

Seyed Farian Sabahi

RAPPORTI TRA COMUNITÀ MUSULMANA E OCCIDENTE IN UNA PROSPETTIVA MULTICULTURALE: PROBLEMI SANITARI AD ASTI E PARMA

1 E. Pace, Prefazione, in C. Saint-Blancat, *L'Islam in Italia. Una presenza plurale*, Edizioni Lavoro, Roma, 1999: p. 17.

2 A. Morigi, V. E. Vernole e C. Verna (a cura di), *Rapporto 2000 sulla libertà religiosa nel mondo*, ACS (Aiuto alla Chiesa che Soffre), Roma, 2000: pp. 120-3. Per altri casi di comunità musulmane in Occidente e statistiche, vedi G. Nonneman, T. Niblock e B. Szajkowski (a cura di), *Muslim Communities in the New Europe*, Ithaca Press, Reading, 1996; e S. Ferrari, *L'Islam in Europa. Lo statuto giuridico delle comunità musulmane*, Il Mulino, Bologna, 1996.

3 T. Maraini, *Multiculturale è bello*, in M. Moussanet (a cura di), *Duemila verso una società aperta*, vol. II (Politica, migrazioni, guerra e pace, religione), Edizioni Il Sole-24 Ore, Milano, 2000, p. 174.

4 J. Israely, *In Catholic Italy, Islam makes inroads*, in "The Boston Daily Globe", 14 maggio 2000,

www.sahabah.com/print/italy.html

5 M. S. Elsheikh (a cura di), *Proceedings of the International Conference "Islam and Europe": Thirteen Centuries of Common History*, Università degli Studi di Firenze, Firenze, 1998. Per altri casi di comunità musulmane in Occidente e statistiche vedi G. Nonneman, T. Niblock e B. Szajkowski, *op. cit.*, e S. Ferrari, *op. cit.*; in Svizzera i musulmani sono duecentomila e nel 2000 la Commissione Federale contro il Razzismo ha pubblicato il *Rapporto Mussulmani in Svizzera* (Berna). Per un confronto tra esperienza europea e americana vedi A.S. Ahmed, *Muslims in the West*, www.muslim-canada.org/livingislam3.html

Il multiculturalismo, inteso come tolleranza e rispetto nei confronti di culture diverse, si diffonde nei Paesi europei con intensità e modalità differenti. La ghettizzazione degli immigrati spesso provoca tossicodipendenza e alcolismo, a cui la rete dei servizi non riesce a dare risposte efficaci. Anche la semplice gestione sanitaria delle patologie diffuse nelle comunità degli immigrati è assai problematica per ragioni sia di ordine sociale che cognitivo. In particolare, la gravidanza e il parto risentono di un eccesso di medicalizzazione. Se l'immigrazione è associata a problemi di identità, non è detto che la doppia appartenenza non rappresenti una ricchezza.

Nel 1983 il Regno Unito rese obbligatorio l'uso del casco per i motociclisti. Ma la comunità dei *sikh*, provenienti dal subcontinente indiano, fece presente alle autorità britanniche che l'applicazione della legge comportava difficoltà sia per motivi rituali - in pubblico si deve indossare il turbante che tradizionalmente copre folte chiome - sia per motivi pratici: come si fa a indossare il casco sopra al turbante? La soluzione? Abituati fin dai tempi del colonialismo a interagire con individui di cultura e religione diversa, i funzionari di Sua Maestà dimostrarono flessibilità ed esentarono i *sikh* dall'obbligo del casco **(1)**.

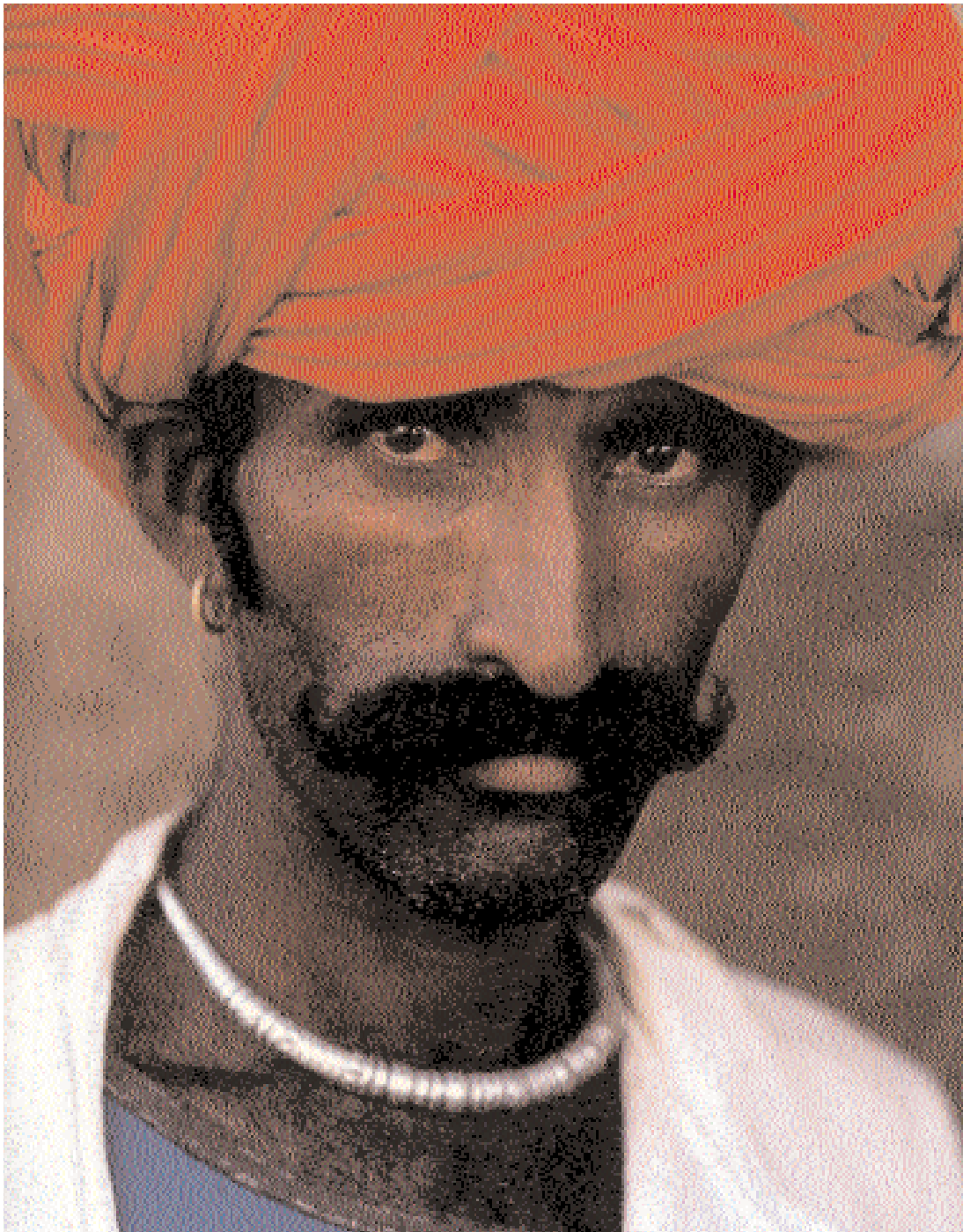
Il caso britannico rappresenta un esempio emblematico di multiculturalismo, e cioè di tolleranza e rispetto nei confronti di culture diverse. Mi riferisco a "culture" e non a "religioni" in quanto l'Islam non si riduce a un gruppo di praticanti organizzati in comunità, ma include una cultura che articola la fede e l'origine dell'identità musulmana.

Diametralmente opposto è il caso della Francia, dove il 6% della popolazione è di fede musulmana ma non dispone ancora di istanze rappresentative riconosciute dalla Repubblica. Nel 1994 il Ministero dell'Istruzione vietò di "indossare simboli di ostentazione politica o religiosa nelle scuole". In altre parole, fu negata alle ragazze musulmane la possibilità di mettere l'*hejab* (velo) in classe. Tale divieto scatenò un feroce scontro ideologico tra i sostenitori della laicità e i difensori della libertà di espressione religiosa. Secondo l'agenzia Ansa, il presidente Jacques Chirac ricevette quattro alte personalità di fede islamica solo il 13 gennaio 2000 **(2)**. Eppure, in occasione degli ultimi mondiali di calcio, la vittoria della nazionale francese - composta in buona parte da maghrebini - fece momentaneamente accantonare il "tradizionale disprezzo verso i nordafricani" **(3)**.



142

Keiron



In Italia i musulmani sono circa un milione e rappresentano il 36.5% (rispetto al 27.4% di cristiani) del milione e mezzo di extracomunitari **(4)**. Pur essendo conseguenza dei flussi migratori degli ultimi decenni, il multiculturalismo è un fenomeno che si ripete: cinquecento anni dopo la caduta del regno di Granada (1492), l'Islam torna in Europa **(5)**. In Italia il multiculturalismo nasce in seguito alla modificazione della composizione etnica tradizionale dovuta all'immigrazione degli anni Settanta. Con la politica del multiculturalismo lo Stato assume come dottrina "il dovere di riconoscere tutte le espressioni culturali come equivalenti, e quindi l'obbligo di mettere a disposizione di ciascuna comunità immigrata gli strumenti adatti alla conservazione e alla valorizzazione della propria cultura" **(6)**. Intesa in questa accezione, la politica del multiculturalismo ha costi e conseguenze diverse a seconda del contesto: in Canada ha permesso l'assimilazione delle etnie "invisibili" - e cioè non distinguibili dal colore della pelle - ma ha scatenato

Le politiche "per" gli immigrati

6 G. Barbina, *La geografia umana nel mondo contemporaneo*, Carocci, Roma, 2000: p. 101.

7 A. Tarozzi, in *Ambiente, migrazioni, fiducia: ingerenze e autoreferenza; reti e progetti*, L'Harmattan, Torino, 1998: pp. 66-7, classifica le ipotesi nel modo seguente: assimilazione, omogeneizzazione, separatezza, salad bowl (o melting pot).

Immigrazione, tossicodipendenza e alcolismo: il caso di Asti

8 I dati sul caso di Asti mi sono stati forniti da P. Sandrone, dirigente medico del Sert (servizio tossicodipendenza) di Asti, intervista del 16 febbraio 2001.



144

Keiron

polemiche quando ha coinvolto le etnie native. Quest'ultimo caso è particolarmente evidente in Australia, dove è stato tra l'altro negato l'accesso a gente di colore in quanto più difficilmente assimilabile.

Oltre al multiculturalismo, le altre politiche nei confronti degli immigrati sono: a) il controllo con quote di ingresso annuali per etnia, Stato di provenienza e tipologia (immigrato lavoratore, rifugiato, ecc.), una modalità che alimenta però il fenomeno dell'immigrazione clandestina e quindi illegale; b) le immigrazioni selettive; c) il non riconoscimento della cultura dell'immigrato e quindi l'acculturazione obbligatoria; d) la ghettizzazione motivata dall'intolleranza **(7)**.

Ai fini di questo saggio, mi soffermerò su quest'ultimo punto con particolare riferimento al servizio tossicodipendenze (Sert) del comune di Asti. Secondo il dirigente medico intervistato, il timore di essere segnalati alle autorità costituisce il primo ostacolo per gli immigrati sans papiers nel momento in cui sentono la necessità di rivolgersi al servizio sanitario. In secondo luogo, se non posseggono documenti hanno diritto a interventi di prima assistenza (di urgenza), ma non a terapie prolungate **(8)**. Nel caso di Asti, sono numerosi i tossicodipendenti provenienti dal Nord Africa: si tratta di spacciatori che consumano stupefacenti e che riescono a disintossicarsi – per periodi limitati – quando finiscono in carcere. Le pene detentive per i reati legati allo spaccio di quantità limitate di droga sono però brevi, ed è quindi difficile per l'immigrato – ma lo stesso discorso vale per il tossicodipendente italiano – uscire dal circuito. Non esiste, inoltre, una rete sociale in grado di recuperare questi individui, facile appannaggio di strutture malavitose che li utilizzano come manovalanza.

I dati sulle patologie degli extracomunitari sono limitati, anche a causa della scarsa affluenza al Sert visto che non vi si svolge servizio di urgenza. Nonostante la mancanza di statistiche, è interessante sottolineare la correlazione – percepita dagli operatori – tra l'affluenza al servizio tossicodipendenze e la ghettizzazione degli immigrati, dapprima provenienti dal Sud dell'Italia e in questi anni dalla sponda meridionale del Mediterraneo.

Dopo un iniziale flusso dal Veneto, negli anni Sessanta e Settanta l'immigrazione dall'Italia del Sud verso Asti è stata massiccia. Il Comune concentrò i nuovi venuti nel quartiere Casermone (anche noto come San Rocco), e cioè nel centro storico un tempo in condizioni precarie ma ormai ristrutturato. A metà degli anni Settanta fu appositamente costruito il quartiere Praia, un'area popolare situata in direzione di Alessandria e priva di infrastrutture, negozi e luoghi di aggregazione. Solo recentemente sono stati aperti un supermercato e un bar.

Secondo le stime del servizio tossicodipendenze, su un totale di 1.500 cartelle (di cui 845 appartenenti a residenti o a domiciliati ad Asti, e il resto in provincia), il 70-80% degli



Foto di Tano D'Amico

utenti sono figli di immigrati dal Sud d'Italia. Circa 350-400 individui usufruiscono dei servizi del centro su base giornaliera: un terzo di questi riceve una terapia farmacologica sostitutiva (metadone e nel prossimo futuro anche buprenorfina), un terzo farmaci antagonisti (naltrexone), e il rimanente terzo risiede in comunità riabilitative. Tutti i pazienti partecipano a terapie psicosociali.

Sul totale di 1.453 utenti, 137 non sono nati in Italia. Degli 845 utenti residenti o domiciliati ad Asti, 161 vivono nei quartieri Praia, Casermone e in altre aree ad alta immigrazione come corso Alba e Torretta; 256 non sono nati nella provincia di Asti. Per quanto riguarda i dati di natura sanitaria, il 60-70% sono risultati positivi ai test dell'epatite B (HBV) e C (HCV). Non è invece stato riscontrato un numero rilevante di casi di HIV (una ventina di casi sul totale delle cartelle).

Passando all'alcolismo, pur trattandosi di una patologia sommersa, sono circa 150 gli utenti seguiti dal servizio. Con l'eccezione di tre immigrate dai Paesi dell'Est, si tratta prevalentemente di cittadini italiani. È naturalmente difficile dimostrare che i figli degli immigrati dal Sud dell'Italia abbiano subito una patologia dello sradicamento, anche se è ovvio che, provenendo da una cultura diversa, abbiano vissuto difficoltà di inserimento sia nella scuola sia, successivamente, nel mondo del lavoro.

Oggi, come trenta o quarant'anni fa, i flussi migratori sono motivati dalla ricerca di occupazione e dai ricongiungimenti familiari. Nella località di Nizza Monferrato, ad esempio, è alta la richiesta stagionale di manodopera per raccogliere le mele e per vendemmiare.

Sebbene rispetto agli anni Sessanta e Settanta la provincia di

9 T. Maraini, *op. cit.*, p. 176.

Asti sia molto cambiata, una recente ricerca a livello nazionale mostra che il 55,2% degli italiani “non riesce proprio a trovare alcun valore positivo nell’immigrazione” ed è quindi innegabile il sentimento di indifferenza o addirittura negativo nei confronti degli extracomunitari (9).

La condizione occupazionale degli utenti del servizio tossicodipendenza di Asti è così suddivisa: 631 occupati (in mansioni non professionalizzate: operai, imbianchini, muratori ecc.) 457 disoccupati, 104 sottoccupati, 20 in condizione non professionale, 12 in cerca di prima occupazione (29 si sono definiti in “altra situazione” e 203 non hanno risposto al questionario).

Sul totale di 1.453 utenti, relativamente alla scolarizzazione, 630 individui hanno dichiarato di aver conseguito la licenza media inferiore, 153 la licenza elementare, 148 la licenza media superiore, 46 hanno seguito corsi professionali, 4 hanno frequentato l’università. Dieci utenti non hanno nessun titolo di studio, 99 hanno interrotto le medie inferiori, 98 le superiori e 11 l’università. 254 intervistati non hanno risposto alla domanda.

Foto di Maurizio Di Loreti



Ciò detto, buona parte degli utenti del Sert sono figli di immigrati provenienti soprattutto dal Meridione. Pur tenendo conto della trasversalità di patologie quali la tossicodipendenza e l'alcolismo – che fa sì che una percentuale provenga anche da ambienti autoctoni – e senza escludere le patologie psichiatriche e le componenti biologiche, le caratteristiche ricorrenti sono la scarsa scolarizzazione dei genitori e la provenienza da contesti socioculturali di basso livello, anche se la tossicodipendenza esiste comunque anche tra i figli di laureati.

Al di là del caso specifico di Asti, dal punto di vista sanitario la problematica si può dividere in due parti: patologie organiche e patologie funzionali. Da un colloquio con il primario del reparto malattie infettive dell'Ospedale civile di Alessandria, è emerso che in questa struttura gli immigrati di fede musulmana provenienti dal Maghreb – soprattutto dal Marocco e dalla Tunisia – e in misura minore dall'Africa nord-occidentale, sono affetti soprattutto da tubercolosi. In molti casi l'immigrato sano contrae la malaria ritornando al luogo di origine per sposarsi. Sono stati riscontrati casi di Aids tra coloro che provengono dall'Africa nera **(10)**.

Non meno importanti sono le patologie funzionali derivanti dal disadattamento legato al fatto che spesso gli immigrati sono costretti a vivere in condizioni di clandestinità, in locali sovraffollati, lontano dalla famiglia e in un clima ben diverso rispetto al luogo di origine. Nonostante l'incidenza di varie patologie – tra cui l'ulcera duodenale dovuta allo stress – che testimonia il fatto che il disagio causa una diminuzione delle difese immunitarie organiche, occorre comunque sottolineare che gli immigrati non sono diffusori di patologie, per lo meno non più degli autoctoni bianchi che sviluppano le stesse malattie nel corso di un viaggio nel continente africano o in altre località a rischio.

Inoltre, quando si presenta l'opportunità di emigrare, le famiglie selezionano il membro con maggiore potenziale e quindi quello dotato di migliore costituzione fisica e predisposizione mentale all'integrazione in un nuovo contesto. Nel caso delle donne, l'ingresso in Italia rientra invece, nella maggioranza dei casi, nella categoria dei ricongiungimenti familiari.

A questo proposito, da un recente studio realizzato a Parma, emerge che tra gli immigrati i principali fruitori dei servizi sanitari sono proprio le donne **(11)**. La maggiore incidenza di richieste di prestazioni sanitarie da parte delle immigrate è motivata dall'attenzione delle donne per la propria salute e per quella dei figli, dalle difficoltà di integrazione e quindi dall'isolamento in cui vivono, dalle mansioni pesanti che spesso svolgono in ambito lavorativo, ma anche dal fatto che, da un punto di vista culturale, per una donna è tradizionalmente più facile accettare il ruolo di malato. Le richieste al sistema sanitario da parte degli uomini avvengono generalmente quando la patologia è ormai acuta e il corpo malato

Immigrazione e salute: a fruire dei servizi sanitari sono le donne

10 Intervista con il dottor M. Azzini, 21 febbraio 2001.

11 M. Ghiretti, *Servizi socio-sanitari, utenti stranieri e mediazione interculturale. Il caso dello "Spazio Salute Immigrati" di Parma*, tesi di laurea (non ancora discussa) presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Bologna.

diventa così il simbolo della sconfitta del progetto migratorio. Inoltre, la gravidanza e la maternità inducono le immigrate a rivolgersi al sistema sanitario anche se, in questo contesto, il Maghreb è profondamente diverso dall'Occidente: nell'Africa settentrionale la salute della famiglia viene gestita dalle donne, mentre il trasferimento in Italia implica il passaggio di questo incarico al marito. È quindi lui a gestire il percorso clinico e a farsi da tramite tra medico e paziente, specialmente nel caso in cui il ricongiungimento familiare sia avvenuto da poco e la moglie non sia ancora in grado di parlare correntemente l'italiano.

Un altro ostacolo nell'interazione tra medici italiani e pazienti extracomunitari riguarda il sistema di credenze dello straniero: secondo la medicina tradizionale di numerosi Paesi africani, la malattia non si svilupperebbe progressivamente, ma colpirebbe l'individuo in modo improvviso. Per questo motivo la potenza del rimedio non è in funzione della ripetizione continua e regolare, ma nel suo carattere massiccio, e forse anche per questo motivo vengono preferite le iniezioni.

L'eccesso di medicalizzazione di gravidanza e parto



148

Keïron

Le differenze tra Maghreb e Italia sono particolarmente evidenti in merito alla gravidanza: alla tradizionale sacralità di questa condizione si contrappone, nel nostro Paese, la sua medicalizzazione. I bagni prolungati, le affettuosità e il trattamento di grande rispetto vengono bruscamente sostituiti dall'obbligatorietà di una serie di esami diagnostici e dalla ricorrenza del parto cesareo in numerosi ospedali italiani. Gli operatori sanitari sono stati spesso testimoni di casi in cui l'immigrata non aveva effettuato nessun prelievo né ecografia perché aveva sempre goduto di ottima salute.

Al momento di partorire, anche la comunicazione è diversa: il silenzio delle immigrate è causa di incomprensione da parte delle ostetriche, che rischiano di male interpretare i ritmi del travaglio. Per quanto riguarda il parto cesareo, in Italia è pratica diffusa e motivata soprattutto dall'esigenza di programmare e tenere sotto controllo i tempi. Ma per le donne marocchine, ad esempio, questa modalità equivale a non aver partorito: la puerpera nasconderà la cicatrice come una vergogna e avrà seri problemi ad avere ancora due, tre o quattro figli, come spesso avviene nell'Africa settentrionale.

Rispetto al Maghreb, la simbologia della gravidanza e della maternità è quindi profondamente diversa e l'impatto con la realtà italiana causa solitudine e nostalgia. In Marocco, per esempio, "durante i primi quaranta giorni di puerperio (*nefess*) la donna non esce di casa, deve essere accudita e riposare, altrimenti il bambino ne risentirebbe. Alla fine del *nefess*, la puerpera si reca all'*hammam* (bagno turco) e viene di nuovo curata e massaggiata. In questo modo si evitano alla madre le paure che, in questi primi quaranta giorni, sono accentuate dalla scarsa percezione del neonato" (12).

Per chi non avesse mai frequentato un *hammam*, si tratta di

12 M. Ghiretti, *ibidem*. Vedi anche M. de Bernart, L. Di Pietrogiacomo e L. Michelini, *Migrazioni femminili, famiglia e reti sociali tra il Marocco e l'Italia: il caso di Bologna*, L'Harmattan, Torino, 1995; e F. Balsamo, *Da una sponda all'altra del Mediterraneo: donne immigrate e maternità*, L'Harmattan, Torino, 1997.

13 www.ima.org.za/forum/forum1/forum1.html

14 R. Aliffi Beck-Peccoz (a cura di), *Tempo, lavoro e culto nei paesi musulmani*, Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 2000.

un ambiente caldo e umido, costituito da più locali a temperature diverse in cui sono presenti delle vasche d'acqua: ci si insapona, ci si sfrega il corpo a vicenda (o con l'aiuto delle addette ai lavori), ci si siede sulle lastre di pietra in mezzo ai vapori, per poi passare all'acqua fredda e, infine, avvolti in un asciugamano, sui lettini dove si viene massaggiati con l'olio e ci si può rilassare sorseggiando tè verde.

Poco cambia dall'*hammam* della moschea di Parigi a quello di Aleppo, la vera differenza si percepisce invece nelle zone rurali. Nell'entroterra desertico della Tunisia meridionale, ad esempio, il bagno non è solo luogo di aggregazione e relax, ma vera e propria necessità per quelle famiglie che vivono ancora in condizioni arretrate. È parte intrinseca della cultura degli immigrati, che hanno accolto con entusiasmo l'apertura di un *hammam* a Torino in una vecchia scuola, l'istituto tecnico femminile *Alma Mater*, nominativo con cui è conosciuta l'associazione interculturale di donne *Alma Terra*. In questo contesto, è nata anche la cooperativa *Talea*, a cui partecipano donne di culture diverse.

Per le immigrate l'esperienza italiana comporta maggiori responsabilità individuali: vivendo tra due culture, rielaborano con il partner i vincoli e le restrizioni del Paese di origine, e reinterpretano così il proprio ruolo. Durante la gravidanza, ad esempio, l'atteggiamento tradizionale del marito comporterebbe un suo allontanamento dalle "cose delle donne", ma la solitudine dell'immigrazione porta sovente un avvicinamento nella coppia. Il problema si pone quando la famiglia immigrata torna a visitare la famiglia di origine: l'uomo abbandonerà il ruolo ricoperto in Italia per assumere la mascolinità richiesta dall'ambiente. In tali circostanze l'equilibrio di coppia sarà ovviamente a rischio.

Il discorso sanitario sugli immigrati musulmani in Italia non si esaurisce ovviamente qui: per quanto riguarda l'inseminazione artificiale, ad esempio, il dibattito è aperto anche tra i musulmani (13). Ulteriori temi di approfondimento sono l'inserimento nel sistema scolastico e l'integrazione nel mondo del lavoro (14). Come anche le problematiche e l'arricchimento derivante dai matrimoni misti, le festività, l'alimentazione e la macellazione, la libertà di vestirsi, le dinamiche organizzative e di interazione, la questione delle intese e il problema della rappresentanza dell'Islam italiano (15).

Un'ultima nota sugli stranieri in Italia riguarda l'identità degli immigrati. Molti giovani della seconda generazione mettono l'accento sulla ricchezza della doppia appartenenza, giudicata in senso decisamente positivo (16). A questo proposito Edward Said, di origine palestinese ma da tempo docente alla Columbia University di New York, osserva: "A volte mi sembra di essere un ammasso di correnti in flusso continuo. Preferisco quest'immagine all'idea di un Io solido, di un'identità fissa alla quale, pure, la gente attribuisce tanta importanza" (17).

15 Vedi S. Ferrari (a cura di), *Musulmani in Italia: la condizione giuridica delle comunità islamiche*, Il Mulino, Bologna, 2000; F. Calvanese, *L'immigrazione in Italia: stato della ricerca e problematiche connesse*, F. Merone e C. Schmoll, *Marocchini d'Italia: il caso di Poggiomarino multietnica*, G. Mottura, *Immigrazione e lavoro in Emilia-Romagna*, M. A. Bernardotti, *L'istituzione dei servizi per l'immigrazione di Bologna: valutazione di un'esperienza*, in "Afriche e Orienti", II (2000), n. 3-4; R. Guolo, *Le tensioni latenti nell'Islam italiano*, e F. Perocco, *Il radicamento sociale degli immigrati*, in C. Saint-Blancat, *op. cit.*, rispettivamente pp. 159-73 e 93-117.

Un problema di identità: la ricchezza della doppia appartenenza

149

Keiron

16 L. Babès, *L'altro islam. Un'indagine sui giovani musulmani e la religione*, Edizioni Lavoro, Roma, 1997, p. 144.

17 E. W. Said, *Sempre nel posto sbagliato*, Feltrinelli, Milano, 2000, p. 307.