenziale – ciò al pari dell'Area Sanità della Caritas, diretta da Salvatore Geraci<sup>104</sup>, benché chiaramente con una storia e dei paradigmi organizzativi e prassi lavorative differenti.

La realtà delle condizioni di lavoro delle personalità che in prima linea si sono occupate di promuovere il diritto all'accesso alle cure dei migranti e nomadi, sembra aver creato le condizioni per cui tali personalità sono riuscite, sia pur scontrandosi a volte con i propri vertici aziendali, ad affermare la loro visione attraverso la creazione di controculture, che sono state capaci di trovare una sponda ideale nel contesto sociale più ampio, all'interno del sistema sanitario nazionale.

Anche nell'ambito di strutture che si reggono sul volontariato come la Caritas, vediamo che i soggetti italiani coinvolti sembrano essere in gran parte giovani, professionisti oppure pensionati che vogliono ancora contribuire con la loro esperienza professionale e umana nella società.

La tranquillità del senso di sé, sia a livello economico che professionale, incide anche nel modo in cui le persone che sono riuscite a perseguire i propri ideali e a operare nella realtà sociale interagiscono

---

<sup>104</sup> Responsabile dell'Area Sanità della Caritas, presidente della S.I.M.M.- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, co-fondatore del Gr.I.S. Lazio.

con gli altri: si può notare la disponibilità a mettersi in gioco e a comunicare, collaborare e a “darsi” in riferimento alle esperienze acquisite.

Nell’ambito lavorativo delle persone che hanno un ruolo precario e magari famiglie all’estero o in Italia da mantenere il clima cambia: nell’osservazione partecipante e nelle interviste sono emerse difficoltà sia nell’avere informazioni banali sul lavoro svolto e, ancor di più, in riferimento al punto di vista di tali operatori in riferimento alla struttura dove prestavano servizio. Un senso di diffidenza e chiusura che si esprime anche nell’ambito delle relazioni tra di essi. Anche qui però, in base a interessi comuni, è possibile una aggregazione identitaria nei termini di gruppi di interesse.

Vi è da rilevare però che laddove il contesto delle relazioni umane tende a favorirne le condizioni per l’*empowerment*, anche gli operatori immigrati trovano la possibilità di impegnarsi in iniziative di volontariato di ampio respiro, come nel caso della recente apertura nel Poliambulatorio di via Luzzatti, diretto dal Dott. Gnolfo, di uno Sportello interculturale “informa salute”. Tale iniziativa è stata promossa dalla Caritas e dalla ASL Roma A in favore delle comunità immigrate presenti nel I Distretto. In esso collaborano a titolo volontario mediatori culturali stranieri. Ciò secondo quella che Geraci definisce un’ottica di *empowerment* dei migranti.

Mi sembra significativo riportare qui il testo integrale del comunicato stampa che informa dell’evento e illumina i punti cardine relativi alle sue finalità:

## COMUNICATO STAMPA

### **La Caritas diocesana di Roma e la ASL ROMA A inaugureranno oggi lo Sportello interculturale "Informasalute"**

Un centro, con volontari delle diverse comunità straniere, per promuovere l'accessibilità e la fruibilità alla salute delle comunità etniche del I distretto sanitario (Esquilino - Stazione Termini).

**Inaugurazione 30 settembre 2008, ore 15.30  
Poliambulatorio ASL RM A  
(Via Luzzatti, 8 – Metro A "Manzoni")**

Verrà inaugurato oggi, presso il Poliambulatorio della ASL RM A, lo Sportello interculturale "Informasalute" promosso dalla Caritas diocesana di Roma e dalla ASL RM A.

Un centro per promuovere l'accessibilità e la fruibilità del diritto all'assistenza sanitaria delle diverse comunità etniche presenti nel I distretto sanitario – zona Esquilino e Stazione Termini - e prevenire le conseguenze sanitarie dovute a "macro traumi sociali" quali discriminazione e isolamento.

Il progetto si propone di raggiungere le comunità etniche, le associazioni di migranti e la cittadinanza attiva del quartiere con particolare attenzione alla comunità cinese, la più numerosa nella zona e maggiormente esposta per le difficoltà di comprensione linguistica.

Il progetto nasce da una metodologia attiva, partecipata ed itinerante con la collaborazione di volontari delle comunità etniche romane coordinati dall'Ufficio Migrantes diocesano. Un percorso durato più di un anno in cui sono stati formati i volontari sulle normative sanitarie per le acquisizioni di competenze e si sono preparati alcuni protocolli che gli operatori dello Sportello dovranno seguire per comunicare con i colleghi ed il personale della ASL RM A.

Nei prossimi mesi si attiveranno inoltre microprogetti per il sostegno della famiglia straniera, per la prevenzione delle malattie infettive e per la realizzazione di strumenti di facilitazione comunicativa.

*"Un progetto innovativo che vede la collaborazione attiva tra le istituzioni sanitarie, il volontariato e le comunità straniere per promuovere la salute come diritto per tutti, anche attraverso spazi inediti di partecipazione e corresponsabilità. Un percorso più difficoltoso dell'assistenza diretta ma qualificante perché si basa sulla condivisione di esperienze, professionalità e culture per promuovere i diritti delle persone più fragili"* presenta così l'iniziativa il direttore della Caritas romana, **mons. Guerino Di Tora**.

*"Da 25 anni l'Area sanitaria della Caritas è impegnata nella medicina transculturale che si configura anche come un laboratorio di idee e di relazioni nel quale, attraverso l'assistenza sanitaria rivolta alle persone straniere più svantaggiate e l'iniziale advocacy, si giunge al graduale empowerment della popolazione stessa che da assistita diventa corresponsabile del processo di promozione della salute per tutti. E' la partecipazione attiva della popolazione migrante in questo processo che permette di passare dall'affermazione teorica e spesso retorica del diritto alla salute per tutti alla reale accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari per tutta la popolazione"* sottolineano i dott. **Bianca Maisano** e **Salvatore Geraci** della Direzione dell'Area sanitaria Caritas.

All'inaugurazione interverranno: **mons. Guerino Di Tora**, direttore della Caritas diocesana di Roma, **mons. Pierpaolo Felicolo**, responsabile dell'Ufficio Migrantes della Diocesi di Roma, **Dr. Carlo Saponetti**, direttore responsabile della ASL Rm A, **Lourdes Landeo** referente Caritas del progetto ed alcuni dei volontari che opereranno allo sportello. Saranno presenti per rispondere ad eventuali domande il dr. **Filippo Gnolfo**, direttore del Poliambulatorio ASL Rm A di via Luzzatti ed il dr. **Salvatore Geraci**, responsabile dell'Area Sanitaria della Caritas.

---

Ufficio Stampa - Caritas diocesana di Roma

A proposito della realtà del volontariato a Roma, oltre alle forme di lavoro volontario di operatori strutturati nel SSN, all'interno delle stesse strutture di riferimento - attività che si è resa necessaria fin quando determinati valori e prassi lavorative non sono state recepite a livello legislativo, come la creazione di reti informali per i primi tentativi di integrazione socio-sanitaria, o l'assistenza agli immigrati quando ancora non era riconosciuta come diritto – vi è la realtà e lo sviluppo del volontariato socio-sanitario all'interno della Caritas di Roma sotto l'impulso fondamentale della figura di Don Luigi di Liegro.

Per comprendere meglio i valori fondanti e lo sviluppo della realtà dell'Area Sanità della Caritas credo sia interessante analizzare i contenuti emergenti in una intervista a Salvatore Geraci presente sul sito *Caritas On-line*. Tale “testo” viene qui visto come una sua breve e consapevole rappresentazione della sua esperienza di vita nella Caritas e dei valori che l'hanno orientata. Vedremo poi come i vari aspetti che vi emergeranno potranno darci una ulteriore chiave di lettura sulle attuali forme lavorative e sui contesti di senso in cui si inseriscono nel loro attualizzarsi nella diversificata realtà dei Servizi socio-sanitari in Italia e, in particolare, a Roma. Sin dalla sua fondazione l'Area sanitaria della Caritas opera quasi esclusivamente grazie al contributo dei volontari: attualmente si tratta di oltre 280 persone tra medici, specialisti, farmacisti, infermieri, operatori dell'accoglienza e con altre mansioni.

Verso la metà degli anni ottanta, quando il Poliambulatorio aveva ormai raggiunto una notevole utenza, cominciarono ad arrivare i primi obiettori di coscienza in servizio civile; tra di loro c'era anche Salvatore Geraci, l'attuale responsabile dell'Area sanitaria. Fino a tutti gli anni '90

gli obiettori hanno giocato un ruolo determinante, anche perché, con la loro presenza costante, garantivano quella continuità che i volontari non potevano assicurare. <<E' stato un periodo particolarmente fecondo per gli obiettori e volontari: un'integrazione stimolante di tipo generazionale ma anche sulle motivazioni spesso diversificate e quindi arricchenti. In qualche modo erano d'esempio gli uni verso gli altri. – Salvatore Geraci ci racconta della sua esperienza e quella della realtà dell'Area - Centinaia di ragazzi, spesso giovani medici, hanno avuto l'occasione di mettersi subito in discussione nella relazione con pazienti di altre culture e con una organizzazione basata sull'accoglienza. Lavorare con volontari, in ogni momento della nostra storia, anche quando per il numero di obiettori potevamo essere autosufficienti, si è rivelato una strategia utile e opportuna sia per una impostazione di tipo culturale, garantire uno spazio di servizio alla società, sia per una crescita umana e professionale di ciascuno. C'è qualcosa che attrae profondamente, quando si ha l'occasione di sperimentare la bellezza dell'atto umano del prendersi cura di un proprio simile, semplicemente in nome dell'essere persone umane. Oggi tutti parlano della cura e lo slogan "I care" viene sbandierato con molta disinvoltura. L'icona della pagina evangelica del samaritano, però, mette in guardia da facili sentimentalismi. Prendersi cura e porre questa scelta al centro della propria vita significa innanzi tutto fare delle scelte controcorrente: fermarsi, quando molti intorno corrono dietro la carriera, sporcarsi le mani, dove la maggior parte tende a lavarsele, caricarsi sulle spalle un peso, quando verrebbe voglia di scansarlo, investire le proprie risorse nella condivisione più che nel proprio tornaconto, perché il prezzo della vita non sia troppo caro per qualcuno. Significa vedere, intervenire, coinvolgere altri, consapevoli del proprio limite.>><sup>105</sup>

Una scelta seria, radicale, soprattutto silenziosa. Contagiosa.

---

<sup>105</sup> S. Gerace, *intervista*



Nel corso degli anni il profilo dei volontari è molto cambiato, nei primi tempi si trattava soprattutto di giovani medici, oggi sono sempre più numerosi gli anziani. *<a<Uno dei fenomeni interessanti a cui abbiamo assistito – racconta Salvatore – è vedere lavorare spalla a spalla medici di generazioni diverse, ognuno con la propria esperienza e impostazione. E' una bella sinergia non solo professionale, ma anche umana>>*. Più in generale, sottolinea il dottor Geraci, il ruolo dei medici volontari è importantissimo *<<In un mondo della medicina e della farmacologia che sempre più spesso cede a logiche esclusivamente di profitto il fatto che ci siano ad esempio degli odontoiatri che dedicano anche solo una mattina al mese alle attività di volontariato, magari rinunciando a cospicui guadagni giornalieri, o che dei medici anziani decidano di studiare il cinese o il bengalese solo per poter comunicare con i pazienti immigrati, dimostra che la Medicina può ancora essere letta in una chiave diversa>>*.<sup>106</sup>

Questi venti anni di Area sanitaria della Caritas hanno insomma dimostrato che una piccola rivoluzione in questo campo è davvero possibile. I segreti della crescita e del consolidamento delle sue attività vanno probabilmente ricercati nello sviluppo di reti di collegamento con i servizi sanitari pubblici e del privato sociale; nell'attenzione alla formazione iniziale e continua di volontari ed operatori; nella costante sollecitazione del lavoro di équipe; ma soprattutto in una continuità delle finalità generali che si è saputa coniugare con una flessibilità metodologica e progettuale.

*<<Il primo passo del prendersi cura è sempre e comunque accorgersi dell'altro - continua Geraci - Uscire dalla propria indifferenza frettolosa. Cambiare progetto davanti alla realtà che cambia. Riconoscere l'esistenza dell'altro, i suoi diritti, proprio*

---

<sup>106</sup> S. Geraci, *Intervista*

*li dove si vorrebbe che le persone sparissero o diventassero invisibili, come succede con i clandestini, utili come forza lavoro rimbalsati da un servizio all'altro quando si ammalano>>.<sup>107</sup>*

Col passare del tempo infatti, il raggio d'azione dell'Area sanitaria si è andato costantemente ampliando. Se in una prima fase l'intervento era prevalentemente di tipo assistenziale, gradualmente è emersa l'importanza di un ruolo più "politico" per la riaffermazione del diritto alla salute come diritto imprescindibile di ogni essere umano. Da qui è nata una costante azione di denuncia di politiche inadeguate, come anche la proposta di percorsi assistenziali efficaci, di sperimentazione di modelli relazionali specifici, di aggiornamento e formazione su percorsi di tutela della salute a livello locale e nazionale.

Nel contempo il Poliambulatorio è stato un vero e proprio laboratorio di Medicina transculturale e l'Area sanitaria è divenuta non solo un punto di riferimento per persone emarginate o a rischio di emarginazione, ma anche luogo formativo per centinaia di volontari che hanno voluto accettare la sfida di mettere in gioco se stessi nella relazione con l'altro, coniugando professionalità ed attenzione ad ogni diversità. Con questo spirito, nel corso del 2001, è nato un Centro studi e documentazione specializzato sui temi della salute nel contesto migratorio, degli zingari e sulle disuguaglianze.

E' per il futuro? <<*In tutti questi anni – conclude Salvatore – ci siamo accorti come nel DNA del nostro servizio medico, sin dal giorno della suo inizio, ci fossero i presupposti per la nascita di nuovi spazi e innovative modalità di intervento. Non sappiamo dire oggi quello che emergerà nei prossimi anni, ma siamo convinti che*

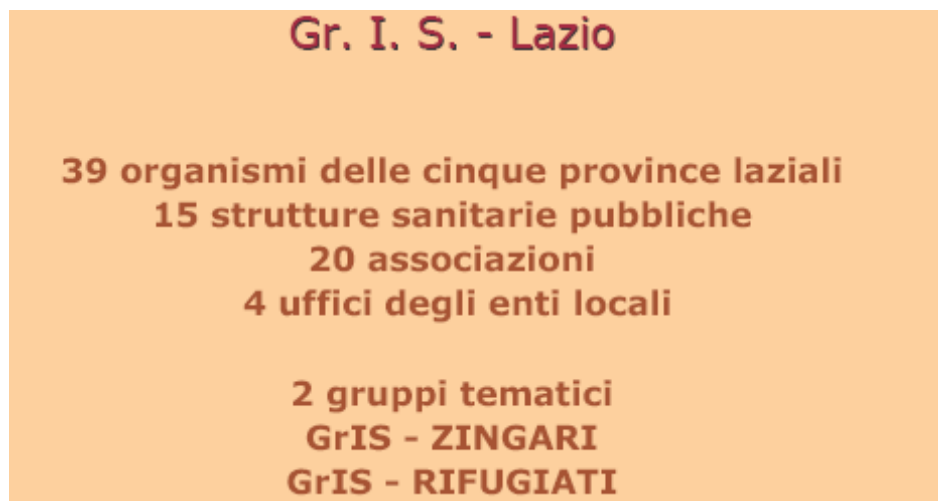
---

<sup>107</sup> S. Geraci, *Intervista*

*l'Area sanitaria riserverà, anche a noi stessi, ancora tante sorprese e saprà porre nuovi stimoli alla comunità medica in ambito cattolico e non e alla società civile">><sup>108</sup>.*

Il Gr.I.S.: il ruolo della Caritas e del Servizio di medicina delle migrazioni del S. Gallicano in riferimento all'aggregazione di operatori delle ASL romane intorno al progetto di assistenza sanitaria ai migranti e nomadi.

La tabella<sup>109</sup> sottostante rende immediatamente evidente la realtà del Gr.I.S. –Lazio.



---

<sup>108</sup> "Relazione e accoglienza ... vedere, intervenire, coinvolgere altri". Su Caritas on-line <http://www.caritasroma.it/pubblicazioni/romacaritas/4-2003/geraci.htm>

<sup>109</sup> Benché i dati siano noti, è stata qui riportata una tabella tratta dalla relazione citata presentata - al Convegno sull'integrazione socio-sanitaria del 13 dicembre 2006 all'ISS - dal dott. Filippo Gnolfo.

Vediamo come le differenti realtà dell'assistenza sanitaria agli immigrati, siano collegate al Gr.I.S.

Si tratta di una rete di relazione che abbiamo visto costituirsi in modo informale e via, via crescere intorno alla condivisione di una politica fondata su valori comuni ai vari attori coinvolti.

Il Gr.I.S si riunisce circa una volta al mese, riunione nella quale vengono affrontate questioni pratiche e interpretative, nonché decise azioni di policy e advocacy. L'appartenenza al Gr.I.S. definisce anche una sorta di "appartenenza identitaria" che si rafforza anche nei momenti ormai quasi "rituali" come il convegno nazionale che si tiene ogni anno all'Istituto Superiore di Sanità. Si tratta di un momento che rinsalda anche il senso di collaborazione e appartenenza a tale rete.

Anche il Master di medicina delle migrazioni tenuto dalla Caritas rappresenta un luogo denso di prospettive future per la trasmissione dei valori fondanti tale realtà e per la sua estensione attraverso l'adesione di nuovi soggetti che vi si sono formati.

A tale proposito riportiamo di seguito una parte di una intervista alla dott.ssa Coccia, alla domanda su come si è sviluppata l'esperienza del GRIS dal punto di vista della sua particolare esperienza in quest'ambito, risponde: <<Per quanto riguarda il GRIS i partecipanti danno il loro apporto a seconda delle competenze che hanno e a seconda dell'esperienza, anche, che hanno". Coccia conferma che ha partecipato al GRIS dall'inizio. Alla domanda come si sia

*trovata a livello umano, Coccia risponde: “Benissimo!”. Alla domanda su come si è costituito il gruppo, ella risponde: “Come si costituiscono in genere i gruppi: su interessi e su obiettivi comuni. E ancora adesso è così. Alla domanda quanti erano e chi erano, risponde: <<adesso non mi ricordo, io parlo di anni (...). Non è che mi ricordo, erano una manciata di persone. (...) C'era Salvatore Geraci, che è sempre stato presente dall'inizio, la Motta, che si è sempre occupato dei rom, (...) Edoarda (..), perché è nato all'inizio un piccolo gruppo di medici che poi si è esteso agli operatori>>. Alla domanda se si trattava di un gruppo di medici tra la ASL RME, la ASL RMC, o se anche già coinvolgeva le strutture di appartenenza,. Coccia risponde: <<Non c'erano le persone... Poi teniamo presente che una grossa cassa di risonanza sono gli incontri che si fanno all'Istituto Superiore di Sanità, i convegni annuali E quello è anche un momento in cui ci si scambia informazioni e si mettono insieme. Anche... molte persone che poi sono confluite nel Master di Medicina delle Migrazioni. Anch'io ho fatto quel Master, (...) è stato un modo anche per mettersi in rete non solo a livello.. laziale – perché già romano era – proprio laziale (...) ma addirittura (...) su un altro piano. E' una cosa veramente interessante.*

*“A prescindere dal discorso del credere o no, perché poi io non è che sono cattolica, mi professo cristiana non cattolica [Avendo osservato che non è confessionale:] Appunto, appunto! Siccome molte persone fanno parte della Caritas (...) al di là del discorso confessionale (...), questo è il bello, no? (...) No, dico, è per questo che è ancora più interessante, è ancora più bello questo movimento>>.*

Concorda sul fatto che ormai le ASL sono molto rappresentate nel GRIS, costituiscono la maggioranza dei membri.

La dott.ssa Coccia, alla domanda su come si è evoluto negli anni il GRIS, le questioni *salienti*, più importanti che sono state affrontate, risponde: <<Il GRIS è stato importante anche per (...) la definizione di protocolli (...), per quel che riguardava l'interpretazione della normativa (...). Perché c'era una ASL che aveva inteso in senso restrittivo una certa (...) normativa che riguardava l'assistenza agli immigrati, per cui se poi i vari operatori delle (...) altre ASL la interpretavano in un altro modo, questa poi era costretta ad adeguarsi, no? Fatto il protocollo la normativa va interpretata in modo univoco, tutti quanti. E questa è stata, cioè, anche una valenza politica, diciamo così. A parte che poi la Caritas chiaramente ha il suo peso, ... ha fatto opera di... come dire, ha affermato certi principi. [Rispondendo alla notazione che sono stati elaborati dei documenti sulla base dei quali sono stati elaborati degli articoli di alcune leggi:] Eh, certo! Le leggi, eh? Certo, certo! E' un lavoro anche pesante, a volte. Anche poi... la messa in rete fra tutti i GRIS: la rete è molto bella! >>.<sup>110</sup>

## 25 Modelli di mediazione culturale

Mentre il progetto sperimentale della ASL Roma C e del S. Gallicano ha definito i criteri, nell'ambito dei compiti e del ruolo del "mediatore culturale", nell'ambito della Caritas è stato portato avanti anche un discorso sulla "mediazione di sistema". Tale visione comporta una conoscenza da parte degli stessi operatori italiani delle questioni inerenti il rapporto medico/paziente nell'ambito della medicina delle migrazioni.

---

<sup>110</sup> M. Coccia, Intervista

Vediamo, a titolo esemplificativo, come viene descritto un corso tenuto da Salvatore Geraci presso una ASL di Pescara.

*Seminario “Medicina delle Migrazioni”.*

Continua il percorso formativo che il Gruppo di Coordinamento Aziendale per l’Immigrazione ha progettato per l’anno 2005.

Nelle due giornate di seminario i relatori porranno l’attenzione su tematiche in parte già note come la percezione del fenomeno immigratorio, i profili di salute degli immigrati, con particolare riguardo alle aree di criticità in ambito sanitario, l’accesso ai servizi e la relativa normativa.

Attenzione specifica sarà posta al tema della relazione tra operatore sanitario e migrante.

L’intervento a questo livello avverrà soprattutto tramite esercizi interattivi tra formatori e discenti miranti a:

- \_ saper riconoscere i diversi stili comunicativi e i significati simbolici che possono ricoprire;
- \_ aumentare la consapevolezza dei vissuti dell’operatore nei confronti di individui di altre culture (le aspettative inconsce, i possibili pregiudizi razziali o sociali);
- \_ sviluppare capacità d’ascolto delle possibili aspettative del migrante;
- \_ comprendere il concetto di stress da transculturazione;

\_ acquisire elementi di antropologia medica (il concetto di percezione soggettiva di malattia, i comportamenti che ne derivano, le modalità per farsene carico, l'individuazione delle linee di forza per promuovere gli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi).

Vediamo ora quali sono i compiti attribuiti al mediatore linguistico culturale sia verso l'utente straniero, sia verso gli operatori della ASL.

“Nel corso del tempo i mlc che hanno partecipato al Progetto sono cambiati, ma i compiti definiti per gli stessi sono rimasti invariati, fino al termine dello stesso, e sono riportati nella scheda sotto allegata”<sup>111</sup>.

## COMPITI DEL MEDIATORE LINGUISTICO CULTURALE IN AMBITO SANITARIO

### **Verso il paziente o utente straniero**

*E*segue l'osservazione diretta della persona straniera e dei suoi bisogni;

*I*nforma e *O*rienta all'uso dei servizi offerti dalle strutture della ASL (distrettuali e ospedaliere);

*E*segue l'interpretariato linguistico;

*E*segue interventi a livello di comunicazione, sostegno, rassicurazione;

---

<sup>111</sup> Marcella Coccia, *Cit.*



*Incoraggia a non aver paura;*

*Compila i diari quotidiani sui casi ospedalizzati;*

*Facilita l'acquisizione di fiducia da parte della persona straniera sulle proposte o sulle necessità sanitarie individuate;*

*Spiega in ospedale, agli operatori, i problemi emersi e in caso di necessità dà le informazioni necessarie, al paziente straniero, per il periodo di post ospedalizzazione, per l'inserimento dei figli, ecc.;*

*Si impegna, per quanto possibile, a personalizzare l'intervento attraverso la relazione interpersonale.*

#### **Verso gli operatori della ASL**

*Mantiene il segreto professionale;*

*Risponde alle chiamate offrendo la propria professionalità, secondo le esigenze, aiutando l'apertura e il consolidarsi del rapporto di fiducia con il paziente;*

*Aiuta l'operatore a far accettare dal paziente procedure sanitarie e socio-sanitarie individuate e a superare gli eventuali conflitti;*

*Aiuta l'operatore ad adottare procedure, organizzazione e ritmi di lavoro modulati sulle esigenze individuali dello straniero;*

*Supervisiona i casi con gli operatori e discute sui problemi emersi o emergenti;*

*Aiuta a tradurre "culturalmente" il materiale di informazione e di educazione sanitaria;*

*Si rende disponibile ad aggiornamento mirato;*

*Raccoglie i dati necessari a valutare la sua attività.*

## **26 La precarietà come elemento strutturale dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari odierni.**

A fronte dell'affermazione di ideali che hanno promosso una vera e propria rivoluzione nell'ambito della cultura organizzativa e del contesto valoriale di riferimento della Sanità pubblica, si può notare come gli operatori del terzo settore, migranti e italiani, si trovino oggi in una condizione lavorativa priva di quei diritti del lavoro che faticosamente erano stati conquistati dagli anni '70 in poi. Questa condizione di precarietà è un elemento strutturale dell'organizzazione dei servizi e incide profondamente nelle relazioni interne di potere tra i diversi soggetti determinando un rapporto verticale di dipendenza tra coloro che sono strutturati e i precari. Ciò si è riflesso nella creazione di strategie culturali di sopravvivenza che tendono a sostituire alla solidarietà e all'unità di intenti, l'exasperazione delle differenze e l'arroccamento in identità etniche e di gruppi di interesse in generale. Anche gli aspetti creativi e l'affermazione di un senso del proprio lavoro di ampio respiro a livello progettuale viene annichilita da problemi di "sopravvivenza" del proprio posto di lavoro.

La gestione dei mediatori è passata dalla competenza della Asl Roma C a quella del C.I.E.S., una organizzazione del privato sociale che si occupa anche della formazione di mediatori culturali. Ciò anche in corrispondenza dell'ampliamento del progetto dal territorio della ASL Roma C a livello comunale.

*<< Riguardo alla gestione dei mediatori da parte del CIES, la dott.ssa Coccia afferma: ‘Il problema per cui è passato al CIES è stato il pagamento (.), siccome sembrava che garantisse un pagamento più cadenzato – cosa che mi sembra che non sia - (...) è stato affidato al CIES>.*

Alla domanda come incide sulla continuità, sulla possibilità di sviluppare progetti di un certo respiro il fatto che tutto il lavoro relativo alla mediazione sia svolto attraverso un rapporto lavorativo di tipo libero professionale.

*“Certo che incide” risponde la dott.ssa Coccia “ma anche nel loro turn over incide. Perché chiaramente se poi c'è qualcuno che gli offre un rapporto economico, un rapporto lavorativo più continuativo, è ovvio, no? Mi ricordo che c'è stata una mediatrice, che mi è dispiaciuto tantissimo perché era un persona eccezionale, che è andata in una casa di cura a fare... quasi la portantina, e mi è dispiaciuto perché era una persona molto molto valida. Adesso sta in Olanda, adesso se n'è andata”.*

Considerando lo sviluppo della partecipazione della società civile, la grande spinta ideale che l'animava, la situazione attuale sembrerebbe sfavorire le capacità creative, di affermazione di idee progettuali di ampio respiro, condizionata com'è dal fattore economico, dalla precarietà dei rapporti lavorativi.

Nell'ambito delle attività di ricerca sul campo, è stata notata una diffidenza tra mediatori che lavorano all'interno della stessa struttura, come anche nei confronti dei propri responsabili, anche rispetto al proporre idee innovative su come affrontare problemi specifici.

*Aspetti questi riscontrati anche dalla dott.ssa Coccia.*

C'è da osservare, quindi, come da una parte c'è stato un grande cambiamento nella normativa e nell'organizzazione dei Servizi, con il riconoscimento delle istanze e delle prassi di integrazione sociosanitaria e di collaborazione con il mondo del volontariato; dall'altra, osservando la contraddizione tra background valoriale del terzo settore e la prassi consolidata di impiegare lavoratori attraverso forme precarie, per altro evitabili, ci si chiede, per comprenderne meglio le ragioni, quali siano le resistenze da parte dei vertici di queste associazioni del terzo settore e perché si accetti acriticamente come un dato di fatto tale prassi consolidata.

Durante l'intervista, a tale riguardo, la dott.ssa Coccia ha osservato che: “Quando ci sono delle difficoltà in un paese di tipo economico, chi ha più voce, può farsi sentire. Ma chi la voce non ce ne ha tanta... Non hanno nemmeno il voto gli immigrati, ricordiamocelo”.

Alla domanda se il V Dipartimento non esamini la gestione dei lavoratori in questi progetti o se c'è un dibattito su questo. Coccia riferisce che loro facevano delle “relazioni trimestrali in cui facevamo presente come erano stati spesi i soldi, e tutto il resto”. Alla domanda chiarimenti su come venivano erogati i soldi. La dott.ssa Coccia ha ripercorso la gestione e il controllo dei progetti da un punto di vista economico: “Il Comune faceva una previsione di spesa di una somma tale per il progetto – non è che ce li dava oggi (..). I mediatori lavoravano, noi facevamo la relazione trimestralmente su come si era

svolto il lavoro e quindi c'era un tariffario, sul quale ci si basava. Ciò all'epoca – adesso il CIES si basa su un tariffario lievemente diverso, ma diciamo che, essendo il primo che è sorto (il tariffario) è stato quello che viene tenuto un po' come guida. E quindi, in base alle consulenze fatte, gli accompagnamenti fatti e tutto il resto, quella persona aveva lavorato per tot euro. Questi conti venivano mandati all'esattoria nostra, la nostra esattoria li trasferiva al V Dipartimento e il V Dipartimento non mandava tutti i soldi, e chiaramente quando li incamerava poi pagava. (...) Quello che si era chiesto, per evitare tutto questo grande giro, era che magari il Comune potesse (...) da solo dare dei soldi, no? Cioè persona per persona. Però il Comune non poteva. Questo, poi dopo, le cose burocratiche, io mi sono occupata più che altro del discorso di programmazione, logistico, ma non di questa parte economica. (...).

[Alla domanda su *quanto ciò può influire sul servizio:*] Ma certo, influisce sì, influisce sì perché tanta gente è stata costretta a lasciare il lavoro, anche molto dotati – facevo l'esempio di questa persona che poi (...) nigeriana, che in questo momento se ne sta in Olanda, o anche altre che han dovuto lasciare perché troppo precario. Perché poi, la gente che viene qui non è che ha le spalle coperte (...) non solo non ha le spalle coperte, ma deve anche coprire le spalle a qualcun altro. E allora chiaramente poi...”

Oltre al problema dei modi e dei tempi di retribuzione dei mediatori culturali coinvolti nel progetto – che oggi è gestito dal C.I.E.S. e su scala cittadina – se ne è aggiunto uno recente dovuto al mancato rifinanziamento di tale progetto nelle strutture ospedaliere.

Alla domanda su cosa accade adesso che non ci sono più ufficialmente i mediatori negli ospedali. *“Eh, i problemi son grandi... son grandi, grandi, grandi, i problemi. Perché mentre erano abituati prima a ricorrere al mediatore se c'era un problema di (...) ragazzi con la leucemia, se c'è il problema di gravidanze, oppure c'abbiamo anche gli incidentati, cioè (...) persone paralizzate per incidenti sul lavoro o per incidenti stradali... E adesso, niente, non ci sono, non ci sono. [rispondendo a domanda se non ce ne sono nemmeno a livello volontariato:] A livello volontario, la buona volontà poi c'è sempre in qualcuno, però non è che posso contarla.... né col volontario si può risolvere il problema” >>.*

Vediamo ora come l'affermazione di un nuovo paradigma organizzativo sia stato possibile in un contesto del mondo del lavoro più stabile e garantito a livello contrattuale.

## **27 Il “lavoro di rete” nella ASL Roma C**

La Dott.ssa Coccia inserisce poi il progetto da lei diretto nell'ambito del contesto delle attività elaborate in risposta alle domande di cura poste dalla popolazione immigrata.

La Asl Roma C è stata senz'altro tra le più attive e sensibili alle questioni nuove poste dal fenomeno dell'immigrazione e, in tale campo, ha svolto un ruolo pionieristico. Vedremo poi, ancora una volta, come la presenza di figure di grande spessore umano e professionale abbiano

saputo incidere non solo nello sviluppo della promozione del diritto e della fruibilità di accesso alle cure dei migranti e degli emarginati nell'ambito della Asl, ma pure, attraverso la collaborazione e il confronto con operatori di altre strutture - sia afferenti al pubblico che al volontariato e privato sociale - siano riuscite a realizzare nel tempo delle forme di lavoro di rete di grande interesse.

Vediamo dunque l'esposizione dei progetti e delle attività messe in opera negli anni:

*<<Nell'Azienda ASL Roma C (capofila nel Lazio per varie sperimentazioni e progetti rivolti alla popolazione immigrata già nel 1994) da vari anni ci si occupa delle problematiche riguardanti la salute dei migranti. Tale impegno si è concretizzato:*

- nel 1989, quando era ancora USL Roma 6 (comprendeva solo il municipio 6°), con assistenza e sorveglianza sanitaria al Campo nomadi di via dei Gordiani.*
- Nel 1992 con l'elaborazione di materiale di educazione sanitaria in lingua su: "Donna e salute", "Bambino e salute", dépliant per iter IVG.*
- nel 1993, quando si chiamava USL Roma 4 (comprendeva allora i municipi 6° e 9° e gli ospedali S. Giovanni e Addolorata [divenuti poi Azienda Ospedaliera autonoma]), ad opera di alcuni dirigenti, soprattutto quelli dell'allora Servizio Materno-Infantile, vennero proposti e attuati dei Corsi di aggiornamento e formazione sulla "Tutela della salute delle donne e bambini immigrati" organizzati sia per i propri operatori sociali e sanitari che per quelli di tutte le altre USL romane e del Lazio.*
- Nel 1994-'95 fu effettuata un'indagine su 1000 ragazzi della scuola media superiore per valutare l'intolleranza razziale.*

- Il lavoro proseguì, quando divenne Az. USL (o ASL) Roma C, sia per l'appoggio dell'allora Direttore generale (Dr. Andrea Alesini, deceduto nel 1996 e al quale è stato dedicato uno dei due ospedali territoriali) che di alcuni dirigenti, con l'elaborazione e l'attuazione di un protocollo di assistenza sanitaria extra ospedaliera per pazienti stranieri in condizioni di "bisogno sanitario urgente ed indifferibile", ancor prima che la legge nazionale regolamentasse la materia (all. 2). A tal proposito si deve evidenziare che tale protocollo fu utile proprio alla stesura della stessa. L'assistenza a tali pazienti era a carico della ASL Roma C.
- Sempre prima della legge 40/98, furono sensibilizzati, in vari incontri e riunioni, i medici di base presenti sul territorio che, volontariamente, presero in carico gli immigrati che non avevano la possibilità di iscriversi al SSN. Notevole fu l'aiuto degli operatori dei Consultori Familiari che ebbero l'incarico di programmare gli invii in modo che gravassero in modo equo su tutti i medici resisi disponibili.
- Sempre nel 1996 fu elaborato, pubblicato e distribuito un libretto su "I diritti degli stranieri", tradotto in varie lingue grazie ai mediatori linguistico culturali.
- Dal 1996 ad oggi, sempre grazie alla spinta innovativa apportata dall'allora Direttore generale della ASL A. Alesini (che già nella prima Conferenza dei Servizi affermava: "Accoglienza vuol dire PRENDERSI CURA, Accoglienza vuol dire ASCOLTO, Accoglienza vuol dire INFORMAZIONE, Accoglienza vuol dire PARTECIPAZIONE"), si è cercato di "umanizzare" tutti i servizi sanitari sia territoriali che ospedalieri.
- Nel 1997 inizia la partecipazione attiva al GRIS (Gruppo regionale immigrazione e salute)
- Sempre nello stesso anno, specificamente per gli immigrati non in regola, sono stati aperti 4 ambulatori di medicina interna per stranieri privi di medico di riferimento (STP) in ciascun poliambulatorio dei 4 Distretti sanitari ed uno specifico pediatrico



*nel D/9.*

*- Inoltre dal 1995 si iniziò ad effettuare l'assistenza e sorveglianza sanitaria al Campo nomadi di Tor de' Cenci e vicolo Savini, in collaborazione con l'Ufficio speciale immigrazione del Comune di Roma, con la Caritas, con l'ARCI e l'Opera Nomadi, vengono effettuate sorveglianza ed assistenza sanitaria.*

*- Dal 2002 tale assistenza è estesa a tutti i Campi Nomadi presenti sul territorio della ASL con la promozione attiva e partecipazione alla Campagna vaccinale straordinaria (seguendo le direttive dell'OMS -pulse immunization-) che, grazie alla fattiva collaborazione del dirigente del Dipartimento Materno-Infantile, è stata anche estesa ai Campi Nomadi di tutta Roma.*

*- Dal 1996 il Comune di Roma ha, su istanza della ASL, stipulato una convenzione e sovvenzionato un progetto di sperimentazione innovativa per un "Servizio professionale e specialistico di interpretariato- mediazione culturale a favore della popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade" presente sul territorio della Az. ASL Roma C (all. 3). Tale progetto è stato anche sovvenzionato, sempre dal Comune di Roma, all'IRCSS San Gallicano/Regina Elena dove da vari anni opera un'equipe che si occupa di immigrati ed emarginati stranieri e homeless. Il suddetto progetto della ASL Roma C, ha avuto vari rinnovi, fino al 31 marzo 2002, in attesa che il Servizio di Mediazione linguistico-culturale venisse esteso su tutta la città di Roma con gestione diretta da parte del Comune.*

*Tale progetto sperimentale è stato sovvenzionato dal Comune di Roma ed ha visto la ASL Roma C insieme con l'IRCSS dell'ospedale S. Gallicano di Roma capofila, per la regione Lazio, nella sua applicazione>>.*

Rispetto alla questione già emersa dell'attività di riconoscimento e della promozione dei diritti di nuovi soggetti e dei bisogni impliciti di cui

sono portatori, ci troviamo di fronte al caso della concreta esperienza che si è realizzata nella Asl Roma C grazie all' "incontro", produttivo di nuovi significati che hanno poi trovato la via di un riconoscimento ampio a livello istituzionale, tra persone che, interagendo tra loro, hanno saputo elaborare, comunicare e promuovere delle risposte culturali ai nuovi problemi emergenti dall'esperienza quotidiana del loro contesto sociale lavorativo. Una capacità basata sulla condivisione di valori culturali "forti", in quanto determinanti la loro identità individuale e professionale tanto da costituire un orizzonte di senso comune del loro agire.

Tale forza dei valori di riferimento, la capacità di condivisione, comunicazione e affermazione degli stessi ha creato le condizioni per l'elaborazione e lo sviluppo - oltre che di una prassi di lavoro di rete che ha costituito le basi del rinnovamento dei paradigmi organizzativi nei Servizi socio-sanitari che ha poi trovato riconoscimento giuridico nelle riforme già citate - di iniziative di *advocacy*.

All'interno della ASL Roma C tale esperienza viene ripercorsa dalla dott.ssa Coccia nel suo lavoro in questi termini:

*"elaborazione e l'attuazione di un protocollo di assistenza sanitaria extra ospedaliera per pazienti stranieri in condizioni di "bisogno sanitario urgente ed indifferibile", ancor prima che la legge nazionale regolamentasse la materia. A tal proposito si deve evidenziare che tale protocollo fu utile proprio alla stesura della stessa".*

Vediamo qui il rilievo avuto dalla personalità del Direttore generale

della ASL Roma C A. Alesini che, con grande rammarico espresso da tutti gli intervistati, ha ricoperto tale ruolo per meno di due anni, in quanto deceduto prematuramente a fine del 1996. Una azione la sua che però è stata talmente innovativa e incisiva da imprimere una svolta essenziale al rinnovamento della concezione dei servizi socio-sanitari:

*“dal 1996 ad oggi, sempre grazie alla spinta innovativa apportata dall’allora Direttore generale A. Alesini (che già nella prima Conferenza dei Servizi affermava: “Accoglienza vuol dire PRENDERSI CURA, Accoglienza vuol dire ASCOLTO, Accoglienza vuol dire INFORMAZIONE, Accoglienza vuol dire PARTECIPAZIONE”), si è cercato di “umanizzare” tutti i servizi sanitari sia territoriali che ospedalieri”.*

Vediamo qui in nuce quella che è la proposta di una visione partecipativa e al tempo stesso di umanizzazione dei Servizi sanitari. Fatto che pone in evidenza l’istituzione di un collegamento ideale forte tra l’affermazione dell’importanza del “lavoro di rete”, della “partecipazione” e l’“umanizzazione” dei servizi.

In tal senso si pone anche l’adesione nel 1997 al Gr.I.S – Gruppo regionale Immigrazione e Salute.

In merito all’assistenza e sorveglianza sanitaria al Campo nomadi di Tor de’ Cenci e vicolo Savini, vediamo che già prima di tale adesione, dal 1995, si afferma una collaborazione tra soggetti tra cui figura la Caritas - il cui rapporto diretto con la S.I.M.M., Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, e le sue unità operative territoriali Gr.I.S, viene qui chiarito nel corso dell’analisi dei materiali oggetto della presente ricerca - l’Ufficio

speciale immigrazione del Comune di Roma, l'ARCI e l'Opera Nomadi. Vi è inoltre da rilevare come anche questa esperienza pionieristica sul territorio romano, abbia avuto sviluppo e radicamento tanto da dar vita a una realtà operativa del Gr.I.S. che si occupa in modo specifico dei Nomadi, il cui lavoro ha avuto riconoscimento esplicito anche nel piano Regolatore Sociale del Comune di Roma 2004.

Intanto ci preme mettere in evidenza come l'istituzione di una collaborazione tra Enti locali, SSN, mondo del volontariato e del privato sociale, abbia gettato le basi, con l'affermarsi di tale prassi, all'affermazione e al riconoscimento a livello normativo del concetto di "integrazione dei servizi", sia nel senso di una integrazione tra servizi istituzionalmente afferenti all'ambito socio-assistenziale, da un lato, e socio-sanitario dall'altro, ma anche integrazione tra pubblico, volontariato e privato sociale, attraverso l'affermazione del "lavoro di rete".

La dott.ssa Coccia alla domanda se hanno partecipato a progetti di integrazione sociosanitaria, risponde: *“Certo. (...) Allora... l'allattamento al seno anche in ospedale. Anche con la ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità, le varie campagne che ci sono state, vaccinali, anche per i rom, perché il servizio era rivolto anche (...), cioè, tra gli stranieri, ci sono anche i rom. Noi ne avevamo vari campi. E quindi c'è tutta una serie di integrazioni. Se un Municipio aveva un problema con un immigrato, gli abbiamo prestato anche il mediatore. [Rispondendo a precisazione chiesta in merito:] A livello di progetti, e a livello informale. Addirittura in una scuola c'è stato un problema con due bambini, e l'assistente sociale del servizio dell'età evolutiva ha ritenuto opportuno che il mediatore andasse, facesse degli incontri in*

*classe, li ha fatti in classe. Cioè, non è detto che il progetto debba essere un grande progetto, è anche un progetto finalizzato a quella persona. (...) Diciamo che per quello che riguarda la Roma C, è ben integrata sul territorio (...), la collaborazione c'è, con tutti i municipi, soprattutto con quelli che hanno maggiormente bisogno - quindi la sesta, l'undicesima... con tutti, non è che ognuno sia arroccato sulle proprie posizioni, no'.*

*Una esperienza sulle prime prassi che hanno sperimentato il lavoro di rete a partire dalla metà degli anni settanta.*

Rita Cardinali, presidente della Consulta Socio-sanitaria, nel parlare della integrazione socio-sanitaria fa riferimento al lavoro dei tavoli di co-progettazione per la definizione del piano regolatore sociale del VI Municipio. L'anno scorso a Villa Gordiani si è tenuto un incontro di tutti gli operatori municipio, asl, associazioni del territorio per l'elaborazione concertata dei suoi contenuti. Sono stati creati dei gruppi di lavoro riuniti intorno a tavoli tematici.. Rita Cardinali ha preso parte a quello sulla "intercultura". Il gruppo di lavoro si è poi incontrato altre volte ogni 20 giorni circa sino a che non ha messo a punto un documento che è stato trasmesso al Municipio. Le persone di riferimento che si sono occupate di raccogliere i lavori e sintetizzarli nel piano di zona al municipio 6 sono due assistenti sociali dell'Ufficio di Piano del medesimo Municipio.

Nell'ambito del discorso su come si sia passati al modello organizzativo del lavoro di rete nell'ambito dei Servizi socio-sanitari, Rita Cardinali afferma che tale mutamento ha iniziato a imporsi nell'ambito di

maggior disagio e criticità dell'assistenza sanitaria come, nel suo caso, l'assistenza ai malati psichiatrici dopo la legge 180 che ha eliminato la funzione delle strutture manicomiali. Si è trattato di un mutamento imposto dalla realtà dei bisogni emergenti in alcune aree critiche, ai quali alcuni operatori socio-sanitari hanno risposto attraverso forme di coordinamento del lavoro, inizialmente promosse a livello volontaristico.

*Così Rita Cardinali afferma sull'esperienza del lavoro di rete che*

*“C'era già prima qualcosa. C'era tutto (...)” spiega Cardinali “soltanto che era una prassi operativa e non era... non aveva strumenti così, come dire, legiferati, codificati per essere portato avanti. (...) Le persone che come me hanno un'antica storia di lavoro su questo territorio non hanno visto altro che finalmente codificare delle prassi che erano già..”.*

Alla domanda se c'è stata una spinta in questo senso da parte degli operatori Rita Cardinali risponde: *“Dagli operatori, grossissima. Ripeto, questo è un territorio bello da questo punto di vista, dove dalla parte dei servizi sanitari, quando i servizi sociali e comunali erano in difficoltà, siamo subentrati in tutti i modi possibili immaginabili, quando noi siamo in difficoltà – adesso è il momento della difficoltà delle ASL – loro molte volte sopperiscono alle nostre difficoltà, alle nostre carenze. Ma un'integrazione fortissima, fra gli operatori sulle persone che si seguono, sui progetti che si portano avanti, c'è sempre stata.*

*Alla domanda su come si effettuava questa integrazione: “Con molto buon senso, con molto spirito volontaristico – nel senso che ci piaceva di riunirci e ci riunivamo, ci piaceva di lavorare insieme e lo facevamo, ci piaceva di pianificare il lavoro...”*

Alla domanda chi erano i soggetti coinvolti fin dall'inizio. “Fondamentalmente le assistenti sociali, di un versante e dell'altro” riferisce Cardinali, “e poi ognuna di noi si portava dietro, ognuna di loro si portava dietro il servizio di appartenenza. Quindi, automaticamente”.

Alla domanda da quanti anni lavora lì, e lei risponde che sul territorio, non specificamente in quella struttura, lavora “*da sempre, dal '76*”.

Alla richiesta di ripercorrere i momenti salienti della sua storia, Rita Cardinali racconta: “*Dunque, io vengo da tantissimi anni – non li dico perché non mi conviene [ride] - di lavoro dentro il Centro di Salute Mentale. Puoi perciò capire quanto possono essere stati fondamentali questi momenti. [Alla richiesta di quale sia la sua figura:] Io sono un'assistente sociale. Poi , il percorso, ho messo in piedi un Consulta, di cui sono il presidente .*

*Poi nel percorso comunque ho deciso che volevo cambiare un po', perché dopo tanti anni forse era bene cambiare, quindi sono uscita dal Centro di Salute Mentale, ho fatto una selezione interna, ora sono personale amministrativo e sono passata da quel settore al settore dei disabili (..). [In risposta alla domanda di quando questo passaggio è avvenuto:] 200-2001, forse. Sì perché poi contrattualmente è diventato operativo nel 2002 – sì, a gennaio del 2002.*

*Quindi (...) tornando da dove son partita... Io non so quante cose puoi sapere tu, sui problemi della salute mentale, ma ovviamente la 180 è stato un momento culminante, fondamentale, per la storia mia come lavoratore e per i servizi di salute mentale come... sono nati in quel momento, quando la 180 si è messa nell'ottica di fare, non tabula rasa, ma insomma un superamento del manicomio, chiaramente sono incominciati a esistere i servizi del territorio.*

*Io sono entrata in quel momento. Cioè, quando si stava per fare la 180 e si voleva comunque cominciare a dare un... Non so, dico le cose più chiaramente: a Roma esisteva il manicomio – ma questo era a Roma, come in tutto il resto del mondo, eh? (...) Poi c'era un unico centro che stava – come c'è tuttora, però con un'altra funzione – in via Sabrata dove quei quindici giorni di vacanza, di permesso, in cui tornavano per un attimo a casa, quei tre mesi di prova, in cui si tornava un momento a casa, del malato di mente, si andava a farsi prescrivere quattro medicine quattro: questa era la funzione di quell'unico centro del territorio. Ed era Provincia, perché (...) non esistevano ancora le USL e la malattia mentale era completamente nella Provincia di Roma, (sottolinea con ironia) perché era ovviamente un problema di ordine pubblico, no?*

*E poi è stato fatto questo concorso, a cui ho partecipato come altri, perché volevano creare 4 poli in quel momento - non un unico soltanto che per una città come Roma era veramente drammatico – territoriali, che fossero di supporto al manicomio. Per cui, le funzioni così brutte, così povere che ho descritto prima e però poi con questo ingresso di tante assistenti sociali che prima non c'erano, per andare a costituire 4 poli che fossero in qualche maniera... Allora erano, diciamo così, una prefigurazione di quello che si è verificato adesso, perché (...) queste grandi 4 équipes contenevano al proprio interno ciascuna 4 o 5 équipes, dipendeva, che avevano una destinazione, una locazione per il suo territorio, ma facevano capo a un'area geografica. Calcola che non esistevano i distretti, non esistevano le USL, quindi si parlava di circoscrizioni e un gruppo si occupava di tutta la Roma est, un altro della Roma sud, un altro della Roma ovest... contenendo ciascuno di questi gruppi 4 o 5 circoscrizioni. Quindi si andava alla copertura delle venti, con delle minime équipes, fatte ciascuna da un medico, da un assistente sociale e due infermieri, e si cercava di far partire questo - in primis, ancora prima della 180 - questa idea che avevamo nella testa che il malato di*



*mente forse non doveva stare necessariamente in manicomio, ma poteva starsene pure a casa e essere seguito dai servizi territoriali. Tutto in fieri, tutto prima ancora; era un avanti Cristo, un avanti 180, chiamalo così.*

*Poi c'è stata finalmente la 180, quindi questo è un discorso che si è allargato a dismisura, perché le équipes non potevano essere più così ridottissime, di minime unità operative, si sono rimpolpate, è stato fatto uscire non solo il malato di mente ma molto personale dal S. Maria della Pietà.(...) E' stata una fase di frontiera, come tutte le cose grosse che partono per la prima volta in una situazione di grosse difficoltà, ovviamente, perché si è fatta una 180 ma si è fatta in un periodo in cui il Ministro della Sanità (...) apparteneva al gruppo assolutamente contrario alla 180, quindi di conseguenza tutte quelle infrastrutture, quei supporti di cui d'altra parte aveva bisogno per poter funzionare ovviamente non sono stati mai fatti, con giornali che tutti i giorni inveivano contro questo matto scarcerato che tutti i giorni uccideva, faceva.... (...) niente di più di quello succede normalmente comunque, però in quel momento serviva per fare... no? (...) una campagna contro.*

*Poi, insomma, ce l'abbiamo fatta, ci siamo riusciti tutti quanti a mettere su qualche cosa di molto decoroso, questi servizi territoriali hanno fatto un ottimo lavoro complessivamente. Noi abbiamo una legislazione in campo sanitario in particolare per la salute mentale che fa invidia al mondo. Ma sempre noi facciamo le cose legislativamente più che avanzate, poi però dove perdiamo terreno è "nell'applicazione". (...) Perché questo è uno strano paese, dove la mano destra nega quello che sta facendo la sinistra (...).*

*Quindi quello, se io ti devo dire, qual è un momento per me fondante (...): questo cominciare a lavorare strettissimamente col territorio, non nel territorio, ma col territorio, quindi con il resto del mondo, il resto dei servizi, in particolare con i servizi*

*del Comune, sia inteso come organismo centrale, che come singole articolazioni circoscrizionali.*

*E abbiamo fatto cose strepitose, da questo punto di vista. [Alla richiesta di esemplificare] (...) Come ad esempio, per l'appunto, andare avanti a tutti, prima ancora che la gente cominciasse a parlare di rete, a fare la rete, andare avanti a tutti prima che si cominciasse a parlare di integrazione sulla persona, e non dei servizi, che è diverso. Perché poi di integrazioni ce ne sono tante: si possono integrare i soldi – "Io c'ho tanto, tu hai tanto, li mettiamo insieme" - si possono integrare le sedi – "Io e te lavoriamo insieme, anche se veniamo da enti diversi, nello stesso posto" – oppure (...) ti puoi integrare tu sulle persone (...) sulle quali si deve lavorare... Puoi fare mille tipi di integrazione”.*

Alla domanda se queste possibili declinazioni del concetto di integrazione sono previste o fanno parte della prassi: “No, no. Credo che ci siano pochi esempi di integrazione a tutto tondo. Però, ad esempio, io come Consulta credo di avere creato qualche cosa che in termini di integrazione è assolutamente all'avanguardia, rispetto a uno zero per cento, un venti, un quaranta, un ottanta - di integrazione intendo – credo che... Sì, insomma, ci sono due fiori all'occhiello in questo territorio, e sono quelli miei, insomma.

*Uno è il Centro Geriatrico – quello è stato proprio una creatura della Consulta. (...) Si trova in via della Serenissima.... Anche qui, facciamo delle cose molto belle ma poi però ci mancano, come dire, le gambe per... no? Però c'è dentro la Circoscrizione che adesso si chiama Municipio, c'è dentro il Dipartimento per la Salute dell'anziano che ha sede al St. Eugenio – Dipartimento della ASL RMC.*

*Dopodiché, tornando alla definizione del Piano regolatore sociale, precisa: Dipartimento, significa delle cose precise: essendo Dipartimento, ha un ambito territoriale che riguarda tutta la ASL e non soltanto un singolo distretto. I distretti si*

*possono considerare delle ripetizioni in termini sanitari di quelli che sono i Municipi. Quindi se esiste il Municipio 6, esiste il Distretto 6, se esiste il Municipio 11, il Distretto 11". Dopo aver fatto notare che ci sono 5 accordi di programma, uno per ogni ASL, continua: "La ASL da parte sua, coprendo 5 suoi distretti, che equivalgono a 5 o 4 Municipi, non può che fare un accordo di programma, come ASL (...). Però ciascun Distretto della ASL fa i suoi piani di zona con il suo Municipio di appartenenza. (...) Tutti i distretti della ASL dovrebbero lavorare (...) col Municipio di zona".*

## **28 Il Piano Sanitario nazionale 2006-2008: uno stimolo ad uno sviluppo ulteriore del ruolo del terzo settore nella Sanità pubblica, del lavoro di rete e della Social governance.**

Nel Piano Sanitario nazionale 2006-2008<sup>112</sup> sono stati individuati dei punti focali dell'azione del Servizio sanitario nazionale e, tra essi, in particolare le seguenti priorità:

- potenziare i sistemi integrati di reti sia a livello nazionale o sovra regionale sia a livello interistituzionale (integrazione sociosanitaria) sia tra i diversi livelli di assistenza;
- favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio sanitario nazionale;

---

<sup>112</sup> D'ora in avanti PSN.

Vi troviamo inoltre la definizione del *ruolo del terzo settore*, sia in riferimento al quadro normativo, che delle funzioni legate al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Con riferimento al decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 ed al decreto legislativo 502/1992 nel PSN viene *“riservato alle Istituzioni non lucrative del terzo settore - costituito da un articolato universo di cooperative sociali, associazioni e fondazioni di diritto privato, società di mutuo soccorso, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale - un ruolo del tutto peculiare nella realizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari”*. Questione che si evidenzia nelle modifiche introdotte nel disciplinare l’istituto dell’accreditamento dove viene *“evidenziato lo “spazio” che a tali organismi deve essere riservato come ad uno dei tre componenti che caratterizzano, come principio fondamentale del sistema, il pluralismo erogativi: erogatori pubblici, erogatori privati profit ed erogatori privati non profit”*.

Così è stato individuato come obiettivo del triennio di applicazione del PSN, il recupero, rispetto a quanto previsto dalla riforma del 1999, del ritardo che in questo aspetto applicativo si è determinato in molte realtà regionali. Così vi si sottolinea che:

*Naturalmente è importante che sia superata la teoria e la pratica del ricorso a tali soggetti come semplici esecutori di servizi appaltati, senza capacità progettuale e imprenditoriale, mentre vanno evidenziati i principi della "reciprocità" e dello "scambio". L'azione dei soggetti non profit produce, infatti, vantaggi reciproci per i cittadini e per l'istituzione, ed il volontariato è un bene prezioso, per il quale si rendano indispensabili regole nazionali chiare.*

Nel PSN viene quindi affidato gli Enti locali e alle Regioni il compito di precisare, nel campo dei servizi socio sanitari, le forme

attraverso cui conseguire un coinvolgimento ampio e rappresentativo del privato non profit nei vari territori di competenza.

In riferimento agli obiettivi di salute vi viene riconosciuta al volontariato antica tradizione e il suo contributo di grande valore in questo campo e viene definita la necessità di implementare la sua attiva collaborazione con le Istituzioni per il raggiungimento di rilevanti obiettivi di salute.

Viene così affermato che, al fine di consentire al mondo del volontariato e del terzo settore di effettuare interventi non parcellizzati, ma sinergici e coordinati con le attività delle istituzioni, potranno essere promosse soluzioni in grado di garantire alle imprese sociali la possibilità di qualificare la loro presenza favorendone investimenti qualitativi di lungo periodo, coerentemente con le esigenze dei servizi caratterizzati da continuità assistenziale e modalità di presa in carico previste dai livelli essenziali di assistenza.

In riferimento all'obiettivo di una effettiva integrazione socio-sanitaria dei servizi, viene infine definita la necessità di favorire *forme di sperimentazione che, in riferimento ai bisogni che richiedono competenze finalizzate a garantire la integrazione di diversi fattori produttivi per la erogazione di risposte con diverso grado di complessità tecnica e professionale, possano prevedere specifiche forme di accreditamento che tengano conto della maggiore o minore continuità di presenza dei soggetti candidati nei vari sistemi regionali dei servizi socio sanitari.*

*La richiesta di salute degli immigrati, definizione degli interventi e riconoscimento del loro ruolo nella trasformazione della cultura dei Servizi Socio-sanitari*

Nel documento del PSN troviamo infine, al punto 5.7., la definizione de *Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali*:

La prima questione che viene sottolineata è il riconoscimento della multiculturalità *della* domanda sanitaria per cui:

Uno dei problemi più rilevanti che l'attuazione di un sistema universalistico si trova oggi dinanzi è la variabilità della popolazione di riferimento a *seguito* dei processi di mobilità intra ed extraeuropea che si vanno consolidando negli anni.. E' noto che in alcune aree del paese la presenza straniera, regolarizzata e non, assume dimensioni di assoluto rilievo con un non indifferente apporto allo sviluppo economico ed assistenziale del paese. Nel triennio di vigenza del PSN si verificherà l'effettiva assunzione a carico del sistema degli oneri conseguenti a questi processi, che non devono essere considerati con logiche residuali o marginali

La crescita quantitativa della popolazione reca con sé la conseguenza dell'affermarsi della *multiculturalità* e multietnicità della struttura sociale. Tale fenomeno modifica il modo di porsi della medicina nei confronti di culture diverse rispetto a quella nell'ambito della quale è stata a lungo praticata.

Al tempo stesso viene sottolineato come la multiculturalità della domanda sanitaria *induce* oggi la necessità nei presidi pubblici di adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza ed alla

peculiarità di usi e costumi di parti di essa, senza che ciò trovi a livello nazionale una definizione chiara in termini di obbligo del servizio e di diritto del cittadino.

Per cui uno dei compiti da svolgere nel biennio 2006-2008 sarà di analizzare *questo* settore, di formulare indirizzi in materia e di definirne i principi di riferimento.

In riferimento agli immigrati irregolari ed alle fasce di popolazione socialmente deboli viene sottolineato come, nonostante il livello di tutela previsto dalla normativa vigente, ed in particolare dagli articoli 34 e 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 e successive modificazioni, e gli sforzi congiunti delle *istituzioni*, delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni *no profit* si riscontrino importanti problematiche di natura sanitaria, tra le quali una maggiore incidenza di malattie infettive da imputarsi alle difficili condizioni di vita e ad una scarsa o assente cultura della prevenzione. Di conseguenza nel PSN vengono definiti i seguenti obiettivi:

- *potenziare le attività di prevenzione per gli adolescenti e i giovani adulti stranieri attraverso un approccio trans-culturale e multidisciplinare;*
- *promuovere studi di carattere infettivologico sull'incidenza e prevalenza dell'infezione da HIV e delle più frequenti MST in gruppi dell'intera popolazione "target"; sperimentare sistemi di monitoraggio in grado di valutare l'andamento delle infezioni, il grado di conoscenza specifica della popolazione target;*

- *valutare e promuovere capacità professionali degli operatori sanitari che operano nelle aree geografiche a più alto afflusso di immigrati; individuare i nodi critici del SSN che possono causare un ridotto accesso degli immigrati ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da HIV/AIDS e di altre MST.*

Per quanto attiene alla copertura vaccinale nel PSN viene affermato che sono stati *raggiunti* importanti obiettivi nelle popolazioni *immigrate* ed a quelle maggior rischio di esclusione sociale.

Un punto ancora molto critico viene individuato nell'ambito del settore materno infantile, nell'elevato numero di interruzioni volontarie di gravidanza che si registrano tra le donne immigrate ed in tal senso viene individuata la necessità di interventi finalizzati alla promozione della "genitorialità responsabile"- la cui definizione culturale è da approfondire anche in relazione alle concezioni proprie delle donne *che* afferiscono a tali servizi – obiettivo che nel PSN viene perseguito attraverso una operazione di sensibilizzazione, informazione e formazione alle scelte procreative. Nello stesso senso nel PSN, gli operatori sanitari, nonché le associazioni di immigrati, le associazioni di volontariato e del terzo settore attive che operano nel settore materno infantile vengono espressamente sollecitati ad attivarsi in interventi di informazione sulla possibilità della gestante di partorire in anonimato.

Il Psn individua la necessità di promuovere degli interventi per impedire le mutilazioni genitali femminili e per la formazione degli



operatori al trattamento delle possibili complicanze di natura fisica e psicologica connesse con le stesse.

In riferimento alle problematiche sopra individuate, nel PSN viene sottolineata l'importanza della dimensione culturale di questo fenomeno laddove si afferma che *“Le politiche sanitarie finalizzate al raggiungimento di tali obiettivi devono necessariamente considerare l'eteroculturalità e devono promuovere la formazione specifica in tale ambito degli operatori sanitari. In tale ambito ricordiamo la recente legge 9 gennaio 2006, n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" che detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine. In particolare sono previsti programmi diretti a predisporre campagne informative, promuovere iniziative di sensibilizzazione, organizzare corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, promuovere appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo, promuovere il monitoraggio dei casi pregressi già noti, formulare linee guida per gli operatori sanitari e per le altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche”*.

Inoltre nel PSN viene individuata la necessità di un'azione di prevenzione degli infortuni che coinvolga tutti gli attori sociali, sanitari ed economici, in quanto, malgrado non sia possibile estrapolare dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) i dati relativi agli infortuni sul lavoro, l'ambito occupazionale rappresenta, specie per gli immigrati maschi, una condizione ad alto rischio per la

salute a causa delle condizioni lavorative pericolose e spesso scarsamente tutelate.

Infine una problematica specifica viene individuata nelle condizioni socio-ambientali in cui vivono la maggior parte dei Rom. In particolare la necessità prioritaria di un miglioramento delle condizioni igienico-abitative che sono state universalmente riconosciute come tra i principali determinanti di salute.

Viene inoltre indicata la necessità di porre attenzione, anche attraverso studi di carattere statistico epidemiologico, e di trovare delle modalità utili di intervento rispetto al problema dell'aumento di casi di tossicodipendenza tra i Rom, realtà che, inesistente prima degli anni '90, è diventata via, via sempre più drammatica, anche a causa della giovane età dei soggetti coinvolti

Per quanto riguarda i Rom il PSN rileva inoltre la loro difficoltà ad accedere ai servizi sanitari; molti di essi infatti, pur essendo in regola con le norme sul permesso di soggiorno, non hanno effettuato la scelta del medico di base. Per rimuovere le cause di tale difficoltà viene affermata la necessità di una cooperazione con le associazioni del privato sociale *“per rimuovere le barriere culturali e gli ostacoli organizzativi per l'accesso all'assistenza sanitaria e svolgere una intensa opera di educazione sanitaria in collaborazione con mediatori linguistico-culturali appartenenti alle loro comunità”*.

Per quanto riguarda le persone senza fissa dimora viene messo in evidenza il legame tra povertà, emarginazione sociale e stato di salute. Situazione spesso legata alla incidenza dei flussi migratori.

A tale proposito nel PSN viene individuata l'urgenza del potenziamento dell'attività di inclusione, sia attraverso le strutture di accoglienza (dormitori, mense), che degli interventi di supporto e di riabilitazione psico-sociale. Ciò con particolare attenzione alle persone che sono divenute senza fissa dimora da poco tempo, le quali hanno maggiori possibilità di recupero e di inclusione sociale in quanto vivono in una condizione non ancora cronicizzata.

Infine nell'assistenza rivolta alle popolazioni immigrate viene riconosciuta la funzione di stimolo che essa ha avuto e continua ad avere per il SSN, come *“occasione di crescita organizzativa e culturale”*. Infatti vi si afferma che *“La presenza strutturale di intere famiglie immigrate ha permesso di modificare il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro SSN, rimodellando una offerta di servizi socio-sanitari diversificati e soprattutto a misura umana nei confronti di tutte le fasce di persone a rischio di emarginazione, anche grazie all'attività dei mediatori linguistico-culturali culturali formati ad hoc e/o appartenenti alle loro comunità”*. Nel PSN 2006-2008 viene quindi promosso *“un processo di attuazione di servizi socio-sanitari più attenti alle complesse problematiche delle persone con il rispetto delle diverse dignità e culture, non solo straniere, ma anche dei diversi strati sociali degli italiani”*.

## **29 Ideologie, media e politica: i rischi insiti nel condizionamento della loro interazione nella definizione della normativa in materia di immigrazione.**

### ***29.1 La Legge Bossi – Fini***

Abbiamo visto come, in sintesi, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria agli immigrati, con la legge n.40/1998, confluita nel Testo Unico sull'immigrazione che disciplina e regola le procedure di accesso al Servizio Sanitario Nazionale da parte degli stranieri (D.Lgs. n. 286/98), e con il successivo Regolamento di attuazione (il DPR n.394/99), è stata sancita l'inclusione a pieno titolo degli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri attinenti l'assistenza sanitaria, a parità di condizioni ed opportunità con il cittadino italiano, estendendo tali diritti anche a coloro che sono presenti in Italia in situazione di irregolarità giuridica e clandestinità. La legge Bossi-Fini ha introdotto delle modifiche sostanziali rispetto a quanto statuito dal Testo Unico, in particolare, in riferimento al diritto alla salute, con la norma che prevede la decadenza del permesso di soggiorno dopo un periodo di sei mesi da un eventuale licenziamento dal posto di lavoro, ha determinato una condizione di ricattabilità ulteriore dei lavoratori immigrati, con conseguenze sulla tutela della loro salute, laddove, data la condizione di estrema debolezza dal punto di vista contrattuale nei confronti dei datori di lavoro, la bossi fini ha determinato un aumento delle situazioni di sfruttamento della manodopera, sia in termini di rispetto delle norme di sicurezza sui posti di lavoro, sia dal punto di vista del logoramento fisico, laddove per i lavoratori immigrati diventa problematico far valere i propri diritti all'astensione dal lavoro per motivi

di malattia o maternità. Inoltre, l'immigrato regolare iscritto al SSN, se dopo questo periodo di tempo previsto dalla legge non riesce a trovare un nuovo lavoro, rientra nella zona d'ombra della clandestinità, e quindi perde diritto alla sua tessera sanitaria, e benché potrà accedere all'assistenza sanitaria come Straniero Temporaneamente Presente (STP), non potrà eventualmente accedere alle strutture di accoglienza sociale, laddove dovesse, a causa della sua nuova condizione di disoccupato, trovarsi senza un alloggio, con tutte le conseguenze sulla salute che, vedremo, sono tipiche di tali forme di marginalità sociale. Tale condizione di precarietà e ricattabilità non è solo espressione del basso livello di riconoscimento dei diritti agli immigrati nel nostro Paese, ma anche la prima causa determinante l'abbassamento del livello generale del riconoscimento dei diritti dei lavoratori in Italia. Quindi causa determinante di uno dei maggiori "costi" sociali e, per il SSN, economici: l'altissima incidenza di morti "bianche" sul lavoro, più di 1200 decessi l'anno in Italia.

La difficoltà ad accedere ad una condizione di regolarità del soggiorno e la possibilità continua di poter ricadere in una condizione di clandestinità determina delle condizioni favorevoli alla gran parte del sistema produttivo italiano per lo sfruttamento in nero dei lavoratori extra-comunitari. Come già accennato, tale condizione di sfruttamento di fatto non può essere vista come una deviazione dalla norma in quanto rappresenta una prassi consolidata sulla quale si struttura il sistema economico-produttivo di ampi settori e zone del Paese. Si tratta dunque di un elemento strutturale, tant'è che, basti l'esempio del settore edilizio, dove vengono ufficialmente appaltati dagli enti locali dei lavori

infrastrutturali a ditte che fanno ampio uso di manovalanza “clandestina” in nero. Anche il numero ridicolo di ispettori dell’INAIL che presidono al controllo della sicurezza degli ambienti del lavoro in Italia è eloquente rispetto a quella che è l’accettazione di fatto di tale situazione che promuove nuove forme di schiavitù moderna.

A livello mediatico il problema dell’immigrazione clandestina è proposto in termini di depauperamento della qualità di vita e della disponibilità dei servizi per i “cittadini italiani”, tale impostazione strumentale sembra tesa al mantenimento dello *status quo*, o al limite all’induzione di uno stato di sempre maggior fragilità sociale degli immigrati. Le forze politiche che della contrapposizione al fenomeno migratorio fanno un loro punto di forza nell’ottenimento dei consensi elettorali, ora che nuovamente si trovano al Governo del Paese, stanno introducendo nuove e più restrittive regole ulteriormente penalizzanti la popolazione immigrata.

### ***29.2 Un esempio di Advocacy.***

Un esempio di tale impostazione ideologica è dato dalla recente proposta nella Commissione Giustizia e Affari Costituzionali di alcuni emendamenti al “Pacchetto sicurezza” tesi a modificare l’art 35 del TU sull’immigrazione. Ciò in una prospettiva miope che fortunatamente, al momento, non è passata. Ciò grazie alla pronta reazione di soggetti autorevoli e qualificati della Sanità pubblica come quelli rappresentati dalla S.I.M.M.- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

A titolo esemplificativo riporto di seguito due comunicati della S.I.M.M. relativi al caso specifico.

1) “Roma, 20 ottobre 2008

Nell’ambito della discussione in Senato del cosiddetto “Pacchetto Sicurezza” (atto 733), in commissione congiunta Giustizia ed Affari Costituzionali, è stato depositato da quattro senatori ed una senatrice della Lega Nord un emendamento che mina radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro paese e cioè la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina.

Sono previste due modifiche al comma 4 e comma 6, e **l’abrogazione del comma 5** dell’articolo 35 del Decreto Legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull’immigrazione). Partiamo dal comma 5, la cui cancellazione è di estrema gravità: esso infatti attualmente prevede che *“l’accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere, sia territoriali) da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all’autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano”*. Questa disposizione normativa è presente nell’ordinamento italiano già dal **1995**, attraverso l’art. 13, proposto da una vasta area della società civile, del decreto legge n. 489/95, più volte reiterato, voluto ed approvato dal centro destra anche con i voti della Lega. La “logica” della norma non è solo quella di “aiutare/curare l’immigrato irregolare” (per altro deontologicamente assolutamente corretta!) ma in particolare di **tutelare la collettività** come prevede l’articolo 32 della Costituzione; il rischio di segnalazione e/o denuncia

contestuale alla prestazione sanitaria, creerebbe una barriera insormontabile per l'accesso e spingerebbe ad una **“clandestinità sanitaria”** pericolosa per l'individuo ma anche per la popolazione laddove possano esserci malattie trasmissibili. Ormai esiste una significativa documentazione sul tema, compresa la posizione della **Federazione degli ordini dei medici italiani**, di alcune **Società scientifiche** e dei **Ministri della sanità europei** ... che sottolineano l'indispensabilità di questa impostazione per garantire concretamente la salute per tutti (è assolutamente intuitivo come le malattie non facciano distinzione di etnia, status giuridico o colore della pelle). L'effetto della cancellazione di questo comma vanificherebbe il lavoro fatto negli ultimi 13 anni che ha prodotto importanti successi nell'ambito sanitario tra gli immigrati testimoniato ad esempio dalla riduzione dei tassi di Aids, dalla stabilizzazione di quelli relativi alla Tuberculosis, dalla riduzione degli esiti sfavorevoli negli indicatori materno infantili (basso peso alla nascita, mortalità perinatale e neonatale ...). E tutto questo con evidente effetto sul contenimento dei costi in quanto l'utilizzo tempestivo e appropriato dei servizi (quando non sia impedito da problemi di accessibilità) si dimostra non solo più efficace, ma anche più “efficiente” in termini di economia sanitaria.

La modifica al **comma 4** (vedi allegato) introduce invece un rischio di discrezionalità che amplificherebbe la difficoltà di accesso facendo della “barriera economica” e dell'eventuale segnalazione (in netta contrapposizione al mandato costituzionale di “cure gratuite agli indigenti”), un possibile



strumento di esclusione, forse compromettendo la stessa erogazione delle prestazioni.

Il **comma 6** (vedi allegato), sembra invece soltanto un aggiustamento rispetto al mutato quadro delle competenze sanitarie a seguito del processo di devoluzione.

Riteniamo pertanto **inutile e dannoso** il provvedimento perchè:

- spingerà all'incistamento sociale, rendendo invisibile una popolazione che sfuggirà ad ogni forma di tutela sanitaria e di contatto sociale legittimo;
- potrà produrre percorsi sanitari ed organizzazioni sanitarie parallele al di fuori dei sistemi di controllo e di verifica della sanità pubblica (rischio di aborti clandestini, gravidanze non tutelate, minori non assistiti, ...);
- creerà condizioni di salute particolarmente gravi poiché gli stranieri non accederanno ai servizi se non in situazioni di urgenza indifferibile;
- avrà ripercussione sulla salute collettiva con il rischio di diffusione di eventuali focolai di malattie trasmissibili a causa dei ritardi negli interventi e la probabile irreperibilità dei destinatari di interventi di prevenzione;
- produrrà un significativo aumento dei costi in quanto comunque le prestazioni di pronto soccorso dovranno essere garantite e le condizioni di arrivo saranno significativamente più gravi e necessiteranno di interventi più complessi e prolungati;

- spingerà molti operatori ad una “obiezione di coscienza” per il primato di scelte etiche e deontologiche.

Riteniamo estremamente pericoloso il provvedimento poiché soprattutto in un momento di trasformazione sociale e di sofferenza economica, questo atto va ad intaccare il cosiddetto “**capitale sociale**”<sup>113</sup> della società (contrasto tra italiani e stranieri, diritti negati e nascosti, radicale differenza nella *vision* dell’approccio professionale) che una significativa letteratura scientifica definisce condizione per una deriva nel **conflitto sociale** (le cui prime avvisaglie stiamo già vivendo negli ultimi tempi).

Come medici ed operatori sanitari ci appelliamo perché piuttosto che logiche di partito prevalga, alla luce delle evidenze tecnico scientifiche e di consolidate politiche sanitarie, un approccio intelligente e concreto di sanità pubblica come è già avvenuto nel 1995.

## 2) Il Consiglio di Presidenza della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

L’emendamento non è stato approvato!

Nella seduta serale del **5 novembre u.s.** delle Commissioni riunite I e II

---

<sup>113</sup> Per “capitale sociale” si intende la fiducia, le norme che regolano la convivenza e le relazioni interpersonali, formali e informali, essenziali per il funzionamento dell’organizzazione sociale.

del Senato, al momento della votazione, è stato stralciato l'emendamento 18.0.8. Pare che il Governo abbia convinto la Lega a presentare parere negativo all'atto della votazione.

Il pressing tecnico-politico-deontologico ha dato un suo primo frutto. Non c'è da festeggiare per la riuscita (almeno fino ad oggi: il testo del ddl passerà in aula e probabilmente sarà ulteriormente modificato) dell'impegno della SIMM e di tante altre organizzazioni che ha portato al ripensamento sull'emendamento di nostro interesse, ma c'è comunque da essere seriamente preoccupati per il resto! Esistono infatti **“determinanti politici”** alla salute: scelte dettate da approcci esclusivamente ideologici, producono condizioni tali che escludono o compromettono percorsi di salute, indipendentemente dall'organizzazione dei servizi sanitari o da specifiche politiche sanitarie.

**Sul sito di Stranieri in Italia, nell'archivio Briguglio,** troverete l'elenco dei principali emendamenti al ddl sicurezza (A.S. 733) approvati dalle commissioni I e II del Senato (l'elenco completo è allegato al resoconto della seduta del 5 Novembre). Questo il commento di Sergio Briguglio: “se questi emendamenti resisteranno al prosieguo dell'esame parlamentare ne sortirà una disciplina dello straniero tale da far rimpiangere la Bossi-Fini. Penso non solo e non tanto alle sanzioni su ingresso e soggiorno illegale, quanto ai 200 euro per ogni richiesta di rinnovo del permesso (pensate a una famiglia di cinque persone...), agli esami di lingua per il rilascio del permesso CE per soggiornanti di lungo periodo, al contratto di integrazione a punti per poter soggiornare in Italia, al controllo della idoneità dell'alloggio per ottenere l'iscrizione anagrafica, etc.”

(SG; 9 novembre 2008)

Articolo di Immigrazione oggi sugli emendamenti approvati.

**30 La salvaguardia del livello delle prestazioni della Sanità Pubblica: una questione posta dalla Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia tropicale dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). San Gallicano**

Abbiamo accennato come in tale struttura del servizio pubblico troviamo la proposta di un progetto di assistenza socio-sanitaria originale e innovativo in cui si tende ad un approccio olistico e multidisciplinare superante l'impostazione della biomedicina classica che, recependo sin dagli anni '80 le sollecitazioni teoriche dell'etnoiatria, dell'etnopsichiatria e della medicina transculturale, concepisce la "malattia" all'interno di un contesto che si amplia alla dimensione, oltre che psicologica, sociale e culturale dell'individuo che la manifesta.

Dal punto di vista della elaborazione e della proposta culturale, la Struttura Complessa, pur ponendosi come un riferimento essenziale per l'assistenza sanitaria agli immigrati che gravitano nell'ambito del territorio del comune di Roma, avendo in tal senso acquisito anche un ruolo

istituzionale<sup>114</sup>, rifiuta la logica del “servizio dedicato” proponendo anzi l’idea di un SSN in grado di garantire l’assistenza socio-sanitaria a tutti con particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione. Il rifiuto di porsi come servizio dedicato ad utenti immigrati è da leggere nell’ottica di una netta presa di posizione a favore di una sanità pubblica che sia veramente “per tutti”, ma non è da intendere come rifiuto di quel principio di sussidiarietà *orizzontale*, che come abbiamo visto è riconosciuto a livello normativo, che individua nella società civile il diritto e la capacità di organizzarsi in entità giuridiche riconosciute in grado di offrire servizi di pubblica utilità e di interfacciarsi e collaborare proficuamente con le proprie controparti istituzionali. Ma è nell’applicazione di tale principio che possono essere individuati dei rischi di carattere strumentale, laddove in alcuni casi si è potuto assistere ad un potenziamento di talune strutture del volontariato e del privato sociale a fronte di un depauperamento, in termini sia logistici che di risorse e quindi di servizi, di strutture pubbliche, col rischio di determinare col tempo un impoverimento e dunque un abbassamento del livello di assistenza del SSN, cui dovrebbero poter continuare a rivolgersi *tutti* i cittadini. Nell’ambito di una intervista il prof. Aldo Morrone, Direttore della Struttura, ha osservato come, senza una adeguata attenzione alle concrete applicazioni di tale principio, lasciando che determinate politiche, espressione di interessi particolari, abbiano modo di affermarsi, col tempo il ricorso al SSN potrebbe diventare una

---

<sup>114</sup> Nel 1998, con Delibera Regionale n.1358, 15.04.98, il Servizio è stato costituito “Centro di Riferimento e Consulenza della regione Lazio e delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda le iniziative di formazione e tirocinio degli operatori socio-sanitari sulle materie concernenti la salute degli immigrati”.

Ricordiamo inoltre la collaborazione con la Prefettura di Roma nell’ambito dell’UTG (vedi sopra).

sorta di ultima scelta, assieme a quella dei *servizi dedicati*, per le sole fasce deboli della popolazione, costringendo ad una sorta di ghettizzazione chi non fosse in grado di accedere a forme di assistenza privata, mentre per gli altri si potrebbe man mano imporre la scelta del ricorso alle assicurazioni sanitarie private. E' evidente l'importanza del tema e della necessità che venga adeguatamente affrontato in una sede ampia che coinvolga anche le strutture del volontariato e del privato sociale che operano nel settore. Infatti tale prospettiva porta con sé una grave sconfitta in termini di valore proprio per quella società civile che negli anni ha promosso il diritto dei cittadini di organizzarsi ed esprimersi attivamente nei diversi ambiti della vita civile del Paese, dando vita alla realtà ricca e vitale, malgrado le tante contraddizioni, costituita in Italia dal *Terzo Settore*.

L'orientamento della Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni è diretto alla promozione di un servizio sanitario pubblico che, nel quadro di un approccio 'olistico' al disagio del paziente, si propone di individuare e sperimentare nuove strategie di risposta ai bisogni sanitari.

La sua storia si caratterizza come storia dello sviluppo di un approccio olistico e transculturale, e delle correlate iniziative di riorientamento dei servizi nell'ambito e per la promozione del SSN.

## 31 Conclusioni

Il rinnovamento della cultura organizzativa dei servizi di Sanità pubblica è stato caratterizzato dall'azione di individualità fortemente creative che hanno saputo affermare i valori di solidarietà e partecipazione sociale scaturiti negli anni '70. Personalità portatrici di valori forti, individualità che si sono riconosciute e si riconoscono tra loro definendo una identità sulla base di valori e obiettivi comuni. Le cui capacità di collaborare con gli altri hanno dato vita a una realtà di lavoro di rete che sta via, via sempre più affermandosi nel senso di una sempre maggiore integrazione in una logica di sistema.

La loro capacità di incidere sull'effettiva qualità del lavoro è stata però condizionata nel tempo dalla discontinuità nella realizzazione dei progetti lavorativi in atto dovute a:

- nell'ambito delle strutture del SSN
  - mutamenti a livello politico che , a loro volta, portano con sé il condizionamento di differenti contenuti valoriali inseriti in visioni del mondo in conflitto con quella dei precedenti rappresentanti politici. Come anche il riferimento a gruppi di interesse differenti.
  
- Soprattutto nell'ambito dei soggetti del terzo settore, ma anche del SSN, la logica del “progetto”, caratterizzata da:

- la precarietà delle possibilità di rifinanziamento;
- conseguente discontinuità;
- precarietà degli operatori “a progetto” o “interinali”

tutto ciò ha determinato una conseguente difficoltà a radicarsi dei servizi offerti dai progetti nel nuovo paradigma del lavoro di rete, in quanto a tal fine è necessaria la continuità e la stabilizzazione delle relazioni di cooperazione.

Il ricorso ad una programmazione finanziaria che propone di rispondere alle esigenze di salute della popolazione attraverso “progetti”, sembra contrastare la logica insita nel paradigma organizzativo dell’integrazione socio-sanitaria. Ciò in quanto la possibilità di istituire e stabilizzare un modello cooperativo di lavoro di rete è limitata dalla discontinuità dei finanziamenti e dalle dinamiche insite in tale logica. Infatti, nella gestione delle risorse economiche ( che dovrebbero essere finalizzate alla risposta immediata ai bisogni di assistenza socio-sanitaria) destinate ai progetti spesso si cela una prassi di gestione clientelare delle risorse economiche ivi destinate.

E’ evidente come i cambiamenti a livello politico, di conseguenza, corrispondano ad una diversa destinazione dei fondi e all’alternarsi delle fortune dei differenti attori del terzo settore presenti sul relativo territorio amministrativo.

In ogni caso, anche rispetto a tali realtà dinamiche socio-politiche - a tutti i livelli, da quello nazionale a quello amministrativo locale, come a



quello rappresentato dalle figure dirigenziali che in riferimento ad esso si succedono all'interno delle ASL – è emerso come l'affermazione delle realtà più interessanti e di valore, che hanno inciso nel mutamento dei paradigmi e delle relative prassi dei servizi di Sanità pubblica, sia stata possibile grazie al ruolo svolto da personalità di grande levatura etica e morale che dell'affermazione nel mondo lavoro dei loro valori hanno fatto una ragione di vita.

D'altra parte il loro impegno è stato permesso da condizioni di lavoro le cui garanzie hanno dato loro modo di affermarsi anche in contrapposizione ai valori dominanti nei luoghi di lavoro nei quali si sono trovati ad essere strutturati. Tale garanzia fondata sul recepimento a livello normativo dei diritti dei lavoratori negli anni '70, ha permesso l'affermarsi di vere e proprie contro-culture nell'ambito della Sanità pubblica che hanno determinato nel lungo periodo la sua radicale trasformazione, sancita successivamente anche dal riconoscimento di tali nuove prassi e dei paradigmi organizzativi di riferimento a livello normativo.

La precarietà del lavoro sta invece determinando un annichilimento della capacità di proposizione ed elaborazione di nuovi valori e prospettive operative nell'ambito dei servizi

Mentre al di fuori degli stessi le differenti categorie di precari si organizzano per affermare le proprie istanze, anche attraverso una particolare elaborazione della propria identità; si veda ad es il caso dei mediatori culturali stranieri che intorno alla esperienza di emigrazione costruiscono la loro identità positiva, assumendola come centrale nella definizione di tale ambito professionale, in tal modo volendo di fatto

escludere i mediatori italiani da tale professione. Vediamo che a fronte delle difficoltà poste dal mondo del lavoro italiano e romano in particolare, si assiste a forme di tentativo di esclusione della “concorrenza” a livello proprio nella fase di definizione del riconoscimento giurico della figura del mediatore.

Si può, dunque, notare il venir meno di una concezione solidaristica ampia: la solidarietà si attua all’interno di gruppi ristretti via, via caratterizzati da nuclei di valori che vanno a definire identità multiple nell’ambito delle quali i soggetti si muovono fluidamente secondo un modo di funzionare che potremmo definire positivamente “utilitaristico”.

Nell’ambito del variegato mondo del terzo settore, assistiamo alla stessa difficoltà legata alla precarietà del lavoro: la temporaneità dei progetti finanziati dagli enti locali nell’ambito degli accordi di programma e dei piani di zona, è ulteriormente radicalizzata dalla prassi interna alle associazioni del privato sociale di utilizzare quegli strumenti normativi che consentono un utilizzo di forme contrattuali legate a periodi di uno, tre, sei mesi. Questo secondo una logica di controllo del lavoratore che sembrerebbe quanto meno una sensibile involuzione del contesto valoriale all’interno del quale ha inizialmente mosso i primi passi e si è affermato il mondo del volontariato e del privato sociale. Tale impostazione sembrerebbe però entrare nella logica della redistribuzione “flessibile” delle risorse economiche assegnate a tali soggetti nella eventuale necessità di corrispondere a quella logica clientelare da cui dipende in buona parte la loro esistenza. Tranne

chiaramente che nel caso dei soggetti che negli anni sono diventati dei punti di riferimento essenziali nel panorama dei servizi socio-sanitari locali e italiani.

Per quanto concerne il rapporto tra utenti, ma anche tra operatori e servizi sanitari, una forte criticità si rileva nell'ambito delle forme nelle quali si esprime la cultura organizzativa delle istituzioni sanitarie. Infatti, si può individuare una prima e fondamentale criticità nei dislivelli nelle competenze linguistiche di coloro che vi interagiscono; tali dislivelli rappresentano un forte limite alla partecipazione democratica e, quindi, al pieno godimento dei diritti civili. Evidentemente da un punto di vista culturale non può sfuggire la molteplicità di universi discorsivi che si esplicitano attraverso codici culturali specifici, come quelli di carattere specialistico, in riferimento ai quali gli individui debbono affinare le proprie alle competenze linguistico-culturali necessarie ad orizzontarsi ed agire consapevolmente nei differenti ambiti della vita sociale cioè, particolarmente, in riferimento alle norme ed alle procedure previste dall'ordinamento giuridico e amministrativo dello Stato.

Vi è inoltre una ulteriore criticità da rilevare, nella creazione di reti integrate ed azioni di sistema, il rilevamento di tutte le realtà disponibili sul territorio aziendale e comunale sarebbe essenziale, d'altra parte un Sistema informativo dei servizi sociali deve ancora essere implementato.

Concludendo, l'obiettivo della presente ricerca è stato quello di contribuire a gettare luce sui processi di mutamento e riorganizzazione interne alla cultura dei servizi socio-sanitari italiani, come sui più generali

processi culturali messi in atto da tutti gli attori sociali in causa nel contatto - incontro/scontro - socio-culturale, facendone emergere, nell'analisi storico culturale, le dinamiche di ridefinizione degli orizzonti di senso (che rappresentano l'orizzonte valoriale in cui trova senso l'agire culturale) e dei relativi paradigmi organizzativi. Tali dinamiche interconnesse all'elaborazione e all'affermazione di nuove prassi nell'ambito di tali servizi hanno promosso il riconoscimento di categorie fondanti nuovi paradigmi organizzativi anche al di fuori del loro ambito istituzionale:

- Social governance* (derivante dall'affermazione di un modello di Sussidiarietà orizzontale: dal *Government* alla *Governance*).
- Integrazione socio-sanitaria
- Lavoro di rete
- Advocacy*
- Mediazione culturale
- Intercultura
- Terzo settore

L'affermarsi della realtà e di un ruolo del Volontariato e del privato sociale ha prodotto degli effetti socio-culturali a livello di ridefinizione del concetto di cittadinanza nella normativa vigente; la quale è stata analizzata come “fatto” culturale, le cui modifiche legislative introdotte sono da mettere in riferimento al mutamento dei valori sociali condivisi, delle identità sociali e individuali scaturite dal confronto e relazione tra le parti – istituzioni politiche, soggetti pubblici, del terzo settore, utenti e operatori stranieri – finalizzate alla negoziazione delle istanze derivanti dagli interessi di ciascuno.

## Bibliografia

Accornero, A.

- 2000, *Il mondo della produzione. Sociologia del lavoro e dell'industria*, Il Mulino, Bologna

Alvesson M.e Berg, P.O.

- 1993, *L'organizzazione e i suoi simboli*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Amselle, J. L.

- 1999 (1990), *Logiche meticce*, Bollati Boringhieri, Torino.
- 2001, *Connessioni*, Bollati Boringhieri, Torino.

Appadurai, A.

- 2001 (1996), *Modernità in polvere*, Meltemi, Roma.

Aronson, E.; Wilson, T.D.; Akert R.M.

- 1997. *Psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna

Ashkanasy N.M., Wilderom C.P.M., Peterson M.F.

2000 Handbook of Organizational culture & climate

Assmann, J. L.

- 1997 (1992), *La memoria culturale, scrittura. Ricordo e identità politica nelle grandi civiltà antiche*, Einaudi, Torino.

Augé, M.

- 1993 (1992), *Nonluoghi*, Elèuthera, Milano
- 1995 (1994), *Il senso degli altri*, Anabasi, Milano.

Avallone, F., (a cura di),

- 1989, *La formazione psicosociale. Metodologie e tecniche*, Carocci Editore, Roma
- 1994. *Psicologia del lavoro. Storia, modelli, applicazioni*. La Nuova Italia

Scientifica, Roma.

- 1999 a, *Quaderno di psicologia del lavoro 4*, Guerini editori, Milano
- 1999 b, *Quaderno di psicologia del lavoro 6/7*, Guerini editori, Milano

Bailey, K.D.

- 1995, *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna

Baker, C. D.

- 1982, "Adolescent – adult Talk as a Practical Interpretative Problem", in G. Payne and EE, Cuff (eds), *Doing Teaching: The practical management of classrooms*, Bastford, London.

Bandura, A.

- 1993, "Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning", in *Educational Psychologist*, 28, pp. 117-148
- 1997, *Self-Efficacy: the Exercise of Control*, Freeman, New York
- 2000. *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Erickson, Trento.

Becker, H.S.

- 1960, "Notes on the Concept of Commitment", in *American Journal of Sociology*, 66, pp. 32- 40
- 1992 "Foci and Bases of Commitment: are they Distinctions Worth Making", in *Academy of Management Journal*, 35, 1, pp. 232-244

Becker, H.S. e Billings, R.S.,

- 1993, "Profiles of Commitment: an Empirical Test", in *Journal of Organizational Behavior*, 14, pp. 177-190.

Berg, P.O.

- 1984, *Corporate culture development: the strategic integration of identity, profile and image*. Krilongruppens Arsbok.

Berg, P. O. e Gagliardi. P.

- 1985, “Corporate Images: a Symbolic Perspective of the Organizational-Environment Interface”. Contributo presentato alla conferenza SCOS sulle “*Immagini d’impresa*”, Antibes.

Berger, P. e Luckmann, T.

- 1974 (1966), *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.

Berne, B.

- 1963. *The Structure and Dynamics of Organizations and Groups*. Ballantine Books, New York

Bhabha, H.

- 1997, *Nazione e narrazione*, Meltemi, Roma
- 2001 (1994), *I luoghi della cultura*, Meltemi, Roma.

Bigot, G. e Russo, M.L.

- 2007, “Come nasce una politica: gli attori, i processi”, in Geraci (a cura di) *Una Rete per la Salute degli Immigrati: La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*, Nuova Anterem, Roma.

Bion, W.

- 1989 (1961), *Esperienze nei gruppi ed altri saggi*, Armando, Roma.

Bocock, R.

- 1974. *Ritual in industrial society*, Allen & Unwin, London,

Bolognini, B.

- 2005 (1995), “Il mito come espressione dei valori organizzativi e come valore strutturale” In Gagliardi P. *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*. ISEDI Torino.

Bonazzi, G.

- 1988 “Sul simbolismo organizzativo e dintorni”. In *Rassegna Italiana di Sociologia*,  
2, 265-274

Borgogni, L. (a cura di )

- 1996, *Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano
- 2001, *Efficacia Organizzativa*, Guerini, Milano

Butera, F.

- 1991, *Il castello e la rete. Impresa. Organizzazioni e professioni nell'Europa degli anni Novanta*, Franco Angeli, Milano

Callari Galli, M.

- 2003, *Nomadismi contemporanei*, Guaraldi, Rimini.

Canclini, N. G.

- 1998 (1989), *Culture ibride. Strategie per entrare e uscire dalla modernità*. Guerini Studio, Milano.

Caparra G.V.

- 1996, *Le ragioni del successo*, Il Mulino, Bologna.

Carmagnola, F.,

- 1994, *Non sapere di sapere. Modelli di pensiero e immagini del mondo nell'analisi culturale delle organizzazioni*, Etas Libri, Milano

Castagna, M.

- 2003, *Progettare la formazione. Guida metodologica per la progettazione del lavoro in aula*, Franco Angeli, Milano

Casula, C.

- 2002, *I Porcospini di Schopenhauer. Come progettare e condurre un gruppo di formazione di adulti*. Franco Angeli, Milano

Clark, B.R.

- 1972 “The Organizational Saga in Higher Education”, in *Administrative Science Quarterly*, 17, pp. 178-184.



Clifford , J. e Marcus, G. E.

- 2001 (1986), (a cura di) *Scrivere le culture. Poetiche e politiche in etnografia.*, Meltemi Editore, Roma.

Cohen, A.

- 1994 (1974), “La lezione dell’etnicità”, in V. Maher (a cura di) *Questioni di etnicità*, Rosenberg & Sellier, Torino.

Cohen, S.P.

- 1969, “Theories of myth”. *Man*, 4, pp.337-353.

Conradson, B.,

- 1988, *Etnologiska bilder av livet på kontor*. Nordiska Museet, Stockholm.

Czarniawska, B

- 1992, *Exploring Complex Organizations: A Cultural Perspective*, Sage, London.
- 1998, *A Narrative Approach to Organization Studies*, Sage, London.
- *Narrare l'organizzazione. La costruzione dell'identità istituzionale*, Fondazione ISTUD, Collana Edizioni di Comunità 2000

Dal Lago, A.

- 2004, *Non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.

Davis, T.

- 1984, “The influence of physical environment in offices”, in *Academy of Management Review*, 9 (2), pp. 271-283

DeCotiis, T.A. e Summers, T.P.

- 1987 “A Path Analysis of a Model of the Antecedents and Consequences of Organizational Commitment”, in *Human Relations*, 40, pp.445-470.

Dendridge, T.C.; Mitroff, I.I.; Joyce, W.F.

- 1980, "Organizational symbolism: a topic to expand organizational analysis",  
in *Academy of Management Review*, 5 (1), pp. 77-82

Di Cristofaro Longo, G.

- 2005, "Cultura dell'interculturalità: riflessioni, ricerche e prospettive".  
in Paolo  
Palmeri (a cura di), *I rapporti interculturali oggi* CLEUP SC,  
Padova.

D'Imperio, G.

- 1996 "Gli strumenti di valutazione tra cultura e criteri psicosociali di osservazione", in *Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.

Earley, P.C.

- 1993 "East Meets Mideast: Further Explorations of Collectivistic and Individualistic Work Group", in *Academy of Management Journal*, 36, pp. 319-348

Ercolani, A.P. e Areni, A.

- 1995, *Statistica per la ricerca in psicologia*, Il Mulino, Bologna
- 1992, *The New Look in Job Satisfaction research and Theory*, Cranny, Smith, Stone (eds)

Fisher C.D., Locke E.A.

- 1992 *The New Look in Job Satisfaction research and Theory*, in Cranny, Smith, Stone (eds) (1992)

Gagliardi, P. (a cura di)

- 2005 (1995), *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*. ISEDI, Torino
- 1995, "Creazione e cambiamento delle culture organizzative: uno schema

concettuale di riferimento”, in P. Gagliardi (a cura di) *Le imprese come*

*culture*, UTET, Torino

- 1995, “Teoria dell'organizzazione e analisi culturale”, in P. Gagliardi (a cura di) *Le imprese come culture*, UTET, Torino .

Geertz, C.

- 1973 (1987), *Interpretazione di culture*. Il Mulino, Bologna

Geraci, S. (a cura di)

- 2001, “Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri”, In *Agenzia Sanitaria Italiana*, n. 13. CNEL.
- 2007, (a cura di), *Una Rete per la Salute degli Immigrati: La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*, Nuova Anterem, Roma.

Geraci, S. e Marceca, M.

- 2006, “Il ruolo del volontariato”, in *Monitor*, 2006.
- 2006, “Elementi di analisi e osservazione del sistema salute”, in *Immigrati e assistenza sanitaria*, N. 18., 2006.

Geraci, S. e Martinelli, B.

- 2002, *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale di politiche locali*, Ed. Nuova Anterem, Roma.

Gibson, C.B.

- 1995, *Determinants and Consequences of Group-Efficacy Beliefs in Work Organization in US, Hong Kong, and Indonesia*, PhD diss., University of California, Irvine.

Golfo, F.

- 2007, “Il GrISS del Lazio”, ”, in Geraci (a cura di) *Una Rete per la Salute degli Immigrati: La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*, Nuova Anterem, Roma.

Guala, C.

- 1993 *Posso farle una domanda? L'intervista nella ricerca sociale*. NIS, Roma.

Hall, E.T.

- 1977, *Beyond Culture*, Doubleday, New York

Harrison G.

- 2005, “L'identità differenziale europea ed il suo approccio all'interculturalità”,  
in P. Palmeri (a cura di) *I rapporti interculturali oggi*. CLEUP SC. Padova.

Hatch, J. M.

- 1997, *Teoria dell'organizzazione*, Il mulino, Bologna.

Hofstede, G.

- 1980, *Culture's consequences*, Beverly Hills, Sage Publications.

Hunt, S. D. e Morgan, R.M.

- 1994, “Organizational Commitment: One of Many Commitments or Key mediating construct?”, in *Academy of Management Journal*, 37, 6, pp.1568-1587.

Inda, J.X. e Rosaldo, R. (a cura di).

- 2002 *The anthropology of globalization*, Blakwell pub., Malden.

Jaques, E.

- 1953 “On the dynamics of social structure”. in *Human Relations*, 6, pp. 3-24.

Jones, M.O.; Moore, M.D.; Snyder R.C.

- 1988, *Inside Organizations. Understanding the Human Dimensions*. Sage, Beverly Hills.

Judge, T.A.; Locke E.A.; Durham, C.C.; Kluger, A.N.

- 1998, "Dispositional Effects on Job and Life Satisfaction: the Role of Core Evaluation", in *Journal of Applied Psychology*, 83, 1, pp.17-34

Kilani, M.

- 1997 (1994) *L'invenzione dell'altro. Saggio sul discorso antropologico*. Edizioni Dedalo.

Kluckhohn, F.R., e Strodtbeck, F.L.

- 1961, *Variations in Value Orientation*, Harper & Row, New York.

Kuhn, T.S.

- 1999 (1962) *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino

Kunda, G.

- 1991, *Engineering Culture, Control and Commitment in a High-Tech Corporation*. Temple University Press, Philadelphia.

Locke, E.A.

- 1967, "Further Data on the Relationship of Task Success to Liking and Satisfaction", in *Psychological Report*, 20, pp. 246-262.

Locke, E.A.e Latham G.P.

- 1990 "Work Motivation and Satisfaction: Light at the End of the Tunnel", in *Psychological Science*, 1,4,pp.240-246.

Luthans, F.; Baack D.; Taylor L.,

- 1987 "Organizational Commitment: Analysis of Antecedents", in *Human Relations*, 40, 4, pp. 219-236.

Maher, V. (a cura di)

- 1994 *Questioni di etnicità*, Rosenberg & Sellier, Torino.

Malighetti, R.

- 1994, "Comunicazione e cultura: un approccio interpretativo all'analisi organizzativa", in *La Ricerca Folklorica*, 29, pp.137-143.

Malinowski, B.

- 1926, *Myth in primitive psychology*. London, Norton.

Mannetti, L. (a cura di)

- 1998, *Strategie di ricerca in psicologia sociale*. Carocci Editore, Roma

Martinelli, A.

- 1998, *La modernizzazione*, Editori Laterza, Roma

Mathieu, J.E. e Zajac, D.M.,

- 1990 “A Review and Meta-Analysis of the Antecedent, Correlates and Consequences  
of Organizational Commitment”, in *Psychological Bulletin*, 108,  
pp. 171-194.

Mayntz, R.

- 1999, “Una teoria della governance: sfide e prospettive”, in *Rivista Italiana di Scienza Politica*, n. 1, 1999.

Mazzoleni, G.

- 1990, *Le ceneri del selvaggio: Itinerari critici di un antropologo*, Armando Editore, Roma.

McCaul, H.S.; Hinsz, V.B.; McCaul, K.D.

- 1995, “Assessing Organizational Commitment: an Employee’s Global Attitude  
Toward the Organization”, in *Journal of Applied Behavioral Science*, 31, 1,  
pp. 80- 90.

McGregor,

- 1960 *The Human Side of Enterprise*, McGraw-Hill, New York, Tr. It.:  
*L’aspetto umano  
dell’impresa*, Franco Angeli, Milano 1986)

Ministero della Sanità

- 1998, *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*.

Mitroff, I. I.

- 1983 *stakeholders of the Organizational Mind*. Jossey-Bass, San Francisco.

Mobley, W.H.; Griffeth, R.W.; Hand, H.H.; Meglino, B.M.

- 1979 "Review and Conceptual Analysis of the Employee Turnover Process",  
in *Psychological Bulletin*, 86, pp. 493-522.

Morgan, G.

- 1980 "Paradigms, Metaphors, and puzzle solving in organization theory",  
in. *Administrative Science Quarterly*, 25 , pp. 605-622.
- 1986 *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli, Milano

Mottaz, C.J.

- 1988 *Determinants of Organizational Commitment*, Tavistock Institute of Human Relations,  
pp. 467-480.

Mowday, R.T.; Streers, R.M.; Porter, L.W.,

- 1979 "The Measurement of Organizational Commitment", in *Journal of Vocational Behavior*, 14, pp.224-247.

Nader, L.

- 1991, "Orientals, Occidentalism and the control of women", in *Cultural Dynamics*,  
II (3): 149-159.

Nadler, L.

- 1969 "The organization as a micro-culture", in *Personnel Journal*, 48,  
pp.949-956

Olsen, J.

- 1970 "Local budgeting, decision-making or a ritual act?", in *Scandinavian Political Studies*, 5, pp. 85-118

O'Reilly C.A. Chatman J., Caldwell D.F.

- 1991 "People and Organizational Culture: a Profile Comparison Approach to

Assessing Person-Organization Fit”, in *Academy of Management Journal*, 34, 3,  
pp.487-516.

Papa, C.

- 2003 (1999), *Antropologia dell'impresa*. Guerini Editore. Milano.

Pfeffer, J.

- 2005 (1995), “Il management come azione simbolica: la creazione e conservazione dei paradigmi organizzativi”, In P. Gagliardi (a cura di), *Le imprese come culture: Nuove prospettive di analisi organizzativa*. ISEDI Torino

Pettigrew, A.M.

- 1986 (1979), “Cultura organizzativa: una famiglia di concetti” . in P. Gagliardi (a cura di) *Le imprese come culture: Nuove prospettive di analisi organizzativa* ISEDI, Torino, pp. 51-66.

Piccardo, C.e Benozzo, A.

- 1996, *Etnografia organizzativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Pondy, L.R.

- 2005 (1983) "La funzione delle metafore e dei miti nelle organizzazioni" , . in P. Gagliardi (a cura di) *Le imprese come culture: Nuove prospettive di analisi organizzativa*, ISEDI, Torino. pp.195 – 205.

Quaglino, G.P.

- 1995 “Clima organizzativo e qualità delle relazioni interne”, in *Sviluppo ed Organizzazione*, 147, pp. 1-47.

Quaglino, G.P.e Mnder, B.

- 1987 *I climi organizzativi*. Il Mulino Bologna.



Regione Lazio,

- 1999, Piano Sanitario regionale 1999-2001.

Reichers, A.E.

- 1985, "A Review and Reconceptualization of Organizational Commitment", in *Academy of Management*, 10, pp. 465-476.

Schein, E.H.

- 1985, *Cultura d'azienda e leadership. Una prospettiva dinamica*. Guerini e Associati, Milano 1990.
- 1987, *Lezioni di consulenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- 2000, *Culture d'impresa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Schwartz, H.S.

- 1987 *Anti-social actions of committed organizational participants: an existential psychoanalytic perspective*. *Organization Studies*, 8, pp. 327-340.

Selznick, P.

- 1957 *La leadership nelle organizzazioni*. Tr. it. Angeli, Milano 1984

Sewell, T.

- 1996, *Migrations and culture: a word of view*

Signorelli, A.

- 1996, *Antropologia Urbana. Introduzione alla ricerca in Italia*. Guerini Studio. Milano.
- 2006, *Migrazioni e incontri etnografici*, Sellerio, Palermo.

Silverman, D.

- 1970, *The Theory of Organizations*. Basic Books, New York..

Smircich, L.

- 1982, "Leadership: The Management of Meaning", in *The Journal of Applied Behavioral Science*, 18, 257-273.
- 1983 "Concepts of culture and organizational analysis", in *Administrative Science Quarterly*, 28 (3), pp. 339-358.

- 1983 “Concepts of culture and organizational analysis”, in *Administrative Science Quarterly*, 28, 339-358

Trice, H.M. e Beyer, J.

- 1984 “Studying organizational cultures through rites and ceremonials”, in *Academy of Management Review*, 9 (4) , pp. 653-669.

Turner, B. A.

- 1971 *Exploring the Industrial Subculture*. Macmillan, London.
- 1990 *Organizational Symbolism*, Walter de Gruyter, Berlin, New York

Van Maanen, J.

- 1988 *Tales of the field. On writing ethnography*. The University of Chicago press, Chicago.
- 1979, “The Self, the Situation, and the Rules of Interpersonal Relations”,  
in W.Bennis e altri, *Essays in Interpersonal Dynamics*, Dorsey Press, Homewood.
- 2005 (1979) “La realtà dell’invenzione nell’etnografia delle organizzazioni”,  
in P. Gagliardi (a cura di) *Le imprese come culture: Nuove prospettive di analisi organizzativa*, Isedi, Torino. pp.33-50.

Vidal, G.

- 2001 *La fine delle libertà. Verso un nuovo totalitarismo?*, Fazi Editore, Roma.

Weber, M.

- 1947 *The Theory of Social and Economic Organization*, (a cura di T. Parsons) Free Press,  
New York (Tr. It. *Economia e società*, Comunità, Milano 1961)

Weick, K. E.

- 1993 (1969), *Organizzare. La psicologia sociale dei processi organizzativi*. Ed. italiana a cura

di B. Bernardi e M. Warglien, ISEDI-UTET.

- 1997, *Senso e significato nell'organizzazione*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Wiener, Y.

- 1982 “Commitment in Organization: a Normative View”, in *Academy of Management Review*, 7, 3, pp. 418-428.

Zammuner V.L.

- 1998 *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Il Mulino, Bologna.

Zucchermaglio C.,

- 1996, *Vygotsky in azienda: Apprendimento e comunicazione nei contesti di lavoro*, Carocci Editore, Roma