



Cooperativa Sociale Kantara



Fondazione Cecchini Pace

REPORT DI RICERCA

PROGETTO

“Percorsi di miglioramento dell’utilizzo dei servizi da parte della popolazione straniera”

a cura di

Federica de Cordova e Marta Castiglioni

Enti attuatori:

Cooperativa sociale Kantara, Milano

Fondazione Cecchini Pace, Milano

Progetto finanziamento dal Comune di Milano - Settore Servizi Sociali per Adulti in attuazione del Programma Regionale degli interventi concernenti l’immigrazione - Legge 40/98 - Fondo 2006/2007

INDICE

1. Introduzione

2. Dati generali del progetto

3. Obiettivi e metodologia

3.1 *Finalità, obiettivi, azioni*

3.2 *La formazione dei mediatori linguistico-culturali*

3.3 *Metodologia*

4. Risultati

4.1 *I focus group*

4.2 *Le interviste narrative*

4.3 *L'identificazione degli interlocutori*

4.4 *Pubblicizzazione e diffusione dei risultati*

4.5 *Iniziativa pubblica di cittadinanza attiva*

Allegati

A. *Traccia dell'intervista narrativa*

B. *Traccia del focus group*

C. *Volantino di presentazione dell'evento pubblico*

1. Introduzione

Il filo di Arianna che ci ha condotto alla scelta di volere scoprire quali sono stati i percorsi di miglioramento nell'utilizzo dei servizi da parte della popolazione straniera ha avuto una doppia motivazione. In primo luogo, il fatto di avere partecipato all'equipe diretta dal prof Paolo Inghilleri, alla realizzazione, fra il 1998 e il 2000, di una ricerca sulla domanda di salute e sull'uso dei servizi in quattro comunità straniere residenti, filippina, egiziana, peruviana e cinese¹. La seconda motivazione riguarda il fatto che corpo, salute, e cura sono luoghi in cui si attribuisce significato al proprio percorso migratorio e validità alle categorie e alle pratiche di cura connesse al sentimento d'integrità fisica, psichica e sociale². In questo senso, la frequentazione dei servizi e in particolare dei servizi socio-sanitari può essere un'occasione di cambiamento e integrazione, tuttavia essi possono diventare anche luoghi in cui si manifesta la crisi³. Come afferma Tobie Nathan, infatti, la scuola e l'ospedale sono dei servizi dove gli immigrati "crollano" perché trattati come "essere umani universali", luoghi in cui le differenze culturali e simboliche non sono considerate. I servizi in generale, e i servizi sanitari in particolare, sono stati creati ispirandosi al principio universalista dell'eguaglianza e la formazione stessa degli operatori risponde a questo principio. A testimonianza del fatto che tale principio universalista non sia in grado, nel concreto, di garantire equità di trattamento, da tempo la letteratura nazionale ed internazionale pone in evidenza il fatto che determinati gruppi etnici o nazionali siano sistematicamente assenti (o, al contrario, sovrarappresentati) all'interno dei servizi pubblici, in particolare quelli di tipo socio-sanitario; parallelamente, gli studi evidenziano una differente frequentazione ed uso dei servizi in base al genere, per cui le donne sarebbero i soggetti più presenti all'interno dei servizi del territorio, mentre gli uomini, maggiormente vincolati ad una funzione produttiva, si rivolgerebbero prevalentemente ai servizi di emergenza. In ogni caso, il dato che si evidenzia è una minore efficienza ed efficacia dei servizi "u-

¹ Vedi.: Inghilleri P., Castiglioni M., de Cordova F., "I cittadini stranieri e i servizi socio-sanitari italiani: modalità di comunicazione e cambiamento dell'identità, IKON, 37, pp. 37-73, 1998 e degli stessi autori, "Medicina tradizionale, immigrazione e domanda di salute. Una ricerca a Milano", IKON, 40, pp. 61-140, 2000.

² Op.cit. cfr. Inghilleri, P., M. Castiglioni, F. de Cordova, p. 61

³ Hall G.C.N., (2001), "Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502-510.

niversalisti” nei confronti della popolazione straniera (maggiore tasso di *drop out*, minore *compliance*, uso inadeguato delle strutture)⁴.

L’arrivo dell’utenza straniera con bisogni e richieste diversificate ha messo così in crisi i servizi che devono imparare ad elaborare e fornire risposte sempre più differenziate.

Ci siamo dunque interrogati su “quali risposte a quali bisogni” hanno lavorato, nei dieci anni trascorsi dalla nostra prima ricerca, le strutture socio-sanitarie e quanto degli sforzi compiuti siano stati efficaci rispetto all’utenza straniera. Per fare ciò abbiamo tentato di ricomporre un quadro evolutivo sia nella offerta che nella domanda di servizi, interrogando i diretti beneficiari, i membri delle comunità straniere.

Il rapporto degli stranieri con i servizi offerti dal territorio di accoglienza si ritrova spesso nel dibattito scientifico. Le ricerche segnalano due questioni irrisolte:

- la scarsa conoscenza della normativa pertinente da parte dell’utenza, accompagnata da una insoddisfacente conoscenza della stessa da parte degli operatori;

- l’utilizzo inadeguato dei servizi socio-sanitari da parte dei lavoratori immigrati e come controparte una staticità delle strutture socio-sanitarie in relazione alla nuova utenza.

L’accento è posto ora sulle capacità dei servizi di leggere i bisogni specifici di questi loro “nuovi” utenti e di rispondervi in maniera adeguata ed equa, ora sulle capacità degli stranieri di utilizzare in modo appropriato tali servizi. D’altronde è proprio lo sviluppo di questa capacità un punto cruciale del processo d’integrazione della popolazione immigrata, che si sviluppa tuttavia in diverse declinazioni a seconda delle diverse comunità presenti in Italia e in particolare a Milano.

⁴ Barrio C., Yamada A.M., Hough R.L., Hawthorne W., Garcia P., Jeste D.V., (2003), “Ethnic disparities in use of public mental health case management services among patients with schizophrenia”, *Psychiatric Services*, 54, 1264-1270.

Compagnoni F., D’Agostino F., (2003), *Dinamiche multiculturali e servizi socio-sanitari in Italia*, Edizioni San Paolo, Milano.

Melfi C., Croghan T., Hanna M., Robinson R., (2000), “Racial variation in antidepressant treatment in a Medicaid population”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 16-21.

Sue S., (1977), “Community mental health services to minority groups: Some optimism, some pessimism”, *American Psychologist*, 32, 616-624.

U.S. Department of Health and Human Services, (2001), *Mental health: Culture, Race, and ethnicity. A supplement to the mental health report of the Surgeon General*, Rockville.

2. Dati generali del progetto

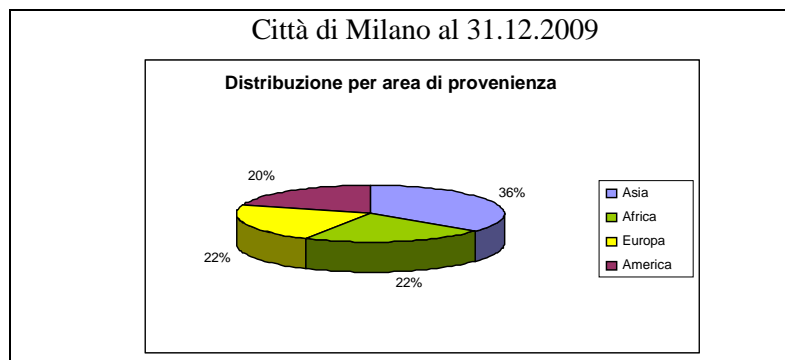
Presentiamo a continuazione alcune considerazioni generali sulle caratteristiche della popolazione immigrata⁵ che sono stati il quadro di riferimento della nostra indagine:

- La struttura per classe di età si differenzia nettamente da quella italiana poiché ha una presenza maggiore nelle fasce di età centrali, vale a dire, fra 25-45 anni. Si tratta dunque di una popolazione giovane e, per quanto riguarda la componente femminile, donne in età riproduttiva
- La natalità fra gli stranieri continua ad essere in termini relativi più alta che quella italiana
- I problemi d'integrazione socio-lavorativa degli immigrati continua ad essere a livello prevalentemente basso
- Si riscontra un aumento costante dei ricongiungimenti familiari
- Si tratta di una popolazione all'interno della quale è significativa la presenza di giovani, adolescenti, pre-adolescenti e minori nati in Italia, e il loro inserimento nei tre ordini di scuole
- L'equilibrio fra la presenza femminile e maschile è maggiore che in passato anche in comunità dove storicamente la presenza femminile è stata sempre molto alta (filippini e peruviani)
- La popolazione immigrata si caratterizza per una condizione sociale, economica e lavorativa medio-bassa e precaria, a fronte di un profilo scolastico e culturale medio-alto.

Il progetto si è sviluppato nell'area metropolitana milanese scegliendo di lavorare sui gruppi nazionali di stranieri numericamente più rappresentativi: albanesi, filippini, cinesi, marocchini, egiziani, peruviani, equadoregni, caratterizzati dalla non appartenenza alla Comunità Europea, e che rappresentassero tutte le aree geografiche dato le caratteristiche della loro distribuzione. Come illustra il grafico 1, (elaborato su dati del X Rapporto sull'Immigrazione 2010), infatti, la distribuzione per area di provenienza a Milano della popolazione immigrata non vede una netta prevalenza di nessuna area geografica:

⁵ Allievi S., (a cura di) (2009), *I musulmani e la società italiana. Percezioni reciproche, conflitti culturali, trasformazioni sociali*, Franco Angeli, Milano
Capello C., (2009), *Etnografia multisituata della migrazione marocchina*, Franco Angeli, Milano
Caselli M., (2009) *Vite transnazionali? Peruviani e peruviane a Milano*, Franco Angeli, Milano
Fondazione ISMU, (2011), *Decimo rapporto sugli immigrati in Lombardia. Anno 2010*, Regione Lombardia

Grafico 1



La distribuzione per paese di origine è illustrata nel grafico 2: le sette comunità scelte come target della nostra indagine sono comprese fra le 10 nazionalità con maggiore presenza nel territorio della città di Milano.

Grafico 2



Nel complesso, per quanto riguarda la situazione italiana ed in maniera specifica quella del territorio milanese metropolitano, si tratta di uomini e donne con percorsi migratori diversi, appartenenti a gruppi che non hanno al momento canali di rappresentanza stabili, utilizzabili dai servizi e dalle istituzioni per orientare e facilitare il processo d'inserimento nella società italiana e per migliorare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate dai diversi servizi pubblici e privati. Questo ha reso fondamentale il ricorso alla mediazione come strumento conoscitivo e di intervento.

Dati sintetici del progetto:
Titolo: Percorsi di miglioramento dell'utilizzo dei servizi da parte della popolazione straniera
Ente proponente: Cooperativa Sociale Kantara – Milano
Partner: Fondazione Cecchini- Pace Milano
Ente finanziatore: Comune di Milano
Luogo di realizzazione del progetto: Città di Milano
Periodo di realizzazione: gennaio 2010 - Maggio 2011

3. Obiettivi e metodologia

3.1 Finalità, obiettivi, azioni

Il progetto si è proposto di indagare le modalità di utilizzo dei servizi pubblici da parte della popolazione straniera appartenente alla comunità target, con particolare focalizzazione sui servizi sanitari territoriali e ospedalieri; inoltre, specifica attenzione è stata data ai processi di integrazione culturale connessi a tale utilizzo.

Una seconda finalità consisteva nell'identificare cittadini di origine straniera già integrati nel tessuto socioculturale italiano, capaci di agire da moltiplicatori sociali e facilitare lo sviluppo di forme partecipative e di canali strutturati di confronto tra chi fornisce servizi e chi li utilizza, per promuovere un modello collaborativo bottom-up nelle strategie di miglioramento del sistema servizi, ma anche per fornire agli utilizzatori stranieri maggiori competenze personali e comunitarie per gestire i rapporti con i servizi territoriali.

L'obiettivo, nel concreto della ricerca, si è dunque declinato come segue:

- Individuazione dei testimoni privilegiati all'interno delle comunità straniere più rappresentative.

- Raccolta di informazioni relative alle modalità di utilizzo dei servizi da parte della popolazione target, evidenziando i principali punti di forza e di debolezza nell'efficienza ed efficacia percepita.
- Identificazione delle storie esemplificative di percorsi di integrazione riusciti nel contesto socioculturale della società italiana, facendo emergere nodi critici e strategie di gestione efficace delle difficoltà.
- Sostegno alle comunità straniere nel relazionarsi con le istituzioni come interlocutori organizzati, attraverso l'emergere di una consapevolezza di sé quali portatori di bisogni specifici.
- Avvio di un processo di elaborazione e definizione di possibili canali di confronto tra comunità straniere e servizi per la salute.

Le attività svolte si sono articolate fra loro e hanno riguardato nello specifico:

Azione 1: identificazione del gruppo di lavoro. Formazione dei mediatori linguistico culturali e coordinamento tra ricercatori e mediatori linguistico culturali. Costruzione degli strumenti di indagine.

Azione 2: individuazione dei soggetti idonei per la partecipazione ai focus group e costituzione dei gruppi di rappresentanza. Svolgimento dei focus group.

Azione 3: individuazione dei soggetti idonei per la partecipazione alle interviste narrative. Svolgimento delle interviste.

Azione 4: identificazione, tra i soggetti partecipanti, di un gruppo multinazionale di soggetti rappresentativi di realtà dell'associazionismo, o comunque attivi a livello del proprio territorio in iniziative di sostegno all'integrazione socioculturale della popolazione straniera. Identificazione di servizi territoriali chiave (es. materno infantile) all'interno dei quali organizzare incontri di confronto tra operatori e utenti stranieri, utili a sostenere la conoscenza reciproca e i processi di integrazione.

Azione 5: organizzazione di un evento pubblico con la partecipazione delle istituzioni sociosanitarie della città di Milano (Comune e ASL), e dei soggetti rappresentativi dell'associazionismo delle comunità etniche individuate, rivolta ai professionisti del settore e aperta alla cittadinanza.

Azione 6: preparazione di una pubblicazione di livello nazionale che costituisca un ulteriore strumento di confronto e riflessione, in cui raccogliere e comunicare i principali esiti della ricerca.

3.2 La formazione dei mediatori linguistico-culturali

L'indagine empirica in realtà è iniziata con la selezione stessa e quindi con la formazione dei mediatori linguistico culturali. L'obiettivo della formazione oltre di trasmettere e discutere l'uso e i fini della metodologia di tipo qualitativa che sarebbe stata utilizzata (focus groups, intervista narrativa, incontro conclusivo con un gruppo a conflittualità

guidata) ha permesso di sviluppare una modalità di coordinamento e di lavoro integrato fra ricercatori e mediatori linguistico-culturali. Per sondare i temi della nostra indagine è stato necessario condividere fin dall'inizio gli obiettivi con i mediatori linguistico-culturali che sarebbero stati coinvolti nella realizzazione del progetto. D'altronde il confronto con i mediatori ha permesso di:

- individuare le pre-comprensioni di cui sia i ricercatori sia i mediatori sono portatori, prima ancora dell'inizio del lavoro empirico. Si trattava di svelare la (reciproca) percezione e costruzione immaginaria dell'altro per evitare che interferisse durante lo svolgimento del lavoro.

- testare la fattibilità delle azioni proposte e tarare gli obiettivi

I mediatori linguistico-culturali sono stati le antenne rispetto alle loro comunità di origine, considerando tutta l'ambiguità che questo termine racchiude. Ricerche-azione e progetti condotti recentemente ci hanno insegnato l'instabilità e la labilità delle organizzazioni delle comunità, siano esse formali o informali, e la reticenza di alcune di loro a collaborare formalmente alle attività proposte. Di fatto, nel nostro lavoro le persone che hanno partecipato ai focus group e al gruppo a conflittualità guidata, lo hanno fatto a titolo personale più che come rappresentanti di un'organizzazione. In ogni modo sono state utili precedenti esperienze di mappature frutto del lavoro di altri progetti⁶.

3.3 Metodologia

La metodologia utilizzata ha fatto riferimento ai fondamenti teorici e agli strumenti della psicologia transculturale e della psicologia di comunità. Le informazioni e i dati di questa ricerca sono stati raccolti attraverso i focus group, il gruppo a conflittualità guidata e le interviste narrative.

I **focus group**, in particolare, rappresentano un modello codificato, affidabile e riproducibile di rilevazione qualitativa della domanda. Tale metodologia consente di far emergere in modo strutturato e specifico aspettative, saperi e vissuti, lavorando su un doppio canale comunicativo, implicito ed esplicito.

Si tratta di una tecnica qualitativa di rilevazione di informazioni molto utilizzata nella ricerca sociale su problematiche riguardanti l'immigrazione. Il processo di gruppo può aiutare le persone che vi

⁶ Ci riferiamo alle mappature svolte all'interno dei progetti Giovane Ulisse (2007-2009) e Sister's care (2008-2009); le modalità delle mappature sono state illustrate in F. de Cordova, A. Gabrielli, "Modelli di prevenzione comunitaria: il lavoro con gruppi formali e informali di adolescenti di origine straniera", *Dispositivi transculturali per la cura degli adolescenti* a cura di M.Castiglioni, E.Riva e P.Inghilleri, Franco Angeli, Milano, 2010 e A. Gabrielli e M. Lako "La realtà delle comunità straniere a Milano" in "Identità e corpo migrante", a cura di M. Castiglioni, Guerini, Milano, 2011.

partecipano in un'elaborazione cognitiva, ma anche affettiva, dell'area d'interesse proposta per la discussione. I focus group richiedono una accurata preparazione, in particolare nel corso della presente ricerca che spesso ha richiesto una traduzione bilingue da parte del mediatore linguistico- culturale. Come tecnica di ricerca, esso esige omogeneità fra i partecipanti; i sei focus realizzati sono stati quindi organizzati in base all'appartenenza nazionale. Altre logiche di indagine hanno invece orientato lo svolgimento del gruppo finale, a cui hanno partecipato membri di diverse comunità (cinesi, latinoamericani, albanesi, marocchini, egiziani); in questo caso si è ritenuto opportuno ispirarsi alla tecnica di conduzione del gruppo definita a conflittualità guidata.

In realtà, la metodologia adottata è stata adattata al target della nostra indagine, sia per i luoghi dove si sono svolti gli incontri, sia per il ruolo meno "neutrale" che mediatori e ricercatori hanno svolto durante i focus group. Allo stesso modo, il ruolo del moderatore-ricercatore non è stato quello di semplice facilitatore della discussione, ma ha coperto spazi più ampi anche a seguito delle necessità di chiarimento e spiegazione ulteriore del discorso, introdotte dalla traduzione.

Le *interviste narrative*, strutturate per aree ma con un alto grado di flessibilità rispetto ai contenuti, sono risultate invece lo strumento più adatto ad indagare le storie personali di integrazione socioculturale nel nostro paese, lasciando spazio per far emergere la specificità dei singoli soggetti, sia rispetto ai fatti riportati che ai vissuti.

Entrambi gli strumenti – focus group e intervista narrativa- costituiscono la base scientifica e operativa per un processo di interlocuzione credibile e stabile. Valore hanno assunto anche quelle occasioni meno strutturate dell'indagine, a margine degli incontri, in cui è stato comunque possibile attivare processi di negoziazione di significato tra ricercatore e soggetti partecipanti.

Il gruppo misto a conflittualità guidata, infine, è stato sperimentato per la prima volta e si ispira al lavoro di altri ricercatori⁷. Ci è sembrato utile lavorare con un gruppo multiculturale, disomogeneo per età, sesso e anni di residenza in Italia, con la partecipazione dei mediatori linguistico-culturali, per riprendere alcuni dei nodi emersi nei focus group.

In base alla rappresentatività numerica sul territorio milanese sono stati individuati sette gruppi target: area europea (Albania), area asiatica (Filippine e Cina), area latino-americana (Ecuador e Perù), area dell'Africa del nord (Egitto e Marocco). Un discorso a parte ha riguardato il gruppo degli albanesi, la cui introduzione nel gruppo target non è dovuta tanto alla significatività numerica sul territorio in analisi

⁷ Cfr. A.Touraine, *La voix e le regard*, Seuil, Paris,1978, S.Allievi (a cura di), *I musulmani e la società italiana. Percezione reciproche, conflitti culturali,trasformazioni sociali*, Franco Angeli, Milano, 2009

quanto piuttosto, alla scelta di coinvolgere anche una realtà europea di prossima introduzione all'interno della UE, che ha visto una presenza massiccia di flussi migratori verso il nostro paese con picchi di presenze particolarmente importanti negli anni passati, anche sulla base di una contiguità geografica e conoscenza parziale della nostra cultura (es. lingua italiana). In particolare, i cittadini albanesi in Italia hanno mediamente una permanenza nel nostro paese di medio-lungo termine, che poteva a nostro parere contribuire a delineare dei processi di radicamento sul territorio e di integrazione con i servizi specifici.

Il passo successivo all'identificazione dei gruppi con cui lavorare è consistito nella costruzione del gruppo di lavoro, cioè nell'affiancare alle figure dei ricercatori quelle dei mediatori linguistico-culturali (MLC). Si tratta di figure fulcro nell'ambito di progetti sul territorio che vogliano caratterizzarsi in senso *culture sensitive* i quali, lavorando in costante connessione con il ricercatore, hanno favorito il coinvolgimento diretto delle comunità target, facilitando così la partecipazione attiva dei soggetti e lo svilupparsi di dinamiche di consapevolezza e cambiamento più profonde e durature. I mediatori coinvolti, complessivamente, sono stati sette: 2 marocchini (un uomo e una donna); un egiziano; una cinese; un peruviano; una filippina, una albanese. Essi hanno affiancato le ricercatrici (una psicologa e un'antropologa) nel corso dello sviluppo delle diverse fasi della ricerca.

Tale modalità di lavoro ha consentito che lo sguardo psicologico e antropologico delle ricercatrici venisse arricchito da quello della mediazione, dando quindi maggiore spessore agli strumenti di indagine e andando così insieme a costituire, nel concreto, il necessario presupposto teorico-metodologico per collocare la ricerca all'interno della dimensione territoriale e comunitaria. La raccolta di dati è avvenuta attraverso diversi strumenti con l'attenzione a favorire processi in direzione bottom-up.

Il lavoro dei mediatori e delle mediatrici è stato dunque fondamentale per individuare i soggetti da coinvolgere nell'indagine; al fine di garantire il coinvolgimento del maggior numero e tipologia di partecipanti sono state adottate modalità di contatto flessibili e modulabili sulle caratteristiche delle singole comunità. I mediatori linguistico-culturali hanno adottato i modi e le strategie ritenuti più idonei al coinvolgimento dei diretti interessati, dall'utilizzo della lingua di origine all'utilizzo della mediazione, dal contatto diretto di donne e uomini da parte delle mediatrici donne e dei due mediatori uomini, all'utilizzo di intermediari privilegiati. Anche i luoghi di realizzazione delle attività sono stati scelti sulla base delle caratteristiche e delle esigenze espresse dai soggetti coinvolti. Il ruolo dei mediatori e mediatrici linguistico-culturali è stato centrale anche per l'individuazione dei soggetti attivi nell'ambito dell'associazionismo all'interno dei propri gruppi di appartenenza (es. associazione di donne marocchine, associazione di

Berberi in Italia) che sono stati coinvolti sia nel momento dell'indagine attraverso i focus group, sia nel contesto dell'iniziativa pubblica di restituzione e confronto con i servizi. Passiamo adesso a presentare le risultanze di ricerca seguendo l'articolazione degli obiettivi specifici del progetto.

4. Risultati

4.1 I focus group

L'analisi di questo punto risponde all'obiettivo: *“Individuare testimoni privilegiati all'interno delle comunità straniere più rappresentative. Raccogliere informazioni relative alle modalità di utilizzo dei servizi da parte della popolazione target, evidenziando i principali punti di forza e di debolezza nell'efficienza ed efficacia percepita”*.

- *Strumento* (v. appendice A): sulla base degli obiettivi del progetto è stata strutturata una griglia per lo svolgimento dei focus group, che ha consentito di raccogliere dati relativi alle seguenti tematiche:

- Analisi dei servizi socio-sanitari utilizzati. Richieste, motivazioni, modalità di accesso. Analisi del processo di emergenza/percezione/espressione del bisogno.
- Analisi del percorso della domanda e dell'offerta dei servizi rispetto ad aspettative da parte dell'utenza, al fine di valutare la congruenza dell'incrocio tra domanda ed offerta.
- Analisi di ciò che funziona e/o non funziona nel processo di presa in carico.
- Approfondire il ruolo delle specificità culturali nell'uso dei servizi per definire differenze nelle modalità di utilizzo e bisogni relativamente al percorso migratorio e ai processi di acculturazione.
- Definire i bisogni culturali che intervengono nel definire benessere e malessere per identificare le principali dimensioni culturali che definiscono il processo di cura.

Costituzione dei gruppi campione: la costruzione del metodo di campionamento dei soggetti è stata adattata ai diversi gruppi nazionali. Sono stati condotti complessivamente sei focus group, con una composizione numerica compresa tra i cinque e gli otto partecipanti che avevano una composizione omogenea per nazionalità, ma disomogenea per genere, età e stadio migratorio.

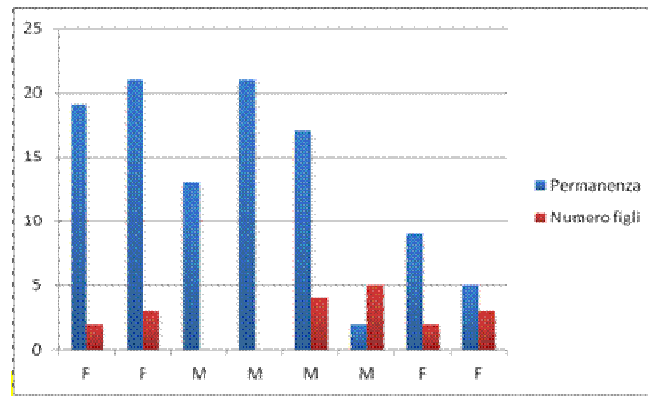
Si è ritenuto poi di procedere con un gruppo a conflittualità controllata conclusivo, che ha invece avuto composizione mista per quanto riguarda la nazionalità dei componenti, con la finalità di riprendere le questioni principali emerse e discuterle in confronto interculturale. Complessivamente sono stati coinvolti 37 soggetti. In alcune occasioni il gruppo che ha partecipato al focus group era più ampio perché non tutti hanno accettato di intervenire pubblicamente; alla luce di questo elemento il numero complessivo di soggetti coinvolti è stato di circa 50.

1) Filippini

N. partecipanti: 8 + 1

1. Filippine, (f) 19 anni in Italia, 2 figli
- 2 Filippine, (f) 21 anni in Italia, tre figli
- 3 Filippine, (m), in Italia da 13 anni
- 4 (Filippine, m) 47 anni, in Italia da 21 anni
- 5 Filippine, (m) Italia da 17 anni, 4 figli
- 6 Filippine, (m), in Italia da 2 anni, 5 figli
- 7 Filippine, (f), in Italia da 9 anni, 2 figli
- 8 Filippine, (f), in Italia da 5 anni, 3 figli

Contesto : luogo di ritrovo domenicale; oltre ai soggetti elencati hanno partecipato altre persone per un gruppo complessivo di circa 15 persone.



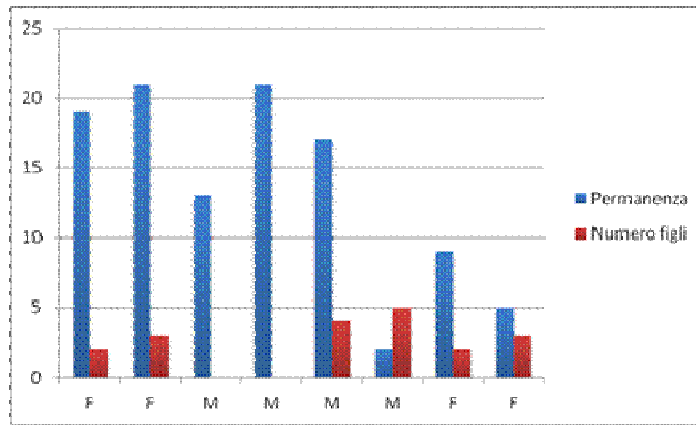
2) Peruviani ed ecuadoregni

N. partecipanti 6 +1

- 1 f, Perù, in Italia da 17 anni, 1 figlia
- 2 f Ecuador, in Italia da 17 anni, 3 figli
- 3 f, Ecuador, in Italia dal 15 anni, 3 figli
- 4 f, Perù, in Italia anni 5 , 2 figli
- 5 f, Perù, in Italia da 9 anni, 1 figlia
- 6 m, Perù, in Italia da 4 anni, 2 figli

Contesto: sede della cooperativa Kantara

Tabella 2 – Focus group Latinoamericani



3) Cinesi

N. partecipanti 5 +1

1 cinese, f, in Italia da 17 anni, lavora cinese.

2 cinese, f, in Italia da 11 anni, attualmente non lavora, 2 figli, cinese.

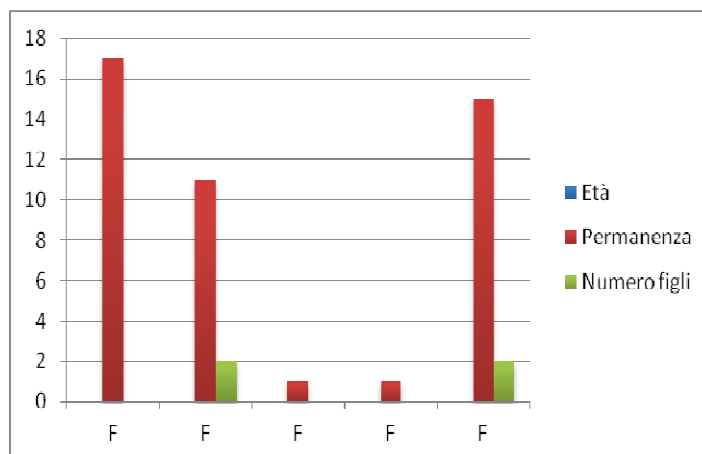
3 cinese, f, in Italia da 1 anno circa, non lavora, arrivata per un ri-congiungimento, cinese.

4 cinese, f, in Italia da 1 anno, lavora, cinese.

5 cinese, f, in Italia da 15 anni, non lavora, 2 figli, cinese.

Contesto: sede della cooperativa Kantara

Tabella 3 – Focus group Cinesi



4) Albanesi

N. partecipanti 5

1 albanese, f, 42 anni, in Italia da 18 anni

2 albanese, m, 44 anni, in Italia da 17 anni

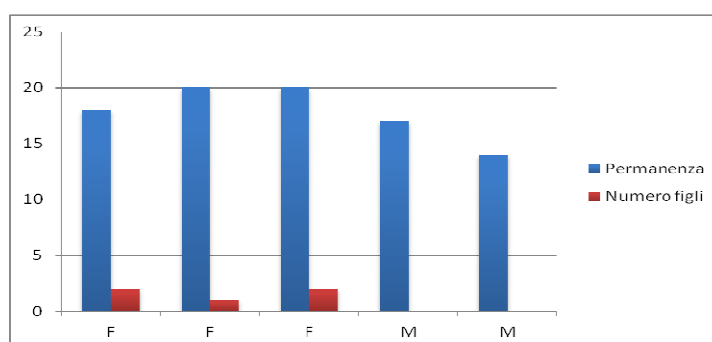
3 albanese, f, 46 anni, in Italia da 20 anni

4 albanese, f, 46 anni, in Italia dal 20 anni

5 albanese, m, 27 anni, in Italia da 14 anni

Contesto: casa privata per incontro domenicale

Tabella 4 – Focus group Albanesi



5) Egiziani

N. partecipanti 5 +1

1 Mohamed: egiziano, 52 anni, in Italia da 30 anni, 4 figli.

2 egiziano, m, 18 anni.

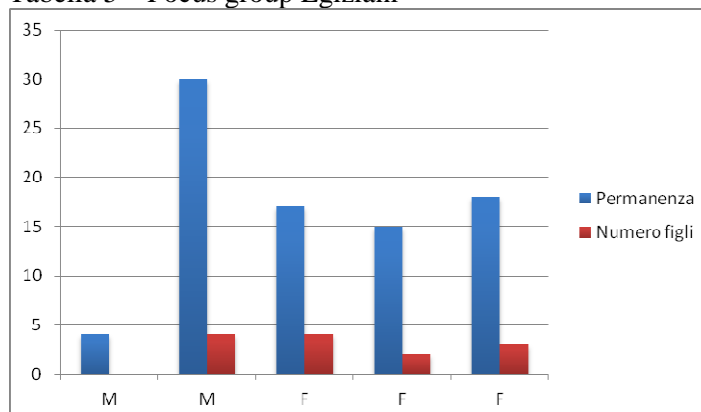
3 egiziana, f, 43 anni, in Italia da 17 anni, 4 figli.

4 egiziana, f, 32 anni, in Italia dal 15 anni, due figlio.

5 egiziana, f, 37 anni, in Italia da 18 anni, 3 figli.

Contesto: cooperativa Kantara

Tabella 5 – Focus group Egiziani



6) Gruppo conclusivo a conflittualità guidata

N. partecipanti: 9 (3 marocchini, 2 egiziani, 1 ecuadoregno, 1 cinese, 1 albanese)

1 Cina, f, 7 anni in Italia, 1 figlia

2 Albania, m, 20 anni in Italia

3 Egitto, f, 38 anni, 15 anni in Italia, 2 figli

4 Egitto, m, 50 anni, 31 anni in Italia, 2 figli

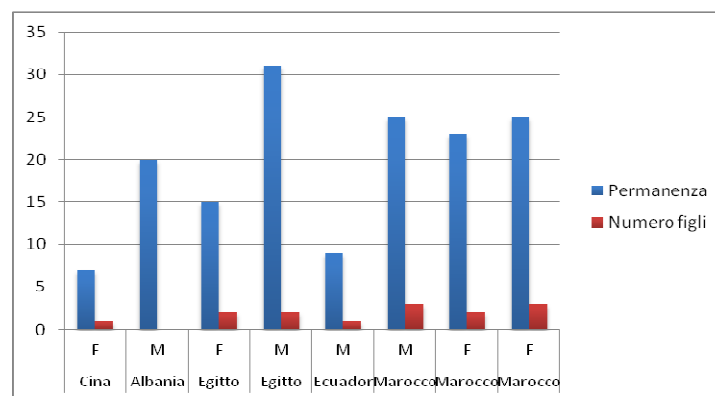
5 Ecuador, m. in Italia da 9 anni, 1 figlio

6 Marocco, m, 3 figli, dal 1986 in Italia.

7 Marocco, f, da 23 anni in Italia, 2 figlie.

8 Marocco, f, in Italia da 25 anni, 3 figli.

Tabella 6 – Gruppo a conflittualità guidata



I partecipanti avevano un'età compresa tra i 18 e i 51 anni con un periodo di permanenza in Italia compreso tra 1 e 31 anni. La costituzione dei gruppi di soggetti per lo svolgimento dei focus group ha avuto degli sviluppi diversi a seconda della nazionalità. Si sono riscontrate particolari difficoltà nell'attivare i soggetti filippini e parzialmente i soggetti cinesi. Possiamo comunque dire che in generale ci siamo subito confrontate con uno degli aspetti che sarebbero, nel corso dell'indagine, emersi con sempre maggiore chiarezza; lo slittamento tra l'immagine di "comunità nazionale" presente nella nostra rappresentazione da una parte, e la modalità reale di organizzazione sul territorio della popolazione straniera, dall'altra, che non sempre è organizzata, né si riconosce, in gruppi omogenei e coesi, capaci (o desiderosi) di un qualche livello di rappresentazione collettiva. Ciò ha reso molto più difficile raccogliere i/le partecipanti alla ricerca sulla base di quelle caratteristiche previste nella fase progettuale. Inoltre questo ha posto, a volte, dei problemi nell'alleanza di ricerca, per una resistenza ad essere letti come portatori di bisogni simili esclusivamente sulla base di un'appartenenza nazionale comune.

- *Raccolta e analisi dei dati*: l'organizzazione e lo svolgimento dei focus group ha richiesto grande flessibilità in base alle esigenze dei gruppi. Gli incontri sono avvenuti prevalentemente nel fine settimana, a causa degli impegni lavorativi che spesso occupano le persone dalla mattina molto presto fino alla sera tardi. Frequentemente la partecipazione al focus group implicava la perdita di ore lavoro pagate. Per questo motivo si è negoziata una soluzione che ha ridotto ad un unico incontro lo svolgimento dei focus che, originariamente, prevedeva invece di essere sviluppato in due incontri. La durata è quindi stata un po' dilatata, compresa tra le 3 e le 4 ore. In merito allo svolgimento vero e proprio, nella maggior parte dei casi i partecipanti hanno mostrato di vivere con interesse queste occasioni di confronto, ma la specificità dei temi (le cure) ha qualche volta inibito l'espressione di quelle persone che avevano alle spalle storie cliniche importanti e dolorose. Gli incontri si sono svolti sempre in presenza di un conduttore e un osservatore e sono stati audio registrati, poi trascritti. Il gruppo di lavoro ha poi proceduto ad un'analisi del contenuto da cui sono emersi dei percorsi tematici che di seguito andiamo a discutere.

- *Presentazione dei risultati*: Presentiamo qui un'analisi descrittiva sintetica che raccoglie i nuclei tematici e le principali categorie esplicative emerse nell'ambito dei focus group. Riportiamo le tematiche su cui convergeva la rappresentazione generale del gruppo, specificando quando si trattava dei soggetti nel loro insieme o con differenze per nazionalità. Ove ritenuto interessante ai fini del lavoro di analisi ed elaborazione dei contenuti, sono stati anche proposti dei nodi significativi nell'argomentazione, sebbene espressi dalla voce di singoli soggetti, in quanto in opposizione alla rappresentazione comune.

1) Orientamento e uso dei servizi

In tutti i gruppi emerge chiaramente un elemento che risulta discriminante, fin dall'arrivo, per quanto riguarda i percorsi di orientamento ai servizi e il loro uso, cioè se la migrazione avviene come effetto di un **ricongiungimento familiare** o meno. Il ricongiungimento caratterizza l'impatto con la società e i suoi servizi per due ordini di motivi. Prima di tutto, ciò implica uno status amministrativo di "regolare". La popolazione che non è giunta sul territorio italiano per motivi di ricongiungimento familiare o richiesta di asilo ha, nella maggioranza dei casi, un percorso di irregolarità iniziale. Tuttavia, l'aspetto che viene posto particolarmente in luce con il ricongiungimento è la **disponibilità di una rete di accesso ai servizi**, che solleva la persona dal dovere intraprendere un percorso di mappatura dei servizi italiani, cioè uno sforzo di comprensione del "chi fa che cosa e dove". Nella maggioranza dei casi la figura che media questa mappatura, nel caso del ricongiungimento, è il marito. Più in generale, chi raggiunge un familiare ha a disposizione una rete più o meno efficace e disponibile di **pa-**

renti e amici che mediano inizialmente il rapporto con i servizi. Questa disponibilità non è totale: spesso il coniuge o i parenti sono fortemente vincolati dagli impegni lavorativi, motivo per cui la frequentazione dei servizi, se necessita di un accompagnamento, non è agevole. Tuttavia la rete familiare che ha attuato il ricongiungimento è l'informatore primo per l'orientamento nel contesto istituzionale italiano.

Al contrario, chi arriva come migrante attraverso altri canali, identifica nella **rete dei connazionali** l'interlocutore centrale per l'orientamento al contesto italiano. Come abbiamo già notato in precedenza la "rete" non costituisce un sistema strutturato in maniera rigida ed esplicita che accoglie i nuovi giunti attraverso modalità predefinite; si tratta piuttosto di un universo assai fluido e dinamico, preconstituito quando è rappresentato da legami già esistenti nel paese d'origine, ma che per la maggior parte si costruisce giorno per giorno nella frequentazione di luoghi di ritrovo estemporanei e aleatori (parchi, piazze, fast food, call center, luoghi di culto). E' in questi luoghi che le informazioni si trasmettono in tempo reale assumendo la forma assai poco istituzionale del passa parola e del tam tam; questa modalità comunicativa, caratterizzante dell'esperienza migratoria in Italia, contribuisce alla costruzione di un rapporto di fiducia verso le strutture sanitarie e le loro prestazioni, prima ancora di averle frequentate e averne fatto esperienza diretta. In questo senso l'**informazione proveniente dagli italiani** (servizi, persone singole ecc.) ha bisogno di essere "**validata**" da una conferma dei connazionali. Questo dà adito al passaggio di stereotipi e rappresentazioni culturali del funzionamento dei servizi, al di là dell'esperienza concreta delle singole persone o degli obiettivi espliciti di un servizio ("non mi fidavo che un ufficio della P.S. mi rinnovasse il permesso di soggiorno; solo dopo che i miei paesani mi hanno confermato mi sono fidato", FG misto). Solo più avanti nel tempo, dopo le fasi iniziali del percorso migratorio, appaiono alcune figure di italiani come possibili fonti di sostegno a muoversi nell'organizzazione dei servizi italiani (FG Latinoamericani, FG filippine).

Il rapporto di fiducia con il servizio può però essere incrinato al momento dell'accesso, a causa delle lungaggini burocratiche. L'utente straniero interpreta le lunghe attese, le procedure e le pratiche complicate, l'informazione reticente o incompleta come atteggiamento di discriminazione nei suoi confronti. In questo modo, le difficoltà di comunicazione linguistiche e culturali, insieme all'atteggiamento dell'operatore, possono creare un muro insormontabile e scoraggiante. Un contatto negativo ripetuto con i servizi amministrativi delle strutture socio-sanitarie può sviluppare nell'utente straniero sentimenti di frustrazione, rabbia, sfiducia e indurre di conseguenza atteggiamenti rivendicativi, alimentando un circolo vizioso di non comunicazione e diffidenza reciproca.

Una ulteriore differenza nel percorso di orientamento e utilizzo ai servizi italiani sembra essere rappresentata dal **genere**, coerentemente con quanto detto in precedenza. Solitamente gli uomini, anche quelli che ricongiungono la famiglia e risiedono nel nostro paese da anni, hanno poca familiarità con i servizi sanitari di base. In questo senso, sembrerebbe più efficace un orientamento da parte delle donne piuttosto che da parte degli uomini (FG Filippine, FG Albania), quasi che avessero in mente dei modelli di cura più complessi di quelli maschili; per l'uomo, sostanzialmente la malattia significa perdita di ruolo come lavoratore, l'impossibilità di svolgere le funzioni produttive, il che lo conduce a rivolgersi ai servizi nel momento dell'acuzie, spesso attraverso il Pronto Soccorso. Allo stesso modo, fra la popolazione maschile immigrata le pratiche di prevenzione risultano poco presenti, al contrario delle donne immigrate che sono state tra le prime a frequentare i servizi territoriali, specialmente i Consultori familiari. Questo dato ritorna anche successivamente, cioè le donne sembrano utilizzare i servizi sanitari in maniera più articolata di quanto facciano gli uomini, che semplificano la proposta di cura, spesso identificata nei servizi di emergenza. In questo senso, la presenza di figli, la cui cura è affidata in maniera quasi esclusiva alle donne, sembra funzionare come elemento di necessità per orientarsi nella complessa architettura dei servizi.

Le donne filippine e latinoamericane sono quelle che prevalentemente ricongiungono la famiglia, facendo arrivare in seguito il marito e i figli, mentre le donne arabe arrivano più facilmente a seguito del marito. Ciò è dipendente da complesse dinamiche socioeconomiche presenti nel paese d'origine, oltre al ruolo che la donna riveste all'interno del gruppo familiare e alle regole culturali. Per quanto riguarda le donne arabe, per esempio, fino a tempi recenti nei paesi d'origine vigeva la legge per cui le donne potevano viaggiare all'estero solo se accompagnate da un familiare maschio. Le donne arabe riportano anche una ulteriore questione meritevole di attenzione, riguardante la **differenza di genere**, cioè la possibile azione di **controllo** che attua il familiare in questa attività di sostegno all'uso dei servizi. E' possibile, infatti, che l'uomo (il marito, spesso) taccia consapevolmente delle informazioni sulle opportunità offerte dai servizi, perché preferisce che la moglie non si apra a dei cambiamenti, come per esempio la ricerca del lavoro o le scuole di italiano ("se non fosse stato per il controllo di mio marito, io avrei cominciato molto prima il mio percorso di integrazione" FG misto).

D'altra parte, altri soggetti ribadiscono invece la **similarità tra istituzioni** del paese d'origine e quelle incontrate in Italia. Non per tutti, infatti, l'impatto è così estraniante. Anzi, a volte è proprio la "grande" istituzione come l'ospedale o l'università che permette un processo di riconoscimento e identificazione ("potresti essere in ogni luogo del mondo, l'università è l'università..." FG misto; FG albanesi; FG Ci-

na). In questi casi, si ritiene che la frequentazione di istituzioni condivise favorisca la capacità di apprendere e orientarsi all'interno del contesto sociale italiano.

Infine, notiamo che i soggetti con una storia di antica migrazione (vent'anni e oltre) riportano nei loro percorsi di avvicinamento ai servizi italiani un'atmosfera "pionieristica", cioè un paese in cui la presenza di popolazione straniera era ancora sporadica. La loro percezione è di "*aver fatto tutto da soli*", senza reti a portata di mano, se non conoscenze individuali; "*l'unico ostacolo era la lingua*" riportano, in un tempo in cui se era più difficile perché il contesto locale era totalmente impreparato all'impatto con la differenza culturale, viene ricordato come meno prevenuto (FG egiziani, misto).

2) Valutazione dell'offerta

I soggetti da noi incontrati valutano essenzialmente attraverso due parametri l'**efficienza** di un servizio: la **facilità e immediatezza di accesso** insieme alla capacità del servizio di **ascoltare** i propri utenti. L'utente immigrato chiede soprattutto di essere ascoltato e valuta il servizio in funzione della relazione che stabilisce con gli operatori.

Generalmente, emerge da tutti i focus una sorta di **gerarchia di importanza** dei servizi nella percezione dei soggetti coinvolti, gerarchia che vede al primo posto i servizi amministrativi ed in particolare quelli dedicati all'emissione del permesso di soggiorno; gli uomini stressano questo aspetto ancora più delle donne. L'efficienza di questi uffici e degli iter relativi è vissuta come fondamentale per la sopravvivenza in Italia, rispetto ad essi tutti gli altri risultano secondari. L'analisi che i nostri interlocutori fanno rispetto a questo dato è consonante: **garantire la fluidità delle pratiche amministrative è fondamentale anche per garantire tutti gli altri diritti**. La mancanza di un documento che attesti la regolarità (spesso i fogli temporanei rilasciati dalla questura vengono rifiutati per l'accesso alle prestazioni sanitarie gratuite, per non parlare della casa e del lavoro). Dunque, una delle prime considerazioni relative all'efficacia dei servizi da parte della popolazione straniera si fonda sulla constatazione che le disfunzioni e l'inefficienza burocratica nello svolgimento delle pratiche amministrative fa sì che, di fatto, l'accesso a tutti gli altri servizi sia meno diretto di quanto dovrebbe essere, o addirittura che vengano negati dei diritti. Per quanto riguarda l'ambito sanitario, un primo elemento identificato come causa dell'inefficienza dei servizi è la **lentezza nell'erogazione delle prestazioni**. Con questo termine si accorpano sia le lunghe liste d'attesa per accedere ad esami o visite specialistiche, sia i tempi lunghi di sosta nei servizi dall'ingresso alla conclusione dell'erogazione. E' evidente che questo disagio è percepito tale in base ai vincoli lavorativi: perdere tanto tempo per le cure mediche implica assentarsi dal lavoro e questo è un lusso che raramente essi possono permettersi. Sebbene questa sia una percezione riscontrata in maniera trasversale

tra i tutti gruppi nazionali, occorre specificare alcuni aspetti. I soggetti di **antica migrazione** leggono questo dato in termini di prospettiva temporale: c'è stato un deterioramento, nel tempo, della qualità del servizio pubblico e questa è una delle conseguenze. A volte viene anche portata una giustificazione di questo fatto con l'affermazione che "*prima eravamo di meno*" (FG egiziani; FG latinoamericani; gruppo misto).

Altri gruppi, come i **cinesi**, riportano la criticità nei tempi di attesa ad un confronto con l'abitudine ad un diverso sistema sanitario. Nel proprio paese, raccontano, è centrale la struttura ospedaliera che si occupa di un check up completo della persona, da svolgere nell'arco di una sola giornata. In questo senso, essi leggono nel proprio sistema un'ottimizzazione dei tempi, sebbene riconoscano che a volte questa irreggimentazione in protocolli standardizzati può andare a scapito della situazione individuale del paziente. La sensazione percepita da parte dei testimoni cinesi è che "tanto" corrisponda a "buono": lamentano, per esempio, da parte dei farmacisti o dei medici di base la non disponibilità a fornire qualsiasi tipo di farmaco richiesto sulla base di una autodiagnosi (es. antibiotici), leggendola come una incapacità di rispondere alle richieste (ritenute adeguate) degli utenti. In questo caso, però, notiamo che, oltre alla critica, sembra emergere anche un processo di apprendimento: l'informazione data dai sanitari italiani (es. sull'uso indiscriminato degli antibiotici) permette di guardare criticamente a delle pratiche acquisite come automatiche ed apre alla possibilità di scelta più consapevole. Infine possiamo dire che, fatta esclusione per i cittadini cinesi di cui abbiamo appena detto, tutti gli altri soggetti fanno emergere una **ambiguità** di fondo. Essi riconoscono nel **servizio sanitario nazionale italiano** un elemento nuovo rispetto ai paesi di origine, **indubbiamente positivo**; esso permette, mediamente, l'accesso alle cure per tutti i cittadini, con una ricchezza di offerta e ampiezza di copertura che nei propri paesi non riscontrano. Tuttavia, essi sembrano fortemente ancorati alla rappresentazione, propria dei paesi d'origine (FG egiziani; FG latinoamericani; FG filippine, gruppo misto), per cui il pubblico corrisponde a scarsa qualità di servizi, mentre il privato garantisce un alto livello delle cure. Quindi, sebbene essi riconoscano l'opportunità data dal poter disporre del medico o del pediatra di base, dei servizi specialistici gratuiti o a basso costo, dichiarano tuttavia di preferire, ove possibile, un **viaggio nei paesi d'origine per fruire di cure private** ("con i costi di là io posso andare e permettermi la qualità del servizio privato" FG misto). I valori del servizio privato vengono rappresentati attraverso queste due caratteristiche: maggiore flessibilità nei tempi e maggiore attenzione dovuta al fatto di essere un cliente pagante.

Un altro aspetto che è stato evidenziato dai partecipanti ai focus group sta nella **incapacità**, da parte dei servizi, **di differenziare il complesso mondo degli "stranieri"** al proprio interno. Essi funzionerebbero,

secondo loro, sulla base di rappresentazioni assai generiche, stereotipate e discriminanti del mondo degli “stranieri extracomunitari”, mondo che non corrisponde alla loro realtà concreta. In questo senso, i servizi omologano la domanda (e quindi l’offerta), senza differenziare le specificità dell’interlocutore: *“Ti vengono passate poche informazioni rispetto a quelle che ti servono e non basate sulle esigenze personali di ognuno. Se avessi saputo prima tante cose avrei iniziato prima il mio percorso lavorativo. Il fatto di avere poche informazioni mi ha fatto ritardare il mio percorso”* (FG misto). In questi termini i servizi mettono in atto delle **pratiche discriminanti**, poiché chi riesce a fruire del servizio nella sua completezza è quello che “impara” meglio a conoscerlo (il servizio) e quindi a fare delle richieste che magari rispondono solo parzialmente al proprio bisogno, ma vanno pienamente incontro all’aspettativa del personale. Notiamo a questo proposito, come tale atteggiamento “appreso” venga spesso interpretato, da parte del personale autoctono, come un uso insincero e strumentale del servizio da parte dell’utente straniero. Dunque, ciò che viene percepito con chiarezza è la **richiesta assimilatoria** posta in atto dai servizi, i quali rispondono positivamente alle richieste degli utenti nel momento in cui incontrano nello “straniero” la persona che si aspettano (o che desiderano). Diventa centrale, allora, la capacità di imparare a “presentarsi bene” (gruppo misto; FG latinoamericani). Una donna marocchina riporta, a questo proposito, l’esempio della sua esperienza a seguito dell’abitudine (assunta solo negli ultimi anni) di mostrarsi pubblicamente con indosso il foulard: tale abitudine tenderebbe ad incutere, negli operatori italiani, un senso di maggiore distanza e conseguente aumento della conflittualità (gruppo misto). Occorre precisare, rispetto a questo punto, che dai discorsi dei soggetti non emerge con chiarezza sufficiente se tale istanza assimilatoria sia da ascrivere al modo in cui i servizi sono pensati e strutturati, o se invece si gioca prevalentemente nella relazione personale con i singoli operatori. I soggetti dei focus group **distinguono**, in generale, tra qualità della **cura squisitamente medica**, intesa come intervento tecnico del clinico, che mediamente viene riconosciuta come buona nel servizio italiano, dal **processo di accoglienza della domanda** e organizzazione della prestazione che, al contrario, risulta spesso, come abbiamo visto, problematica. E’ in questa fase che i cittadini stranieri, con gradi diversi a seconda delle esperienze, riscontrano nella grande maggioranza dei problemi di discriminazione. La richiesta prioritaria che viene posta all’operatore da parte dell’utente è quella di avere una relazione con l’operatore basata sul reciproco ascolto e su una relazione positiva, prima ancora di una terapia. E’ all’interno di questa dimensione relazionale che diviene possibile affrontare il tema della salute e della malattia nella sua complessità, dando ascolto all’illness del paziente, favorendo l’emergere di rappresentazioni culturali tradizionali, e riuscendo così a collocare i propri strumenti terapeutici all’interno di una

esperienza specifica di malattia, agganciata ad un processo psicosociale di attribuzione di senso.

In questo senso identificano la figura del mediatore linguistico-culturale come una risorsa, ma non sufficientemente diffusa ancora nei servizi. Molti dei soggetti lamentano forme di discriminazione che hanno reso l'accesso ai servizi particolarmente difficile (*"spesso devi rassegnarti a tornare più volte, finché non trovi la persona gentile che ti aiuta"*, FG latinoamericani), mentre viene riportato come meno problematico il momento del rapporto clinico. Occorre qui notare che, a parere dei soggetti incontrati, **l'azione medica in Italia è identificata totalmente con l'applicazione di tecnologie** diagnostiche o terapeutiche (FG egiziani; FG latinoamericani; FG cinesi). L'imponenza della dimensione tecnologica, nel nostro paese, specialmente a livello diagnostico, impressiona e facilita un senso di fiducia nell'azione di cura; tuttavia viene anche sottolineato che, dove il medico non ha disposizione tali protesi tecnologiche (come nei paesi d'origine), deve necessariamente sviluppare il suo sapere, che probabilmente è dunque maggiore rispetto ad un medico "ipertecnologizzato". I soggetti introducono a questo proposito la differenza tra il medico "che visita e parla" e il medico "che prescrive esami": il primo ha un rapporto più personale e apre una relazione, si prende delle responsabilità personali e il paziente si sente preso in carico nella sua interezza. Nell'altro caso, invece, la relazione è molto impersonale, spesso il paziente non è in grado di fare domande o seguire lo sviluppo della visita, e la sensazione è che la responsabilità del processo decisionale sia totalmente affidata agli strumenti diagnostici (FG misto; FG latinoamericani; FG cinesi; FG egiziani). Ne segue che uno dei problemi dell'organizzazione dei servizi sanitari, in Italia, è quello della **parcellizzazione della cura**. Ciò sia nei termini di incapacità del personale medico di rivolgersi al paziente nella sua interezza, con la sua storia e la sua specificità, ma anche nei termini in cui il processo di cura (le varie visite specialistiche, i diversi uffici e reparti ecc.) viene percepito come assai frammentario e manchevole di un momento di coordinamento: *"Purtroppo alcuni medici pensano che dobbiamo essere tutti uguali, ma non siamo uguali"* (FG egiziani; FG latinoamericani).

La **dimensione fiduciaria, di affidamento** che fonda il rapporto tra l'utente e il personale sanitario nella relazione di cura, emerge dai focus group come elemento centrale, fortemente investito di rappresentazioni culturali. In questo senso molti dei soggetti esprimono, a tratti, una preferenza per personale sanitario della stessa origine culturale: *"Perché lui conoscendo la nostra cultura sa per esempio cosa mangiamo, che è diverso da un italiano"* (FG latinoamericani). In generale, possiamo dire che incontrare, nei servizi italiani, personale sanitario originario del proprio paese o della stessa comunità linguistica dà fiducia e favorisce il rapporto a livello personale e istituzionale (FG cinesi; FG latinoamericani; FG egiziani). Tuttavia, questo **non impli-**

ca una richiesta, o **una preferenza per servizi “dedicati”**, ovvero esclusivamente rivolti alla popolazione straniera. Tenzialmente, la posizione degli interessati riguardo a quale sia il tipo di servizio che meglio può rispondere ai loro bisogni, vede i servizi dedicati utili prevalentemente se rivolti ai nuovi arrivati: *“Io preferisco un servizio uguale per tutti e se qualcuno non capisce allora ci vuole un mediatore, non voglio un trattamento speciale, voglio un trattamento normale”* (FG egiziani).

Infine possiamo dire che, specialmente da parte maschile, viene riconosciuto un problema l’aderire ad un’ottica di prevenzione più che di cura, motivo per cui un certo tipo di pratiche e di servizi vengono poco frequentati: *“nella nostra cultura è difficile che uno va dal medico se non sta male(...) ha paura che il medico trova qualcosa che non va”* (FG egiziani).

3) Elementi culturali della cura

Riscontriamo, in generale, un **cambiamento nei confronti delle pratiche di cura nel corso della migrazione**. Come si è detto anche in precedenza, molti soggetti identificano nella attitudine marcata all’**applicazione della tecnologia** specialmente in ambito diagnostico una caratteristica specifica della cura in Italia (e in occidente); la sensazione è che non venga percepita come invasiva, ma piuttosto come qualcosa di **rassicurante**. E’ qui che viene identificata una prima distinzione tra il prima e il dopo migrazione: mentre nei paesi d’origine ci si affida al medico sulla base dell’instaurarsi di una relazione personale, qui ci si affida alla potenza degli strumenti tecnologici (gruppo misto; FG latinoamericani; FG cinesi; FG egiziani).

I soggetti ammettono, nella maggior parte dei casi e specialmente se sono nel nostro paese da alcuni anni, che il fatto **di vivere in Italia modifica il rapporto con la mentalità del proprio paese e gli stili di vita**. Questo cambiamento è percepito maggiormente dalle donne, o a causa delle donne, (FG egiziani; FG albanesi); *“magari loro [gli uomini] sono qua da anni, parlano l’italiano, ma non conoscono tanto dell’Italia perché lavorano sempre e stanno tra paesani”* (FG albanesi). I soggetti riconoscono di essere cambiati essi stessi, di guardare con maggiore senso critico o con insofferenza a stili di vita che erano propri e che adesso riconoscono negli amici e parenti nel paese d’origine (FG egiziani; FG albanesi; FG cinesi; gruppo misto). In Italia **si diventa più individualisti e si perde un po’ il senso di comunità**; si presta meno attenzione al giudizio sociale, dando meno spazio all’influenza del contesto esterno per concentrarsi maggiormente sulle proprie cose: *“qui cambia che qua non me ne frega niente degli altri, mi interessa solo della mia famiglia, non vado a perdere tempo su quello che dicono gli altri. Là invece c’è più preoccupazione di quello che dice la gente, perché tutti si conoscono, e le cose che dicono possono anche farti male.* (FG egiziani). **C’è una dimensione dello star**

bene e dello star male, dunque, che risulta profondamente influenzata da questo spostamento di focalizzazione; il malessere ascritto in precedenza a situazioni di malocchio o affatturazione, per esempio, può continuare a manifestarsi nella sua dimensione fenomenologica, ma quello stesso malessere viene adesso percepito come stress dovuto a preoccupazioni personali. *“Il malocchio l’ho sentito personalmente, perché anche io ho passato un periodo in cui tutto andava bene, ma io stavo male, ma sapevo di non poterci fare niente, perché sapevo che non è una cosa che si cura tramite un medico. Nel Corano ci sono delle preghiere da ripetere, l’unico che ti cura questi problemi è Dio. L’unica cosa è stare vicino a Dio (...) Ora invece si capisce che bisogna andare [dal medico] perché a volte uno sta male perché non lavora, per lo stress, per la famiglia, per il figlio che non studia.* (FG egiziani). Sembra manifestarsi, dunque, uno spostamento topografico, del luogo dell’origine del benessere o malessere: prima fuori, oggi dentro. Questo spostamento interno/esterno riflette una separazione qui (Italia) e là (paese d’origine). In questo senso, **è il luogo stesso che costruisce valore intorno alle pratiche** rituali, come la circoncisione: al di fuori del contesto d’origine i comportamenti perdono la pregnanza significativa. E’ questo quanto riportato da molti egiziani che dichiarano di aver fatto circoncidere i propri figli maschi nel paese d’origine, non solo perché in alcuni casi i familiari sarebbero stati assenti, ma specialmente perché *“meglio farla giù, lì è un’altra cosa”* (FG egiziani). Vicina, in qualche modo, a questa visione appare la posizione dei soggetti cinesi. Notiamo, infatti, che essi riportano una sorta di continuità tra medicina occidentale e medicina tradizionale cinese, data dal fatto che nel paese d’origine i due mondi convivono l’uno accanto all’altro. Questo aspetto è evidente quando facciamo le domande relative alla scelta della farmacia (cinese o italiana) e la mediatrice ci riporta che a volte non hanno consapevolezza se una pomata, per esempio, sia un prodotto occidentale o di medicina cinese (FG cinesi). In ogni caso, **la medicina cinese disponibile in Italia è “un falso”**: infatti, è assurdo pensare, in un’ottica di cura tradizionale, all’esistenza di un farmaco, una cura per tutti, perché la cura è, per definizione, calibrata sullo specifico paziente. Qui, invece, si tende a proporre una versione standardizzata delle cure, che agli occhi dei soggetti del focus group non risulta affidabile. Lo stesso medico cinese è visto con diffidenza, perché quasi sicuramente *“non è un vero medico, e se lo è ed è venuto in Italia è perché là non era bravo”* (FG cinesi).

4.2 Le interviste narrative

L’analisi dei risultati emersi dalle interviste narrative e la loro interpretazione risponde all’obiettivo: “Identificare delle storie esemplificative di percorsi di integrazione nel contesto socioculturale della so-

cietà italiana riusciti, facendo emergere nodi critici e strategie di gestione efficace delle difficoltà”.

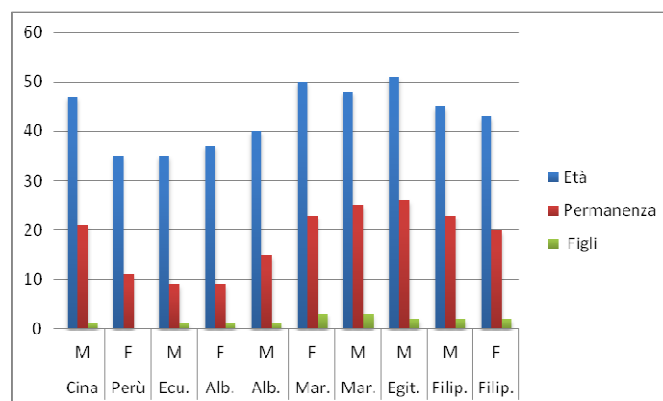
- *Strumento*: coerentemente con gli obiettivi del progetto è stata costruita una griglia di intervista (v. appendice B) che ha consentito di raccogliere dati relativamente alle seguenti tematiche:

- Elementi che hanno contribuito alla scelta migratoria
 - Percorso migratorio
 - Situazione amministrativa
 - Condizioni reali di vita, aspettative e rappresentazioni della migrazione, del paese d'origine e di accoglienza
 - Ruolo del contesto: elementi e/o figure chiave
 - Eventi chiave del percorso di integrazione
 - Presenza di reti sociali
 - Rapporto con le istituzioni italiane: amministrative, educative ecc.
- Tutte le tematiche sono state sviluppate tenendo presente:
- La dimensione cronologica: prima della migrazione, la partenza e arrivo, la stabilizzazione
 - La dimensione di realtà e di idealizzazione
 - Le aspettative e le rappresentazioni, sia veicolate dal gruppo di origine, sia veicolate dalla società italiana
 - Il contesto d'origine e quello d'arrivo

- *Soggetti*: Sono state raccolte complessivamente dieci interviste narrative, così distribuite.

1. Cina uomo - 47 anni - 21 anni di permanenza - casa privata propria
2. Perù donna - 35 anni - 11 anni di permanenza - casa privata propria
3. Ecuador uomo - 35 anni - 10 anni permanenza - casa privata propria
4. Albania donna - 37 anni - 9 anni di permanenza - cooperativa Kantara
5. Albania uomo - 40 anni - 15 anni di permanenza - cooperativa Kantara
6. Marocco donna - 50 anni - 23 anni di permanenza - casa privata propria
7. Marocco uomo - 48 anni - 25 anni di permanenza - casa privata altra
8. Egitto uomo - 51 anni - 26 anni permanenza - cooperativa Kantara
9. Filippine uomo - 45 anni - 23 anni di permanenza - casa privata propria
10. Filippine donna - 43 anni - 20 anni di permanenza - cooperativa Kantara

Tabella 7 – Tabella soggetti interviste narrative



Si è trattato di persone con una storia di integrazione riuscita nel tessuto sociale italiano, data da: anni di permanenza (maggiore di 5); posizione amministrativa regolare; stabilità su un territorio; buone relazioni sia con le persone del gruppo di origine che con la popolazione italiana; percezione soggettiva di riuscita del progetto migratorio.

Sono state condotte 10 interviste: 6 uomini e 4 donne di età compresa tra i 35 e i 51 anni, con un periodo di permanenza nel nostro paese che varia dai 9 ai 26 anni. Sono tutte persone con regolare permesso di soggiorno e integrate nel tessuto civile e produttivo italiano; alcuni di loro (3) hanno (o hanno avuto) coniugi italiani.

Il contatto è avvenuto attraverso la figura del mediatore linguistico-culturale che ne presentava il profilo al gruppo di ricerca e poi, insieme, si decideva riguardo all'adeguatezza del soggetto per il coinvolgimento nella ricerca.

- *Raccolta e analisi dei dati*: le interviste hanno avuto una durata compresa tra 1 ora e mezza e 4 ore. Si sono svolte nella maggior parte dei casi presso l'abitazione dell'intervistato/a. Solo nei casi in cui le persone venivano da lontano hanno preferito un'altra soluzione. Ciò ha comportato che le interviste fossero precedute e seguite, specialmente in alcuni casi, da momenti di accoglienza casalinga che hanno favorito l'instaurarsi di una buona alleanza di ricerca. Tranne un caso, le interviste sono state registrate; in alcune occasioni ha partecipato anche un tirocinante, che prendeva appunti. Le interviste sono state poi trascritte e il contenuto è stato analizzato dal gruppo dei ricercatori, che hanno identificato dei nuclei tematici.

- *Presentazione dei risultati*: Presentiamo qui un'analisi descrittiva sintetica che raccoglie i nuclei tematici e le principali categorie esplicative emerse nell'ambito delle interviste. Si trattava di percorsi altamente specifici, che incontravano un'Italia profondamente diversa tra chi, per esempio, è giunto nel nostro paese trent'anni fa o nove. Tuttavia

abbiamo riscontrato l'emergere di tematiche su cui convergeva la rappresentazione di più soggetti; in ogni caso, riteniamo che sebbene legati alla peculiarità delle storie di vita e di migrazione individuali, le questioni centrali possano avere una valenza conoscitiva generale.

a) *La partenza*

La decisione di giungere in Italia prende diverse strade, ma generalmente in tutti i soggetti la spinta data da una **progettualità** creativa appare **svincolata dalla** dimensione di pura **necessità**, sebbene spesso esse convivano. Che sia tentare un'altra vita in un paese "libero", seguire un coniuge che già si trova all'estero, aiutare la propria famiglia, gli intervistati descrivono comunque la capacità di farne un desiderio proprio, una dimensione immaginativa e progettuale autonoma. Anche quando si può intravedere qualche conflittualità, alla fine tutti concordano che la scelta di partire non è una fuga, ma risponde ad una immagine di **costruzione**: *no, mia mamma non era d'accordo, perchè avevo solo 24 anni. Lei alla morte di mio padre ha speso tanti soldi per farmi studiare. Non voleva che partissi, perchè avrei lasciato il titolo di studio. Poi gli ho spiegato che per migliorare la mia vita dovevo andare via* (Int. 8 M). Sebbene andar via dal proprio paese rappresenti l'allontanamento dal noto, dagli affetti, tutti gli intervistati mostrano la capacità di saper **contenere il senso della "perdita"** che la migrazione comporta e di trasformare almeno parzialmente il timore per l'ignoto e l'incertezza in curiosità e voglia di mettersi alla prova e costruirsi il proprio destino: *prima vivevo in Francia e poi sono arrivata qui per il destino. Quando sono entrata in Italia sono passata da Algeria, Tunisia e Italia. Prima ero in Francia, sono stata anche in Germania, poi ho incontrato questa famiglia che viveva qui in Italia, ma all'inizio ero solo di passaggio. Sono venuta con loro e dopo 4 mesi ho conosciuto mio marito qui a Milano* (Int. 6 F).

b) *Dal sogno alla realtà*

E' stato un po' duro, perché non conoscevo abbastanza bene la lingua. Poi all'inizio non trovavo lavoro, per almeno cinque mesi (Int. 8 M). L'impatto con l'Italia, prima o poi, **mette alla prova le motivazioni** e le immagini che si avevano a disposizione per gestire il cambiamento. La difficoltà della lingua, gli ostacoli nel trovare un lavoro che risponda alle proprie passioni o capacità, il contatto con una popolazione che colloca in una posizione che non si sente come propria (*io avevo paura a stare qui da sola, perché non c'erano molti arabi. Era molto raro, le donne non c'erano proprio. Vendevano gli accendini e io mi vergognavo, perché non avevo mai visto questa cosa*, Int. 6 F). Arriva un momento di **crisi**, in cui occorre fronteggiare il sentimento di **delusione** che l'impatto con la realtà porta con sé. **La vita è "troppo semplice"**, dicono gli intervistati (Int. 5 M). Il lavoro, se c'è, è spesso poco stimolante; mancano le relazioni sociali con le relative

routine, i luoghi di incontro, le occasioni comuni in cui condividere una “pienezza”, mentre troppo spesso quanto si condivide con i pochi connazionali è un’esperienza di vuoto e mancanza. Questa condizione rischia di essere colmata con nostalgia, con l’idea che “al paese è meglio” e affiora la voglia di tornare. Attraverso parole e accenti diversi, i soggetti nel loro complesso sembrano individuare questo come **passo cruciale del percorso migratorio**: superarlo positivamente significa gettare le basi per darsi una reale opportunità di vita in Italia. La crisi sembra evidenziare una sorta di corto circuito per cui si vive qua (in Italia) attraverso là (il paese d’origine); molte possono essere le forme di questo meccanismo, concrete o simboliche. Le risorse da dedicare ai parenti rimasti, la costruzione della propria vita là (costruzione di case, avviamento di piccole attività imprenditoriali), il pensiero costante a quanto si è lasciato ecc. Insistere in queste modalità, percepite come assai negative, impone uno stile di vita troppo duro: non si riesce a vivere pienamente qua e, a poco a poco, si diventa “invisibili”. *Uno deve essere capace di andare avanti, io ho lasciato la mia famiglia e il mio paese. Sono venuta da sola e ho costruito la mia di famiglia* (Int. 6 F). Il meccanismo principale per condurre oltre la crisi sembra offerto dalla capacità di rifondarsi su un **progetto migratorio autodeterminato**, vincolato alla realtà concreta che si incontra; per alcuni può essere la famiglia e la casa (Int. 5 M; Int. 6 F; Int. 4 F; Int. 9 M), che consentono di reinventarsi delle radici; il piacere dato dal successo economico che rende liberi di attuare le proprie scelte, di sentirsi capaci, individui autonomi dai contesti. Tutte cose che contribuiscono a **ricontestualizzare le perdite** emerse dal momento di crisi come elementi contingenti e gestibili.

c) *Il guadagno*

In quest’ottica le avversità che si incontrano sono ostacoli che vanno trasformati in energia per portare avanti un proprio progetto. *L’Italia mi ha aiutato tanto a capirmi. Se fossi rimasto in Egitto non avrei imparato le cose che so...la libertà, anche la libertà di parola. In Egitto tante cose non le puoi dire, per paura. Da noi non c’è la libertà che c’è qui. Anche nel conoscere una ragazza, in Egitto non si può, mi portano in caserma e mi fanno la denuncia. Non la libertà per il male, ma la libertà per il bene. In Egitto mi sentivo legato, volevo fare qualcosa, ma non ci riuscivo* (Int. 8 M).

Il rapporto con l’Italia, in questo processo, chiede di modificare l’immagine stereotipata che era viva nella definizione del progetto migratorio prima della partenza. Ma è difficile incidere su questa stereotipia se non si **entra in relazione con il paese e i suoi abitanti**, nelle loro risorse e limiti. Un elemento, allora, appare centrale affinché il progetto migratorio si concretizzi nella pienezza di un guadagno e non in una perdita: la possibilità di **affidamento**. L’affidamento è, a volte, verso la comunità di appartenenza (chi è venuto prima, chi ci è

amico, chi si prende una responsabilità per noi), ma spesso anche a un “mentore” italiano (non di rado risulta essere una famiglia). *All'inizio volevo tornare indietro. Poi ho trovato un signore che mi fero lavorare con lui. Sono stato a lavorare con lui per quasi 11 anni. Se non era per lui sarei tornato indietro La famiglia del signore con cui lavoravo mi ha trattato come un figlio* (Int. 8 M). Spesso, la costruzione di un rapporto di fiducia con gli italiani significa anche affrancarsi dalla necessità di sentirsi garantiti dai propri compaesani, da chi è venuto prima e ha vissuto le stesse esperienze, la prova che “si può fare con le proprie gambe”. Sembra descrivere, a qualche livello, l’avvio di un processo di empowerment che colloca il migrante in una posizione la quale, sebbene ancora protetta, consente di sperimentare ruoli e poteri precedentemente inaccessibili. *Il mio datore di lavoro era una breve persona, mi aveva preso come un figlio (...) avevo imparato tante cose e lui voleva puntare su di me, investire (...) ma non era il mio lavoro, quello che volevo* (Int. 5 M). Il legame di affidamento funziona da contenitore all’interno del quale provare a diventare qualcosa, ma rischia anche di risultare, alla fine, una gabbia. Non a caso, forse, l’immagine che più facilmente viene riportata per descrivere questi incontri fortunati è quella del rapporto genitore/figlio: rapporto che se per certi versi offre, per altri rischia anche di esercitare un forte controllo se non una censura. In questo senso, possiamo definire quella descritta come una fase di accompagnamento, funzionale però a traghettare verso obiettivi più autonomi.

Elementi di storia personale e motivazioni individuali contribuiscono dunque a **identificare nei contesti reali delle “sfide” che ingaggiano i soggetti con la società italiana**, anche indipendentemente dal ruolo socio lavorativo: si tratta di un vincolarsi a un contesto e alle sue questioni per mettersi in gioco e acquisire visibilità (maggior potere a livello collettivo come stranieri) e ad esprimere se stessi nelle proprie potenzialità e passioni. Si tratta di dare spazio a se stessi e alle proprie aspirazioni a partire dalla singolare esperienza di migrazione, per superarla. E’ in questo modo che è possibile andare a **riconfigurare le dimensioni dell’appartenenza originaria in maniera creativa e biculturale**. “Ho preso qualcosa dall’Italia, per esempio gli assistenti sociali (...) è per questo che ho fondato questa associazione. Non sopporto di vedere una donna maltrattata da suo marito (...) Noi donne (...) abbiamo il compito di fare in modo di impedire che accadano queste cose. Sono soddisfatta perché attraverso rapporto con il consolato e le altre associazioni diamo una mano alle donne e alle altre famiglie. Poi per i minori ci siamo rivolti a delle comunità italiane e facciamo vivere ai nostri connazionali la loro cultura (...) quindi c’è uno scambio di cultura tra la donna araba e italiana (Int. 6 F). Spesso, le sfide in cui si sono ingaggiati i nostri testimoni parlano di un particolare modo di **prendersi cura di sé**, della propria immagine e condizione di cittadino di origine straniera, in un rapporto che rimanda di

continuo, in maniera generativa, alla relazione tra la propria origine e il presente: *Ancora oggi noi ci incontriamo per scambiarcì informazioni di ogni tipo, come i permessi, gli uffici nel comune, i servizi. Chiunque riesce ad avere un'informazione in più la passa al gruppo. Poi ognuno di noi va anche direttamente a prendere informazioni in comune o nel consultorio* (Int. 4 F); *Io sono cresciuto con l'idea che non ti devi occupare solo di te, ma che c'è una dimensione di ricchezza, che sta nella solidarietà, nel pensare non solo al tuo ma ad una dimensione più ampia (...) non è che proprio mi interessassi di politica, però è cominciata che alcuni amministratori locali mi hanno chiamato perché spiegassi alcune cose della vita degli stranieri, per aiutarli a capire, e così adesso mi consultano regolarmente per queste questioni* (Int. 5 M).

Tuttavia, il processo di integrazione in una società non è qualcosa di lineare, che comincia con una direzione e lì finisce. Essere migrante può voler dire, anche dopo trent'anni in Italia, sentirsi sempre in transito, sempre straniero in cerca di un luogo. La crisi attuale colpisce particolarmente i lavoratori di origine straniera che possono perdere, con il posto di lavoro, in un attimo tutta la rete sociale, le competenze riconosciute, il benessere ed il difficile lavoro di integrazione. Si ridiventano subito, improvvisamente, "straniero", senza differenza con chi è appena arrivato (Int. 7 M). La caduta di status a cui è particolarmente esposto il cittadino di origine straniera sembra essere una delle minacce più significative anche per i percorsi di integrazione più solidi. Come se l'identità di "straniero", "extracomunitario" e quindi, infine, corpo estraneo fosse la dimensione identitaria più stabile e profonda che il contesto italiano riesce a percepire. La caduta sociale a cui queste persone sono destinate non sta solo nella perdita di quanto si è guadagnato, ma nella quasi impossibilità, per la maggioranza, di spendersi secondo le proprie capacità, attitudini, talenti e intelligenza (Int. 6 F).

A tal proposito ci sembra che le storie raccolte, se da un parte svelano almeno parzialmente la ricchezza di una vita migrante, aprono a riflessioni e interrogativi riguardo alla capacità del nostro paese di valorizzare e utilizzare tali risorse, nonché di farle proprie attraverso adeguati processi di integrazione delle seconde generazioni.

4.3 L'identificazione degli interlocutori

L'analisi dei risultati emersi dall'identificazione dei possibili soggetti del territorio capaci di proporsi come interlocutori dei servizi risponde agli obiettivi: "Favorire nelle comunità straniere la possibilità di relazionarsi con le istituzioni come interlocutori organizzati, attraverso l'emergere di una consapevolezza di sé quali portatori di bisogni specifici. Ipotizzare possibili canali di confronto tra comunità straniere e servizi per la salute".

A conclusione del lavoro è stato possibile individuare dei soggetti attivi nell'ambito dell'associazionismo all'interno dei propri gruppi di appartenenza. Essi sono stati coinvolti nel seminario conclusivo. In particolare, sono stati avviati contatti con:

1) Associazione delle donne marocchine a Milano (Allouissal), fortemente radicata nel territorio della zona 3 e 4 di Milano, ma attiva su tutto il territorio metropolitano, gruppo di donne attive all'interno della rete delle famiglie distribuite sul territorio, ma presenti anche nei luoghi "istituzionali" di riferimento (moschee, scuole ecc.). Si occupano di dare orientamento, sostegno e assistenza a donne e famiglie originarie del Maghreb appena giunte in Italia o in momenti di difficoltà. In maniera specifica affrontano i temi educativi e della violenza domestica.

2) Associazione Berberi in Italia. I suoi associati sono prevalentemente uomini e portano avanti iniziative di carattere culturale per mantenere e diffondere la cultura berbera.

3) Un ulteriore contatto è stato sviluppato a livello individuale con una singola persona di origine albanese residente in un grosso comune dell'hinterland milanese (Saronno). Si tratta di un uomo che, sebbene non si muova all'interno di una situazione formalizzata (associazione o altro), svolge attività di consulenza per l'amministrazione locale relativamente alle questioni riguardanti la popolazione immigrata.

Questi soggetti sono stati coinvolti sia nel momento dell'indagine attraverso i focus group o le interviste, sia nel contesto dell'iniziativa pubblica di restituzione e confronto con i servizi (v. punto 4.4.). Riteniamo che attraverso queste azioni siano state gettate le basi affinché, nell'ambito di successivi interventi e coerentemente con gli obiettivi del progetto, sia possibile ampliare la rete dei contatti e passare dalla fase della sensibilizzazione e informazione sui propri diritti alla creazione di un gruppo stabile di testimoni, per un'interlocuzione con i servizi utile al processo di miglioramento della offerta.

In quest'ottica, si è scelto di non procedere con le visite guidate ai servizi per l'attività di confronto con gli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale presenti sul territorio. Dai dialoghi con i soggetti sopra citati è infatti emersa, all'interno del gruppo di ricerca, la consapevolezza che esisteva una differente centratura tra il nostro sguardo, particolarmente focalizzato sui bisogni di salute e sulle procedure che conducono a livelli di efficacia ed efficienza dei servizi, mentre i nostri interlocutori avevano una visione più complessiva dei bisogni e delle richieste della popolazione di origine straniera. Si è quindi ritenuto necessario, prima di attivare un confronto "sul campo", cioè direttamente nei servizi, di avviare un momento di riflessione condivisa lavorando insieme tra associazioni di cittadini stranieri e istituzioni locali, per definire insieme dei possibili temi di lavoro e le modalità per svilupparli. Coerentemente con quanto affermato in fase di progetto, questi obiettivi potrebbero essere compresi in un nuovo progetto

che si ponga in continuità con quello appena concluso, oggetto di questo report.

4.4 Pubblicizzazione e diffusione dei risultati

Questa parte risponde all'obiettivo: "preparazione di una pubblicazione di livello nazionale che costituisca un ulteriore strumento di confronto e riflessione, in cui raccogliere e comunicare i principali esiti della ricerca".

L'organizzazione di un evento pubblico di presentazione della ricerca presso la Fondazione Cecchini-Pace in data 20.05.2011 (v. allegato C) a cui hanno partecipato il Comune di Milano (dott.ssa Giancarla Boreatti, responsabile ufficio stranieri) e diversi operatori dell'Azienda ASL Città di Milano, oltre a mediatori linguistico-culturali e soggetti partecipanti alla ricerca, è stato un momento significativo per la diffusione e condivisione dei risultati. La partecipazione, inoltre, della presenza di un esperto di qualità dei servizi di salute rivolti agli stranieri (dott. Luca Visconti – Università Bocconi) ha contribuito a contestualizzare i dati della ricerca in un'ottica di policy sanitaria. Inoltre è in preparazione la pubblicazione di un articolo scientifico che dia conto dei risultati della ricerca su una rivista specialistica di livello nazionale (rivista "PASSAGGI. Rivista italiana di scienze transculturali" edita dalla casa editrice Carocci, ultimo numero 2011).

4.5 Iniziativa pubblica di cittadinanza attiva

La pubblicazione dei risultati di questa ricerca può costituire un medium comunicativo per mettere in relazione istituzioni cittadine e comunità straniere. A partire dai possibili interlocutori individuati nella popolazione di origine straniera, riteniamo che sia possibile in una prossima progettualità ampliare questa rappresentanza e sostenere la nascita di un gruppo di lavoro che identifichi le tematiche sensibili per quel che riguarda la popolazione di origine straniera e l'uso dei servizi pubblici. Coerentemente con gli obiettivi del progetto oggetto di questo report, la dimensione di attivazione della cittadinanza può essere conseguenza del lavoro finora svolto.



**Cooperativa Sociale Kantara
Cecchini Pace**



Fondazione

**PROGETTO PERCORSI DI MIGLIORAMENTO
DELL'UTILIZZO DEI SERVIZI**

INTERVISTA NARRATIVA

Nome dell'intervistato	Numero identificativo della trascrizione	A
Intervistatore	Mediatore	
Data di nascita dell'intervistato	Età	Luogo di nascita
Residenza attuale	Nazionalità	Religione

Eventi ed esperienze citati nel racconto autobiografico

Analisi storico-diacronica	Analisi tematico-sincronica
Nel paese d'origine	Paese d'origine
- prima che si sviluppasse l'idea di migrare	<ul style="list-style-type: none">- Idealizzazione- Svalutazione
- scelta e progetto migratorio	Elementi che hanno scatenato la scelta <ul style="list-style-type: none">- Collettivi- Individuali Aspettative <ul style="list-style-type: none">- bisogno e desiderio- ambivalenze riconosciute Decisione sviluppata o no

In migrazione	In migrazione
- viaggio	<ul style="list-style-type: none"> - percorso - arrivo
- impatto iniziale	<ul style="list-style-type: none"> - Condizioni reali di vita - Condizioni amministrative - Dimensione di progettualità (reti) - Percezione degli italiani - Sfera dei sentimenti e declassamento
- oggi (eventuale ridefinizione progetto migratorio)	<ul style="list-style-type: none"> - incontro con gli italiani (mentore) - strategie di integrazione



DA PARTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

SOGGETTI COINVOLTI	TOPIC GUIDE	QUESTINING ROUTE	OBIETTIVI
Conduttore: Federica de Cordova	1. Presentazione ricerca e conduttori	1.a Presentazione conduttori Oggetto della ricerca Obiettivi della ricerca Committenza Metodologia (3 focus group) Contenuto	1.b Fornire ai partecipanti il contesto e gli obiettivi del focus
Osservatore:			
MLC:			
Partecipanti:		Svolgimento (registrazione) Analisi dei dati	
Data:			
	2. Presentazione partecipanti	2.a Nome, attività, luogo di origine, da quanto in Italia.	2.b Fornire informazioni sui partecipanti e il loro contesto
	3. Analisi del servizio socio-sanitari utilizzati. Quali, con quali richieste e motivazioni, modalità di accesso. Analisi del processo emergenza-percezione/espressione del bisogno	3.a Pensate ai servizi socio-sanitari presenti sul territorio: quali utilizzate? Quali sono i motivi principali? Quand'è che una situazione richiede l'intervento dei servizi? Come ci arrivate? Come decidete se usare rimedi tradizionali o rivolgervi alle strutture? Ci sono figure che vi aiutano ad orientarvi?	3.b Comprendere la rete di servizi maggiormente utilizzata dalla popolazione target, con quali obiettivi e modalità di accesso.

	<p>4. Analisi del percorso della domanda e dell'offerta dei servizi rispetto ad aspettative da parte dell'utenza.</p>	<p>4.a Generalmente, rimanete soddisfatti di quello che vi viene offerto? Viene sempre data una risposta alle vostre richieste? Ritenete che la qualità dei servizi sia adeguata a quelli che sono i vostri bisogni? Cosa distingue un servizio "di qualità" da uno in cui la qualità manca? Chi sono le figure più importanti nel favorire che la cura funzioni? (medico, infermiere, A.S., MLC ecc.). (Valutazione delle differenze tra servizi indifferenziati, dedicati, accompagnati)</p>	<p>4.b Valutare la congruenza dell'incrocio tra domanda ed offerta</p>
<p>Durata: 2 ore</p>			

**PERCORSI DI INTEGRAZIONE DI MIGLIORAMENTO
DELL'UTILIZZO DEI SERVIZI
DA PARTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA
FOCUS GROUP – SCHEMA II INCONTRO**

SOGGETTI COINVOLTI	TOPIC GUIDE	QUESTIONING ROUTE	OBIETTIVI
Conduttore: Federica de Cordova	5. Analisi di ciò che funziona e/o non funziona nel processo di presa in carico	5.a Quali sono secondo voi i punti di forza maggiori, di questi servizi, anche comparati con quelli dei vostri paesi? Quali sono i punti di debolezza maggiori di questi servizi, anche paragonati con quelli dei vostri paesi?	5.b Identificare punti di forza e di debolezza nell'organizzazione esistente
Osservatore:			
MLC:			
Partecipanti:	6. Approfondire il ruolo delle specificità culturali nell'uso dei servizi	6.a Come è cambiato il modo in cui usate i servizi sanitari rispetto al vostro paese? Come è cambiato nel tempo (in Italia) il modo o il tipo di servizi che utilizzate (famiglia, permesso di soggiorno). Notate delle differenze con i vostri figli (differenze tra prima e seconda generazione).	6.b Definire differenze nelle modalità di utilizzo e bisogni relativamente al percorso migratorio e ai processi di acculturazione.
Data:	7. Definire i bisogni culturali che intervengono nel definire benessere e malessere	7.a Quali sono i valori più importanti, secondo la vostra cultura, per condurre una vita sana? Secondo voi ci sono delle differenze con la cultura e/o lo stile di vita degli italiani? C'è una differenza tra l'idea di salute nel vostro paese e in Italia? C'è una differenza tra l'idea di cura nel vostro paese e in Italia? Di questi valori, quale vorreste assolutamente trasmettere ai vostri figli? E quale vorreste che i vostri figli prendessero della cultura italiana? Fate qualcosa per mantenere le abitudini relative alla salute e alla cura del vostro paese? Se sì, pensate che potrebbe funzionare anche per gli italiani?	7.b Identificare le principali dimensioni culturali che definiscono il processo di cura

	8. Conclusione	8.a Avete qualcosa da aggiungere? Ci siamo dimenticati qualcosa?	8.b Restituzione e schematizzazione dei contenuti emersi dal passaggio precedente.
Durata: 2 ore			



Fondazione Cecchini Pace



Cooperativa Sociale Kantara



Evento Finale del Progetto

**“Percorsi di miglioramento dell'utilizzo dei servizi
da parte della popolazione straniera”**

**finanziato dal comune di Milano,
Settore Servizi per adulti in difficoltà
con fondi L.40/98**

Relatori:

GIANCARLA BOREATTI

MARTA CASTIGLIONI

FEDERICA DE CORDOVA

LUCA M. VISCONTI

**VENERDÌ 20 MAGGIO 2011
ore 9.30 -12.30**



Fondazione Cecchini Pace

via Molino delle Armi 19 - 20123 Milano

tel. 02.58310299

fax 02.58311389

e-mail fondazione@fondazionececchinipace.it

sito web www.fondazionececchinipace.it

Programma

ore 9.15-9.45	Apertura giornata, Marta Castiglioni, Cooperativa Sociale Kantara
9.45-10.30	Modelli di servizi socio-sanitario e diversità linguistico-culturale dei pazienti, Luca M. Visconti, Università L. Bocconi di Milano
10.30-11.15	Percorsi nell'uso dei servizi della popolazione immigrata, Federica de Cordova, Università degli Studi di Verona
11.30-12.00	Utenza straniera e utilizzo dei servizi dal punto di vista istituzionale Giancarla Boreatti, Comune di Milano
12.00-12.30	Dibattito

La Fondazione Cecchini Pace

La Fondazione Cecchini Pace è nata nel 1993 dalla pluriennale esperienza di un gruppo di ricercatori transculturali. La finalità della Fondazione è la promozione di una cultura della salute individuale e collettiva. Le azioni si articolano su diversi livelli: formazione professionale, ricerca scientifica, attività clinica. L'organismo operativo della Fondazione è l'Istituto Transculturale per la Salute, dedicato in particolare alla Ricerca, Studio e Formazione sul rapporto tra mutamenti culturali e processi di adattamento. Un adattamento difficile, generatore di un disagio diffuso probabilmente destinato ad aggravarsi nei futuri scenari dell'Unione Europea con le sue diverse culture nazionali e il confronto con l'immigrazione extracomunitaria. L'approccio transculturale, coniugato con competenze professionali specifiche, intende collocarsi in una prospettiva di rinnovamento delle pratiche di cura individuale e di intervento comunitario, e intende fornire strumenti conoscitivi e operativi per affrontare i disagi emergenti da una postmodernità "liquida" che pone l'individuo di fronte a nuove e complesse sfide cognitive ed affettive.

Il Corso di Specializzazione - ric. MIUR Decreto Ministeriale del 9 luglio 2001

Il Corso di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale nasce nel 2002 all'interno dell'Istituto Transculturale per la Salute della Fondazione Cecchini Pace. L'Istituto è dedicato alla ricerca, studio e formazione sul rapporto tra i mutamenti culturali, i processi di adattamento e lo sviluppo delle patologie mentali. Il Corso per la sua tematica è unico in Italia e s'inserisce negli scenari dell'Unione Europea con le sue diverse culture nazionali e il suo futuro d'immigrazione extracomunitaria stabilizzata. La specializzazione transculturale, attraverso insegnamenti che vanno dalla antropologia alle neuroscienze, fornisce conoscenze a tutto campo sui diversi aspetti del disagio psichico e della malattia mentale. Sulla base di tale conoscenze e di una specifica esperienza formativa individuale, vengono sviluppate negli allievi competenze aggiuntive della professione psicoterapeutica necessarie per le nuove patologie e i nuovi utenti. I fondamenti epistemologici per la teoria e la prassi della psicoterapia transculturale, corrispondono al metodo dell'analisi psicologica modernamente completata da principi transculturali, adatti a dare strumenti allo psicoterapeuta per affrontare le nuove patologie emergenti della società in cambiamento per quanto riguarda sia la diagnostica sia i dispositivi per la promozione della salute, per la prevenzione, per la terapia, la riabilitazione.

La Cooperativa Sociale Kantara

La Cooperativa Sociale Kantara offre servizi di mediazione linguistico-culturale nell'area socio-sanitaria lombarda. Kantara è una parola araba che significa "ponte", un'efficace immagine che sintetizza il ruolo del mediatore linguistico-culturale in una società multiculturali. Kantara opera per il superamento di tutte le barriere linguistiche e/o culturali e di tutti i fattori di disagio sociale che rendono difficile l'accesso e l'uso dei servizi socio-sanitari da parte dei cittadini stranieri, a partire dal riconoscimento dei diritti sostanziali e delle pari opportunità nella fruibilità dei servizi. Kantara svolge attività di orientamento, informazione e sensibilizzazione per facilitare, all'utenza straniera, l'uso e l'accesso ai servizi presenti nel territorio e realizza ricerche, corsi di formazione e aggiornamento per operatori in ambito socio-sanitario, sociale, scolastico e educativo. Attua inoltre progetti di intervento a favore della popolazione immigrata, in particolare a favore di: donne e minori stranieri, famiglie straniere in difficoltà, rifugiati e richiedenti asilo e detenuti stranieri.

Il Seminario

Si intende con questo incontro seminariale iniziare ad affrontare il problema della valutazione dei servizi di salute mentale da parte della utenza straniera. L'occasione è offerta dalla conclusione del progetto "Percorsi di miglioramento dell'utilizzo dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione straniera", sostenuto dal Comune di Milano, con la collaborazione di Cooperativa Kantara e Fondazione Cecchini Pace.

Il Progetto ha avuto come obiettivi:

1. Aprire canali di confronto tra comunità straniere e servizi di salute mentale
2. promuovere nelle comunità straniere una rappresentazione di sé come soggetto collettivo trasparente e trasmissibile
3. individuare testimoni privilegiati all'interno delle comunità straniere più rappresentative
4. costruire una interlocuzione stabile con i gruppi delle comunità straniere più rappresentative
5. promuovere rappresentanze utili a collaborare per il miglioramento della qualità dei servizi del loro utilizzo.

I Relatori

- Giancarla Boreatti - Responsabile del Servizio Immigrazione, Settore Adulti in Difficoltà, Direzione Famiglia Scuola e Politiche Sociali, Comune di Milano.
- Marta Castiglioni - Psicoanalista argentina, insegna Antropologia Culturale presso l'Università di Milano; docente del Corso di specializzazione in Psicoterapia Transculturale presso la Fondazione Cecchini Pace-Istituto Transculturale per la Salute; Presidente della Cooperativa Sociale Kantara, Milano che si occupa di mediazione culturale nei servizi sociosanitari.
- Federica de Cordova - Ricercatrice in Psicologia Sociale presso l'Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Filosofia, Pedagogia e Psicologia, Università degli Studi di Verona. Docente del Corso di specializzazione in Psicoterapia Transculturale presso la Fondazione Cecchini Pace-Istituto Transculturale per la Salute.
- Luca M. Visconti - Professore Associato a ESCP Europe, Parigi. Direttore del Master in Marketing e Comunicazione (MiMeC) e coordinatore dell'Associazione per lo Sviluppo dell'imprenditorialità Immigrata di Milano (ASIIM) dell'Università Bocconi. La sua ricerca è focalizzata sui consumatori di minoranza, con attenzione particolare per i migranti e le seconde generazioni.

Ingresso gratuito

Programma

- | | |
|--------------------|--|
| ore 9.15-9.45 | Apertura giornata, Marta Castiglioni, Cooperativa Sociale Kantara |
| ore 9.45-10.30 | Modelli di servizi socio-sanitario e diversità linguistico-culturale dei pazienti, Luca M. Visconti, Università L. Bocconi di Milano |
| ore 10.30-11.15 | Percorsi nell'uso dei servizi della popolazione immigrata, Federica de Cordova, Università degli Studi di Verona |
| ore 11.30 - 12 .00 | Utenza straniera e utilizzo dei servizi dal punto di vista istituzionale
Giancarla Boreatti, Comune di Milano |
| ore 12.00-12.30 | Dibattito |