UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN

Scienze delle professioni sanitarie della Prevenzione

a.a. 2006-2007
1° anno

MONOGRAFIA DI DISCIPLINE DEMO-ETNO-ANTROPOLOGICHE SU "LAVORATORI MIGRANTI IN ITALIA: ANALISI DI UN'ESPERIENZA PERSONALE SU UN FENOMENO IN ESPANSIONE"

Prof. FAVERO GIANLUCA

STUDENTE

Fabrizio De Pasquale.

Servizio Sanitario della Toscana

ASL Empoli

AGENZIA PER LA FORMAZIONE

Direttore Danilo Massai

"Non è lo studioso a "scegliere" per ragioni strettamente disciplinari il proprio tema di studi: al contrario, la sensazione fondamentale dell' "Essere afferrati" è che la verità ci sceglie, e non già che siamo noi ad aver scelto la verità. Ma è appunto questa sensazione di "venire scelti" a indurci nel contempo ad assumerci le nostre responsabilità".

Karoly Kerenyi

- **Introduzione**

Ritengo sia stata una decisione attenta e lungimirante quella di inserire nel corso di laurea magistrale in Scienze della Prevenzione un ciclo di lezioni relative alle discipline Demo-Etno-Antropologiche, in quanto viviamo in un contesto ambientale multietnico, che si rafforzerà sempre di più in futuro. Stiamo affrontando situazioni ed esperienze, anche in ambito lavorativo, che ci pongono in relazione con altre etnie, senza essere adeguatamente preparati per capire, agire e farci comprendere dai nostri interlocutori.

Io, ormai da diversi anni, svolgo l'attività di tecnico della prevenzione, operando in un servizio di medicina del lavoro dell'AUSL di Modena, pertanto ho avuto modo di constatare come si è evoluto nel tempo il rapporto con cittadini (lavoratori ed imprenditori) stranieri.

Mi sono reso conto che spesso agiamo istintivamente e inconsapevolmente, senza riflettere abbastanza sul fatto che il significato della comunicazione, in ingresso e in uscita, dipende anche dal chi siamo e da dove veniamo. L'interpretazione del linguaggio, verbale e non, può cambiare in funzione del modo in cui ci rapportiamo a colui che è "diverso", pertanto il risultato che portiamo a casa non può essere lasciato al caso. Una riflessione su esperienze di lavoro che hanno portato a rapportarmi con altre etnie, è stato per me un utile esercizio per comprendere meglio alcune relazioni di causa-effetto.

Il crescente impiego di lavoratori extracomunitari nel nostro paese, con le peculiarità che li caratterizzano, pone la necessità di considerare la provenienza del lavoratore come una variabile da studiare all'interno del fenomeno infortunistico al fine di porsi alcune semplici domande: i lavoratori stranieri possono essere considerati come categoria a maggior rischio di infortunio sul lavoro? Quale deve essere il giusto atteggiamento da tenere nei confronti di lavoratori provenienti da altri stati e con diversi vissuti personali? Ed ancora: quali possono essere i principali fattori di criticità e quali i possibili percorsi di risposta al problema?

Vorrei quindi realizzare questa breve monografia analizzando una recente esperienza lavorativa, che mi ha portato a relazionarmi con un lavoratore extracomunitario, esperienza che mi ha dato motivo di riflessione profonda.

Cercherò di valutare e descrivere le influenze che le radici culturali hanno sul comportamento dei popoli e identificare i fattori culturali ed etnici da tenere presenti al fine di privilegiare un adeguato intervento tecnico-assistenziale.

Inoltre colgo questa occasione per effettuare una breve considerazione sul vissuto personale, che i tecnici della prevenzione in talune circostanze, sostengono nello svolgimento delle proprie funzioni.

- **Premessa**

Le migrazioni sono un fenomeno mondiale: secondo una stima dell'ONU (2000) i migranti nel mondo sono 175 milioni, vale a dire il 2,9% della popolazione totale (6 miliardi nel 2000, saliti a 6,2 a fine 2002). In Italia i primi flussi di immigrazione, come fenomeno di massa, sono iniziati negli anni settanta. Non possiamo quindi più considerarci un paese di recente esperienza migratoria: trent'anni secondo i ritmi serrati d'oggi sono tanti.

Questo quadro ci pone davanti al fatto che la compresenza plurietnica è ormai la norma e non più l'eccezione.

L'Italia ha flussi di immigrazione fra i più alti d'Europa, in particolare in Emilia Romagna (la regione in cui opero) gli extracomunitari sono pressochè quadruplicati negli ultimi 9 anni e rappresentano oggi il 6,5% della popolazione residente. Il luogo di lavoro rischia perciò di essere fonte di conflitti interculturali e di forme di discriminazione.

La più recente indagine dell'ISTAT, che fotografa la situazione nazionale anche dal punto di vista demografico ed etnografico, risale al maggio 2007. In sintesi riferisce di una società multietnica, povera ed anziana. Il saldo migratorio ufficiale con l'estero, ormai da tre anni, si chiude con un incremento di circa 10 unità ogni 1000 residenti e la quota di immigrati in Italia si attesta oggi ad una quota prossima ai 3.000.000. Molti, dunque degli stranieri in Italia, venuti per lavoro finiscono per restare, costituendo un capitale umano con cui il paese si deve confrontare.

La caratteristica peculiare dell'immigrazione in Italia è il policentrismo: gli stranieri soggiornanti al 31 dicembre 2002 provengono da ben 191 Stati.

Per raggruppare l'ottanta per cento degli immigrati occorrono almeno 30 nazionalità. Si tratta di un dato costante negli anni, che sembra caratterizzare, in modo strutturale, il fenomeno, determinando un modello migratorio simile solo a pochi altri casi nel mondo.

Tale policentrismo trova la sua causa innanzitutto in aspetti di tipo geografico. L'Italia è un vero e proprio crocevia per i flussi provenienti dall'Africa, sia settentrionale che sub-sahariana, e dall'Europa Balcanica da dove giungono anche molti cittadini dell'estremo oriente.

Contemporaneamente assistiamo a un processo di stabilizzazione di sei paesi, che si caratterizzano per almeno 50.000 presenze. Si tratta del Marocco e dell'Albania, che insieme arrivano al 23 % del totale dei soggiornanti, seguite da Romania, Filippine, Cina e Tunisia. La ripartizione continentale degli immigrati conferma, anche nel 2002, il trend iniziato ormai qualche anno fa con il costante aumento percentuale degli europei provenienti dai paesi dell'Europa centro-orientale (30,7 %). Gli europei, nel loro complesso, rappresentano il primo continente per numero di presenze (più di 600.000), seguiti dagli immigrati provenienti dall'Africa (26,5% del totale), dall'Asia (18,5 %) e dall'America (solo 11,8 %).

In Italia la maggior parte dei cittadini stranieri (oltre 2 milioni) si concentra al nord e nel centro; è la Lombardia ad avere il numero più alto di immigrati, seguita dall'Emilia Romagna e dal Veneto. I migranti di religione cristiana sono circa il 50%, seguono i mussulmani (33%) e le religioni orientali (5%).

I motivi di soggiorno dei cittadini immigrati che dimorano in Italia, raggruppati per continente di provenienza, indicano che i paesi dell'America centro-meridionale spiccano per un'elevata incidenza dei motivi familiari.

Sono invece accentuati i motivi di lavoro, sia subordinato che autonomo, tra i cittadini dell'Africa centrale (soprattutto dal Senegal, Ghana, Nigeria), dell'Africa settentrionale (Egitto e Tunisia), dell'Asia orientale (Cina e Filippine) e dell'Asia centro-meridionale (Bangladesh, Pakistan e Sri Lanka).

Infine, va sottolineato che l'incidenza dei motivi religiosi è più elevata tra i pochissimi immigrati dell'Oceania e dell'Africa centro-meridionale, ma è superiore al dato nazionale per quanto riguarda i cittadini nord americani ed europei.

Ma come vive, cosa fa questo esercito con tante divise arrivato in cerca di fortuna?

Gli stranieri sono dislocati in precise aree geografiche: l'88% risiede al centro-nord; sono giovani: circa uno su due ha un'età compresa tra 18 e 40 anni e oltre uno su cinque è minorenne; creano famiglia e fanno figli: i bambini nati in Italia rappresentano ormai il 10% del totale delle nascite.

Gli stranieri creano famiglia anche se i lavori che fanno non consentono redditi alti, infatti le professioni che svolgono sono prevalentemente a bassa specializzazione. Quasi tre stranieri su quattro sono operai o svolgono un lavoro non qualificato, anche se sui percorsi lavorativi incide molto la collettività di appartenenza. Stranieri sono anche il 32% dei carcerati.

- **Analisi del fenomeno infortunistico**

Recenti stime INPS elaborate su dati del Ministero dell'Interno – INPS - INAIL, indicano in circa 1,9 milioni di lavoratori immigrati su un totale di presenze di 2,4 milioni che rappresenta il 4 % della popolazione generale[1]. Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi agli infortuni occorsi a lavoratori immigrati nel periodo 2001 – 2003, per sesso e paese di nascita.

Tabella n. 1

CASI DI INFORTUNIO OCCORSI A LAVORATORI EXTRACOMUNITARI PER PAESE DI NASCITA *(a)* - ANNI EVENTO 2001 - 2003

	UOMINI			DONNE			TOTALE		
PAESE	**2001**	**2002**	**2003**	**2001**	**2002**	**2003**	**2001**	**2002**	**2003**
Marocco	14.120	18.885	19.742	1.384	1.841	2.007	15.504	20.726	21.749
Albania	7.241	10.029	12.410	715	1.161	1.391	7.956	11.190	13.801
Romania	2.038	3.635	6.669	590	1.083	1.741	2.628	4.718	8.410
Tunisia	4.465	5.946	5.970	255	361	398	4.720	6.307	6.368
Jugoslavia	3.642	4.209	4.556	637	770	728	4.279	4.979	5.284
Senegal	3.682	4.226	4.422	110	180	189	3.792	4.406	4.611
Egitto	1.526	1.847	2.229	69	98	117	1.595	1.945	2.346
India	1.340	1.740	2.129	79	129	144	1.419	1.869	2.273
Macedonia	1.125	1.602	2.022	67	94	125	1.192	1.696	2.147
Altri Paesi	19.376	25.615	29.317	5.726	8.209	9.473	25.102	33.824	38.790
TOTALE	**58.555**	**77.734**	**89.466**	**9.632**	**13.926**	**16.313**	**68.187**	**91.660**	**105.779**

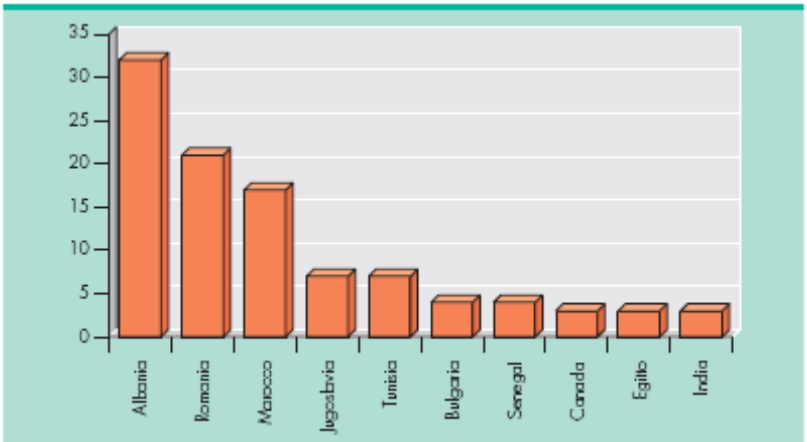
(a) Dati provvisori. Aggiornamento febbraio 2004.

[1] Bollettino INAIL n. 4 - aprile 2004.

In questo ambito, è possibile rilevare che il numero assoluto degli eventi è aumentato sensibilmente nel periodo considerato, sino a superare la soglia dei 105.000 infortuni avvenuti nel 2003, di cui 147 con esito mortale (pari al 11 % circa del totale nazionale).

Nella tabella seguente sono riportati gli eventi mortali ripartiti per i primi dieci paese di nascita dell'immigrato, da cui emerge che quasi la metà degli infortuni riguarda lavoratori originari di Albania, Romania e Marocco, mentre sono di scarso rilievo gli eventi riguardanti lavoratori cinesi e filippini. Questo grafico evidenzia bene la distribuzione proporzionale tra gli eventi accaduti e la presenza percentuale delle varie etnie nel nostro Paese ed inoltre anche la relazione che vi è tra gli infortuni mortali e l'occupazione di addetti stranieri nei cantieri edili.

Tabella n. 2 – Infortuni mortali occorsi a lavoratori extracomunitari (primi dieci paesi di nascita) –



In tabella n. 3 e seguenti sono riportati i dati infortunistici relativi all'anno 2003 ripartiti per l'insieme dei lavoratori immigrati e non, con l'obiettivo di sviluppare un confronto tra i due gruppi in esame. In particolare nelle tabelle n. 4 e n. 5 viene calcolata l'incidenza percentuale (numero di eventi/popolazione esposta) sia degli infortuni che degli eventi con esito mortale. Inoltre, allo scopo di valutare più compiutamente il significato, anche numerico, delle differenze riscontrate è stato calcolato anche il delta, ovvero la proiezione degli ipotetici casi che si sarebbero verificati, o che si sarebbero evitati, applicando il tasso di incidenza dell'uno o dell'altro gruppo.

Tabella n. 3 – Dati infortunistici 2003 confronto immigrati/non immigrati –

	Totale	Immigrati	Non immigrati
Lavoratori	22.054.250	1.900.000	20.145.250
Infortuni	896.756	105.749	790.977
Infortuni mortali	1269	147	1149

In altri termini, applicando il tasso di incidenza dei lavoratori non immigrati agli immigrati avremo avuto 31.679 casi attesi in meno rispetto al reale, mentre, al contrario, applicando il tasso di incidenza dei lavoratori immigrati ai non immigrati si sarebbero attesi 337.661 eventi aggiuntivi rispetto a quelli effettivi (v. tabella n. 4).

Analoghe considerazioni possono riguardare anche la tabella n. 5, riferita agli eventi con esito mortale.

Tabella n. 4 – Dati infortunistici 2003 ripartizione percentuale –

	Totale	Immigrati	Non immigrati
Lavoratori	100 %	8,6 %	91,4 %
Infortuni	100 %	11,8 %	88,2 %
Incidenza percentuale	-	5,6 %	3,9 %
Delta (attesi - reali)	-	**- 31.679**	-
Delta (attesi - reali)	-	-	**+ 337.661**

Tabella n. 5 – Infortuni mortali 2003 ripartizione percentuale –

	Totale	Immigrati	Non immigrati
Lavoratori	100 %	8,6 %	91,4 %
Infortuni mortali	100 %	11,5 %	88,5 %
Incidenza percentuale	-	7,7	5,5
Delta (attesi - reali)	-	**- 41**	-
Delta (attesi - reali)	-	-	**+ 437**

- **Il racconto**

Erano le 13,30 di una domenica qualsiasi e stavo pranzando assieme alla mia famiglia ed ai miei genitori come spesso accade nei giorni di festa.
Ma a volte non per tutti è festa e, proprio la festività costituisce un ulteriore fonte di pericolo per lavoratori che operano in un contesto di straordinarietà.

Quel 10 di marzo ero di reperibilità festiva per eventuali infortuni in ambito lavorativo, ma ormai confidavo che la mia domenica potesse concludersi senza interventi d'emergenza.
Invece il telefonino aziendale della Pronta Disponibilità squillò e come sempre accade in quei casi non vi è ambiguità di sorta: il 118 mi informava che vi era stato un grave infortunio sul lavoro.

Gli accertamenti che i tecnici della prevenzione devono effettuare in simili circostanze sono di polizia giudiziaria e servono al magistrato, che deve giudicare sull'infortunio, per valutare se vi siano state o meno responsabilità delle parti.

Così mi recai sul luogo dell'incidente e mentre guidavo pensavo a chi poteva essere l'infortunato di turno: gli ultimi tre casi gravi o mortali che mi si erano presentati più di recente riguardavano lavoratori stranieri o comunque italiani migranti. Erano tre infortuni accaduti rispettivamente sui cantieri per la costruzione della linea ferroviaria ad alta velocità, dove sono impiegati lavoratori italiani provenienti dal sud Italia, e in un'officina metalmeccanica dove ormai si impiegano lavoratori extracomunitari anche per attività di medio profilo professionale.

In questo caso si trattava di una ditta di medie dimensioni leader nella fabbricazione di laterizi per l'edilizia.

Quella dell'infortunio grave, è sempre un'esperienza emotivamente intensa, per chi deve eseguire gli accertamenti di polizia giudiziaria. Nel caso di un esito mortale è complicato già il primo momento, quando si devono eseguire gli accertamenti col cadavere ancora presente, mentre nel caso di postumi invalidanti è meno traumatico l'inizio dell'inchiesta, ma spesso diventa poi ancora più toccante nel momento in cui ci si confronta col lavoratore ancora ricoverato, frequentemente menomato fisicamente e psicologicamente.

Il viaggio verso il luogo dell'infortunio è un momento preliminare, una sorta di rito durante il quale il tecnico della prevenzione comincia a pensare al luogo, a chi avrà dinnanzi, all'infortunato, ed inizia una preparazione interiore verso l'inchiesta che lo attende.

Nel caso in questione cominciavo a chiedermi se l'infortunato fosse stato ancora vivo o meno, se fosse stato giovane o anziano, di nazionalità italiana o straniera. Queste considerazioni vengono fatte anche per supporre con chi occorra relazionarsi tra datori di lavoro, dirigenti, preposti, colleghi, consulenti: insomma un intero mondo che in quel momento gravita intorno a quell'evento. E intanto tu sei naturalmente solo.

Arrivato sul luogo dell'incidente fui condotto in un grande capannone ancora in fase di apprestamento, desolatamente vuoto se non per quegli impianti in fase di installazione; erano ancora presenti i Vigili del fuoco, accorsi per estrarre l'infortunato rimasto incastrato sotto un pesante macchinario. Vidi parecchio sangue sul pavimento, ma il corpo non c'era e questo di solito è segno che il lavoratore è ancora vivo.

I vigili del fuoco mi spiegarono la situazione che si erano trovati di fronte: un lavoratore apparentemente privo di sensi che era rimasto schiacciato ed intrappolato sotto il telaio di una macchina per impacchettare automaticamente i laterizi.

L'infortunato extracomunitario, era rimasto per circa venti minuti compresso con l'addome sotto la macchina, immobile e privo di parola; le operazioni di soccorso erano perdurate in quanto solo l'arrivo dei tecnici installatori aveva permesso l'estrazione del corpo che non dava più segni di vita.

Nel frattempo era giunta anche l'autolettiga del 118 che aveva provveduto a constatare che l'infortunato era ancora in vita e quindi l'aveva recapitato presso l'ospedale attrezzato più vicino (Bologna).

Il compito dei soccorritori era terminato ed ora cominciava il mio lavoro di ricostruzione dell'incidente. Davanti a me vidi il collega dell'infortunato che era intervenuto per prestare i primi soccorsi, sconvolto e con le lacrime agli occhi. Vi erano poi i tecnici incaricati dell'installazione dell'impianto, più distaccati e razionali ed anche i dirigenti della ditta, visibilmente inquieti nell'attesa nervosa dell'arrivo dei propri consulenti.

Mi rapportai per primo con gli installatori i quali, sentendosi coinvolti in modo minore, erano i più disponibili a dare ragguagli ed erano anche i più informati dal punto di vista tecnico. Continuai quindi con i rilievi dei "luoghi e delle cose" rapportandomi di tanto in tanto con la dirigenza. Infine chiesi di sentire privatamente coloro che avevano assistito all'infortunio per acquisire e verbalizzare le loro informazioni testimoniali.

Di queste la più toccante e anche la più complessa fu quella rilasciata dal collega che era presente al momento dell'incidente, colui che portò i primi soccorsi. A parte la comprensibile emotività legata alle sue dichiarazioni mi stupiva il fatto che parlasse del suo collega al passato, quasi parlasse di un morto. Forse visti gli esiti finali dell'infortunio, una paraplegia permanente a livello di L1, sentiva a priori che il ferito non sarebbe più stato suo collega di lavoro.

Trascorsi alcuni giorni durante i quali mi tenevo informato sulle condizioni dell'infortunato, mi recai all'Ospedale Maggiore di Bologna per interrogarlo sull'accaduto, in quanto era uscito dalla terapia intensiva. Avevo chiesto ed ottenuto dai sanitari che la mia visita gli venisse anticipata e spiegata. I medici con i quali mi ero consultato mi avevano fatto presente che Hamza (questo è il nome dell'infortunato di origine marocchina) era rimasto paralizzato e che vi erano poche possibilità che potesse recuperare, mi raccomandarono di mantenere nascoste queste informazioni poiché il paziente era ancora all'oscuro di tutto.

Le notizie che mi erano state fornite dai vari interlocutori parlavano di un uomo di mezza età, giunto in Italia da oltre 10 anni, regolarmente assunto presso la ditta da sei anni, durante i quali aveva ricoperto varie mansioni (alcune anche umilianti in quanto di carattere "punitivo"), con trascorsi problemi di alcol, pochi amici, difficili rapporti con i colleghi ad eccezione di colui col quale era in turno il giorno dell'infortunio. Sostanzialmente una persona generosa ed operosa anche se incostante.

Nei 10 anni della sua permanenza in Italia era riuscito a regolarizzazione la propria situazione di immigrato, a ricongiungersi con la moglie, a trovare un monolocale in affitto e da pochi mesi era diventato padre. Tutto sommato non poco per un ex clandestino.

L'ambiente ospedaliero è sempre difficile da affrontare per me e quella piovosa mattina di marzo lo fu maggiormente. Entrai nel reparto e fui accolto da un medico molto premuroso che mi aggiornò sullo stato di salute di Hamza e mi raccomandò la massima cautela. Fui poi accompagnato nella stanza di degenza, dove erano ricoverati otto malati e subito intuì chi fosse Hamza, dal colore della pelle, ma soprattutto dalla solitudine dei suoi occhi impauriti e doloranti.

Mi chiedevo in quegli istanti cosa potesse provare una persona sola, in terra straniera, lontano dalla moglie e dal figlio, sofferente, totalmente dipendente da altri per ogni necessità più intima, senza capire cosa stia accadendo al proprio corpo che non risponde più al cervello.

All'ottavo piano di in un luogo fatiscente a metà tra un rifugio e una prigione.

All'improvviso mi tornò alla mente il ricordo di mio nonno che aveva vissuto un'esperienza simile durante la seconda guerra mondiale: era prigioniero in Germania, quando durante un bombardamento aereo degli alleati rimase ferito alle gambe da una granata. Si trovava in un rifugio antiaereo sotterraneo, incapace di muoversi e con l'acqua delle tubazioni rotte che stava allagando il rifugio; tutti erano scappati e lui si mise ad urlare. Alcune ore più tardi le richieste d'aiuto vennero captate da un connazionale che lo aiutò ad uscire e lo lasciò sulla strada. Siccome gli ospedali militari erano tutti pieni venne prelevato dalla croce rossa e portato in un ospedale civile, dove rimase per un intero anno. Si trovò solo a lottare contro l'amputazione della gamba, senza conoscere la lingua tedesca , quindi senza poter conferire con medici e degenti, aiutato caritatevolmente da alcuni congiunti di altri malati, stabilendo una relazione non verbale con i sanitari. Un anno di solitudine e sofferenza è lunghissimo.

Ritornando ad Hamza rammento che fui presentato da una dottoressa, la quale mi introdusse e ci portò in un ambulatorio affinchè potessimo conferire senza fonti di disturbo e nel rispetto della privacy.

La sua diffidenza e il suo timore erano tangibili, c'era come un muro tra noi, Hamza pareva completamente avulso dal contesto. Non fu facile intenderci, anche perché intuii che egli mi vedeva come un pericolo, probabilmente aveva paura che gli imputassi delle colpe per l'incidente che lo vedeva coinvolto. Cominciai a parlare spiegandogli chi fossi e quale era il mio compito: ricostruire i fatti per valutare se vi fossero delle responsabilità da parte del suo datore di lavoro. Cercai anche di fargli capire che nel caso in cui fosse stato vittima di una carente organizzazione aziendale, quindi un creditore di sicurezza e di informazioni, si sarebbero potute aprire per lui le vie legali di risarcimento. Nonostante lo sforzo non riuscii ad instaurare un rapporto ma dovevo comunque procedere con la verbalizzazione del poco che mi raccontava.

Mi resi conto che in quel momento, in quel luogo, il mio ruolo era sicuramente poco chiaro: per Hamza non ero un operatore sanitario della clinica, ero uno sconosciuto che faceva delle domande specifiche e calzanti, uno sconosciuto che trascriveva sterilmente le sue risposte. Alla fine gli chiesi anche di firmare quanto io avevo verbalizzato.

Prima di andarmene cercai di assisterlo, lo aiutai a bere con una cannuccia e lo accomodai nel letto con riguardo. Fu in quei momenti che si lasciò un po' andare, confidandomi che nonostante i medici gli dicessero che stava guarendo, stranamente non riusciva a sentire le gambe ed il bacino. Provai quindi a fargli vedere anche le fotografie che avevo scattato sul luogo dell'infortunio per tentare di farmi raccontare di più, ma la sua reazione è stata negativa: con le lacrime agli occhi mi disse che non riusciva a vedere le foto e a rivivere l'evento. Mi rivelò però che subito dopo l'infortunio, quando era ancora schiacciato sotto il macchinario e i soccorritori credendolo morto parlano ad alta voce, egli era in grado di sentirli ma non di comunicare e questo gli procurò una forte angoscia.

Dopo un paio di ore l'ultima cosa che feci prima di andarmene fu quella di dargli il mio recapito telefonico, se avesse avuto voglia di raccontarmi qualcos'altro poteva tranquillamente contattarmi e rivedermi.

Nei giorni seguenti ripensando al colloquio in ospedale, comincia a riflettere che comunque non potevo aspettarmi da Hamza una confessione piena dell'accaduto, se non altro perché ai suoi occhi ero uno sconosciuto, perché comunque la sua azienda era per lui un importante punto di riferimento, che gli erogava uno stipendio assolutamente indispensabile e gli accompagnava la moglie nei fine settimana. Hamza aveva comunque bisogno della sua ditta, in quanto era l'unico interlocutore che conosceva. Con me era stato reticente in quanto probabilmente mi vedeva come un pericolo, come qualcuno che poteva interferire sull'unico riferimento che aveva.

Cercai quindi un altro interlocutore che potesse mediare il nostro rapporto, mi rivolsi al collega di lavoro che lo aveva soccorso durante l'infortunio, chiedendogli di spiegare ad Hamza quale fosse il mio ruolo.

Trascorsero circa 20 giorni, nel frattempo Hamza venne trasferito in una struttura specializzata per il recupero dei traumatizzati in Romagna, ed un giorno il mio cellulare squillò evidenziando un numero non conosciuto: era Hamza. Il suo italiano era notevolmente migliorato ed anche la sua disponibilità, infatti pur non dicendomi apertamente che voleva ritrattare la sua deposizione, cercò di instaurare un rapporto facendomi delle domande su quanto avessi accertato dalle mie indagini.

Da quel momento Hamza cominciò a cercarmi sempre più frequentemente chiedendomi anche consigli su come avrebbe dovuto rapportarsi con la sua azienda. Credo avesse maturato la consapevolezza dei propri diritti e che quindi da imputato si sentisse vittima.

Un giorno di maggio l'usciere della mia azienda mi telefonò per avvisarmi che all'ingresso c'era una persona molto agitata che non si qualificava e che chiedeva insistentemente di me.

Pur non avendogli mai detto l'indirizzo del mio luogo di lavoro, Hamza era arrivato da solo, con la sua carrozzella elettrica, fino a me . Rimasi stupito dalla maniera in cui si presentò, come fossimo stati vecchi amici chiese di avvicinarmi, mi gettò le braccia al collo e mi baciò: rimasi esterrefatto. Ero anche un po' imbarazzato in quanto fece tutto questo nell'atrio centrale davanti ai miei colleghi di lavoro e all'utenza presente. Il suo atteggiamento era completamente cambiato rispetto alla prima volta in cui ci eravamo incontrati, mi chiese se avessi tempo per ascoltarlo.

Fu proprio in quel frangente che il mio stupore aumentò: infatti Hamza oltre a riferirmi volontariamente ulteriori particolari del suo infortunio, cominciò a parlarmi anche dei suoi problemi di salute. Mi confidò che i medici gli avevano riferito che non avrebbe più potuto camminare ed anche che "non si sentiva più uomo". Si riferiva al fatto che era rimasto impotente. La sua vita era diventata un dramma.

Da quel momento diventai per lui un punto di riferimento per i più svariati motivi, mi invitò a casa sua a conoscere la sua famiglia, mi volle rendere partecipe delle sue vicissitudini. Non fu facile per me riequilibrare il nostro rapporto che si era trasferito dal lato professionale a quello personale.

Ogni tanto Hamza compariva presso il mio ufficio e mi confidava tutte le sue difficoltà personali: dei rapporti difficili con la giovane moglie, della sua pesante depressione dovuta al fatto che con l'infortunio aveva perso una propria identità. Mi parlava dei problemi economici che doveva affrontare in quanto la ditta aveva smesso di pagarlo e neppure l'INAIL provvedeva a liquidarlo. Dei faticosi rapporti con i vari enti, con la legge e la burocrazia italiana che uno straniero non riesce a comprendere e gestire.

Quest'esperienza credo abbia creato un legame, un rapporto bilaterale di reciproco rispetto e fiducia, un motivo di arricchimento per entrambi. Soprattutto per me, infatti mi sento lusingato e ben voluto quando, saltuariamente anche adesso, mentre sono in giro per Modena intravedo una carrozzella azzurra che mi rincorre dicendo "ciao dottore, tutto bene, salutami tua moglie e le tue bimbe".

Considerazioni sul problema infortunistico

Alla luce di quanto sopra descritto è possibile fare le seguenti valutazioni:

- il *gruppo* dei lavoratori immigrati presenta un'incidenza infortunistica significativamente superiore a quella del resto della popolazione lavorativa italiana, in relazione ai dati *ufficiali* (fonte INAIL 2004);
- i diversi tassi di incidenza mostrano una situazione piuttosto critica, ben evidente se i dati vengono letti come eventi aggiuntivi *attesi* o *evitabili*;
- il trend è analogo circa gli infortuni con esito mortale che per quelli con prognosi superiore a tre giorni (v. tabelle n. 4 e n. 5).

Tali risultanze possono essere interpretate soprattutto in relazione alle oggettive situazioni di maggior difficoltà che caratterizzano i lavoratori extracomunitari, rispetto alla media dei lavoratori italiani per una serie di fattori, tra cui possiamo elencare:

- maggiore rischiosità dei lavori svolti (soprattutto per le etnie albanesi, marocchine e rumene);
- problemi di comprensione linguistica, con i relativi problemi a carattere comunicativo;
- reale difficoltà di formazione/informazione sulle misure di sicurezza;
- diversa sensibilità e approccio culturale alle tematiche a carattere preventivo, in particolare sul luogo di lavoro;
- probabile differenza nella percezione del rischio lavorativo;
- condizione di maggiore debolezza con conseguente disponibilità ad accettare le mansioni più umili e pericolose, a maggior rischio, e più usuranti;
- minore potere contrattuale nei confronti dei datori di lavoro o appaltatori d'opere, minore capacità di relazione con sindacati e organi di vigilanza;
- situazioni di vita extralavorativa di maggior precarietà che incidono sul benessere psicofisico dell'individuo.

Si può certamente affermare che espressioni tipiche della cosiddetta "crisi di adattamento" di lavoratori stranieri sono le malattie professionali e gli infortuni, dovuti sia a situazioni lavorative non tutelate, sia alla difficoltà ad adattarsi ad ambienti, attrezzature, sostanze, ritmi di lavoro che gli sono del tutto estranei. Appare evidente, che gli immigrati extracomunitari si trovano in una condizione di svantaggio e di maggiore vulnerabilità per quanto riguarda l'accesso al lavoro e di

condizioni lavorative rispetto alla media della popolazione italiana. Inoltre, è possibile affermare che la contingenza del vissuto di precarietà sociale economica e culturale, nella condizione di emigrato, non è certo tale da favorire lo sviluppo di una cultura della prevenzione, che va dalla consapevolezza del rischio all'acquisizione di atteggiamenti e comportamenti preventivi (che passano ad esempio per l'identificazione dei concetti di professionalità e sicurezza).

In questo ambito, non è peraltro secondario il fatto che l'evoluzione della dinamica infortunistica mostra che la causa degli eventi è sempre meno da ricercare nella "macchina", ma più frequentemente in errori organizzativi e comportamentali, ed appare, quindi, indiscutibile il rilievo delle difficoltà di garantire una adeguata informazione del lavoratore sui rischi e sulle cautele da adottare per eliminarli.

Questo è anche il caso di Hamza in quanto si è reso disponibile a prestare servizio di domenica, si è trovato in reparto da solo, su un impianto nuovo in fase di collaudo, impreparato ad affrontare situazioni di emergenza per un fermo impiantistico, nella consapevolezza di non poter "perdere tempo" prezioso. L'infortunio che l'ha coinvolto, è stato generato da una serie di concause da ricondurre principalmente ad un comportamento imprudente ed istintivo, che trova spiegazione:

- nel timore reverenziale nei confronti della proprietà (il lavoratore era appena stato spostato di mansione dopo un periodo di attività "punitiva" che lo aveva portato ad effettuare solo le pulizie aziendali);
- nella mancata informazione e formazione necessaria per operare su impianti nuovi e complessi (era il primo giorno che lavorava su quell'impianto);
- nella differente percezione di situazioni di rischio, tanto che il collega che era giunto in suo aiuto si era rifiutato di effettuare quelle operazioni di sblocco impianto.

Risulta, pertanto, necessario muoversi nella direzione di approntare modelli di informazione che consentano di superare le difficoltà linguistiche e culturali (già diverse sono le iniziative avviate in tal senso).

A tale proposito, è appena il caso di sottolineare che l'acquisizione di comportamenti sicuri passa per la modifica di atteggiamenti, che sono determinati da scale di valori sulle quali è necessario intervenire mediante strumenti che travalicano di gran lunga il semplice aspetto conoscitivo. In tale logica è irrinunciabile la messa a punto di strumenti comunicativi sufficientemente raffinati e specifici. È probabile, pertanto, che vada concertato uno sforzo consistente: sia le organizzazioni imprenditoriali che quelle sindacali devono trovare risorse per favorire una crescita, anche nei lavoratori extracomunitari, della consapevolezza del rischio e della cultura della sicurezza.

L'organizzazione di incontri mirati con i lavoratori, anche per comparti produttivi, che vedano il concorso di competenze specifiche (addetti alla sicurezza, medici del lavoro, interpreti, psicologi) potrebbe portare un valido contributo al percorso di miglioramento.

Senza dubbio un simile approccio determinerà dei costi aggiuntivi non secondari, ma abbiamo imparato, ormai da tempo, che il costo degli infortuni e delle malattie professionali che l'intera società deve accollarsi, è decisamente superiore, in particolare per quanto riguarda i lavoratori extracomunitari.

- **Valutazioni socio-antropologiche**

Dal punto di vista antropologico si possono fare alcune considerazioni.

Innanzi tutto "l'antropologia linguistica" ci evidenzia il fatto che il linguaggio funge da filtro e come tale può interferire sulla comprensione. Quando ci rapportiamo con una persona straniera occorre sempre tenere presente questa potenziale limitazione. Anche nell'esperienza lavorativa che ho raccontato sopra, ritengo che il linguaggio possa avere influito nelle difficoltà di comunicazione che Hamza ha avuto con la sua ditta e con me durante il primo contatto.

Pensò però che abbiano influito maggiormente altri aspetti, quali ad esempio l'improvvisazione del contatto e la mancanza di tempo sufficiente per stabilire un rapporto di fiducia. Infatti appena giunto al letto dell'infortunato questi ha frapposto una barriera fra di noi, soltanto dopo un po' di tempo, nel quale mi sono posto con un atteggiamento d'ascolto (anche del suo dolore) mi ha reso spontaneamente le sue dichiarazioni. Per cercare di costruire un rapporto che ci consentisse di stabilire un dialogo aperto e franco, ha influito in modo determinante il fatto di lasciare all'infortunato il mio numero di telefono, al termine dell'interrogatorio.

Proprio questo gesto ha funzionato come elemento "ponte" verso il mio interlocutore, il quale, dopo un po' di tempo fisiologico per l'elaborazione dell'esperienza, ha pensato di contattarmi, finalmente era lui che "veniva" verso di me.

L'"antropologia del rischio" invece si propone di delineare i principali approcci antropologici alla nozione di rischio. L'analisi dei processi sociali di attribuzione di colpa (blaming) dopo eventi catastrofici (disastri ambientali, calamità, gravi malattie etc.), sia in società primitive, sia nella nostra società occidentale, mostra una fondamentale relazione tra sistemi sociali, razionalità delle credenze native rispetto ai nessi casuali, e rappresentazioni simboliche dell'ambiente naturale.

La particolarità dell'approccio antropologico (Douglas, Thompson) consente di comprendere come, in ogni società, le istituzioni sociali contribuiscano a costruire la percezione del pericolo, del rischio e le categorie di colpa.

L'"antropologia medica" ci insegna poi che la malattia, in tutte le società è un evento (deviante) che viola la norma sociale e la "Normalità" ("l'incorporamento-embodiment" come idea che lega i due mondi del corpo e dello spirito).

Occorre però considerare che la malattia e il dolore assumono significati differenti a seconda del contesto sociale in cui un uomo vive. Anche la risposta comportamentale alla malattia e il ruolo del malato sono fortemente influenzati da fattori come l'appartenenza ad una classe sociale, o le differenze etniche e culturali.

Un individuo che si ammala viene di norma coinvolto non solo da un punto fisico ma anche psicologico e sociale. Convive e partecipa, più o meno attivamente, a decisioni di tipo clinico-terapeutiche e sociali. I ruoli vengono riadattati e i suoi atteggiamenti cambiano conformemente alla situazione affrontata.

La malattia è una condizione "che rende incapaci di svolgere efficacemente i ruoli sociali" (Parson - Modello funzionalista), in altre parole significa che chi è normale è utile, invece colui che è malato è inutile.

Guarire è sinonimo di "un ritorno alla normalità" di una funzione o di un organo e quindi anche del corpo e dello spirito.

Nel caso di Hamza bisogna considerare come una circostanza, quale la malattia con esiti invalidanti, può avere influito sul suo vissuto interiore. Per certe culture l'evento sfavorevole è legato a credenze che colpevolizzano la vittima, in quanto sarebbe diretta conseguenza di un peccato personale.

Hamza si è trovato da un giorno all'altro immobile su un letto, solo, in una camera d'ospedale, incapace di sentire e gestire il proprio corpo, nell'impossibilità di partecipare a decisioni mediche che lo riguardavano, e probabilmente con un senso di colpa derivante da l'aver causato l'incidente sul lavoro. Oltretutto quando la malattia è cronica o i postumi sono invalidanti si percepisce l'impossibilità di ritornare "normali", quindi utili per la famiglia e la società.

Usualmente la malattia ha una funzione aggregante per i componenti della famiglia, nel caso in questione invece non è stato così, infatti Hamza non ha informato i sui famigliari in Marocco della sua condizione ed è rimasto tre mesi lontano dalla moglie in un centro riabilitativo.

L'infortunato mi ha poi raccontato l'imbarazzo e la vergogna che ha provato, dopo circa un anno dall'infortunio, nel ritornare a casa sua in Marocco per i funerali del padre, quando ha dovuto spiegare ai fratelli la sua condizione di handicappato. Fino a quel momento infatti non aveva reso noto ai parenti il fatto di essere rimasto paralizzato. Da un giorno all'altro dovette spiegare a tutti che sarebbe tornato in aereo, su un posto appositamente riservato e che sarebbe sceso con una carrozzella. Era tornato da sconfitto. La sua avventura italiana carica di tante aspettative era terminata tragicamente.

Il corpo è il primo mezzo a disposizione dell'uomo per esperire la realtà: le percezioni sensoriali, il ciclo biologico, le definizioni di confini corporei che definiscono il sè e lo distinguono dal mondo esterno, costituiscono altrettanti strumenti di contatto, di codificazione e di manipolazione del reale. Le Memorie di Adriano (Marguerite Yourcenar) fanno capire bene come si può venir a trovare una persona privata del possesso del proprio corpo: *"E' difficile rimanere imperatore in presenza di un medico; difficile anche conservare la propria essenza umana: l'occhio del medico non vede in me che un aggregato di umori, povero amalgama di linfa e sangue. E per la prima volta, stamane, m'è venuto in mente che il mio corpo, compagno fedele, amico sicuro e a me noto più dell'anima, è solo un mostro subdolo che finirà per divorare il padrone"*

Se partiamo dal presupposto che la cultura permea talmente il nostro vissuto quotidiano tanto da diventare ovvia, inconsapevole, possiamo affermare che lo stesso accade a parti del corpo che utilizziamo senza accorgercene. Ne avvertiamo la presenza solo nel momento in cui qualcosa non funziona più.

Il dolore secondo Buytendijk presuppone una reazione di fuga, seguita poi da una agonia duratura che si accompagna a sentimenti di rabbia e impotenza.

Ritengo che tali fasi siano state vissute anche da Hamza, il quale dopo l'infortunio ha visto la propria vita sconvolta da eventi incontrollabili, che si possono così riassumere: ha vissuto solo e lontano da casa per tre mesi, ha capito che non era più padrone del proprio corpo, ha percepito una rottura dell'equilibrio tra esso e l'ambiente. Ha manifestato sentimenti di rabbia con tutto il mondo che lo circondava (compresa la moglie e il figlio che se ne erano andati da casa), si è rinchiuso in se stesso per sfuggire alla quotidianità, ed infine si è sentito impotente (in tutti i sensi) nel gestire la propria condizione.

Secondo Mechanic e Volkart, durante la malattia si assiste ad una "risposta comportamentale" (illness behavior) e cioè il modo con il quale una persona che provi dolore, disagio o altri segni di disfunzione, percepisce, valuta i suoi sintomi ed agisce di conseguenza.

Hamza, dopo un periodo di circa 10 mesi, durante i quali ha prevalso una condizione di impotenza e rabbia, aiutato anche da psichiatri, è riuscito a dare una risposta comportamentale positiva alle proprie limitazioni. Ha trovato infatti una nuova abitazione confacente alla propria condizione di paraplegico, ha riallacciato un rapporto con la moglie e il figlio, ha concordato col proprio legale una strategia per la richiesta dei "danni biologici" ed ha ripreso ad uscire di casa in maniera indipendente con la propria carrozzella.

Rimangono aperti ancora tanti problemi, legati al fatto di ritrovare anche nella società un proprio ruolo riconosciuto, in quanto permane il pregiudizio che il "diverso" è solo portatore di bisogni e non di risorse. Una persona doppiamente diversa perché handicappata e straniera incontra difficoltà enormemente superiori, ma se queste vengono accettate possono essere affrontate più facilmente.

- **Conclusioni**

Sarebbe troppo semplicistico attribuire tutte le cause dell'elevata percentuale di infortuni sul lavoro a carico di lavoratori extracomunitari a ragioni prettamente linguistiche e alla scarsa informazione/formazione che viene erogata dal datore di lavoro.

Infatti seppur è vero che questi due fattori sono importanti, occorre andare oltre il mero concetto di comprensione linguistica o di sterile adempimento dell'obbligo di informazione, che troppo spesso demanda alla sola carta il compito comunicativo (opuscoli informativi).

L'interpretazione del messaggio diventa elemento cardine nella comunicazione; è necessario dialogare superando la barriera delle incomprensioni che spesso si creano tra l'immigrato e i suoi interlocutori. Tali incomprensioni si possono collocare su cinque livelli:

- ***Prelinguistico,*** relativo alla non sostenibilità delle sensazioni interiori: " Ciascun essere umano oltre ad avere un corpo è un corpo" (Pizza, 1997); la difficoltà a comunicare le proprie sensazioni interiori pongono il lavoratore in un isolamento culturale che rende particolarmente difficile la relazione con l'esterno, e con gli altri con i quali dovrà operare insieme. Direi che in questo ambito ritrovo pienamente l'esperienza italiana di Hamza.
- ***Linguistico,*** relativo all'arbitrarietà del significato e del valore semantico, ossia che riguarda il significato delle parole: i soggetti interlocutori non conoscono una lingua comune, non sempre il senso di una parola in una lingua è facilmente traducibile in un'altra. Questa possibilità di incomprensione può essere uno degli elementi all'origine di alcuni infortuni.

- ***Metalinguistica,*** relativo all'arbitrarietà di vari simboli: "*Nelle diverse lingue esiste un livello simbolico per cui ad un certo termine possono corrispondere, nella mente di chi parla e di chi ascolta, significati astratti differenti che possono generare dei fraintendimenti"*. Occorre riflettere sul tipo di pericolo che si può incontrare in presenza di lavori che prevedono l'uso di segnali acustico-visivi, di cartellonistica specifica e di segnalazioni corporee (movimenti delle mani, braccia e corpo). Troppo spesso il mondo del lavoro delega alla cartellonistica compiti informativi che dovrebbero essere affrontati diversamente: a mio parere, ad esempio, non c'è nulla di più ambiguo ed inutile di cartelli assemblati con troppi simboli che non riescono a trasferire alcun tipo di messaggio utile.
- ***Culturale***, relativi alla cultura nella sua globalità: (imprinting ed elementi culturali inconsci): le informazioni e le abitudini acquisite dalla famiglia, scuola e società, nel corso della vita dell'individuo. Tale elemento può essere analizzato osservando e confrontando i comportamenti dei lavoratori, gli strumenti e le attrezzature di lavoro. Infatti molti operatori stranieri sono abituati a lavorare nei loro paesi in maniera classica, su macchine tradizionali, con tempi di produzione determinati dal lavoratore. Quando arrivano nel mondo occidentale, dove gli impianti e le attrezzature di lavoro sono di moderna concezione, i ritmi ed i tempi scanditi frettolosamente dalle macchine, dove è l'uomo che si deve adattare al contesto produttivo, possono incontrare seria difficoltà lavorative. Ritengo che anche per Hamza il livello culturale sia stato determinante nella causa dell'infortunio. Infatti, al contrario del suo collega che non è intervenuto, avvisandolo oltretutto del possibile rischio, egli non ha percepito e previsto che il nuovo impianto, ancora in fase di collaudo, nascondesse dei pericoli non evidenti. Hamza non era preparato a capire che un impianto così efficiente potesse fermarsi a causa di un blocco ai sensori di sicurezza.
- ***Metaculturale***, relativo alle differenze ideologiche, filosofiche e religiose: *"è il piano dove gli uomini affermano consciamente e con lucidità la loro visione della vita, che a livello culturale appare implicita e, in definitiva, inconscia"* . E qui siamo a quegli aspetti legati alla diversa "visione della vita e del mondo". Orari di lavoro, digiuno per motivi religiosi, alimentazione particolare, identificazione delle persone responsabili, tecniche comunicative diverse fra lavoratori differenti (es. sfottò vari), possono essere causa di incomprensioni e di conflitti anche gravi.

Per affrontare e gestire meglio il problema degli infortuni e malattie professionali dei lavoratori immigrati le proposte che mi sento di fare sono le seguenti:

1) costituire dei gruppi di lavoro tra i vari soggetti che sono chiamati a vario titolo a rapportarsi con i lavoratori, compresi i rappresentanti stranieri delle varie etnie presenti sul territorio. Al fine di concordare progetti preventivi per un idoneo inserimento nel mondo del lavoro ed un supporto continuo nel tempo degli stessi. In particolare andrebbero previsti per gli invalidi forme di recupero e reintroduzione nel mondo del lavoro in modo che non si creino situazioni di isolamento ed autoisolamento;
2) adeguare la preparazione dei tecnici della prevenzione e in generale per tutti i soggetti deputati alla cura e alla salute dei lavoratori;
3) tradurre in lingua straniera i materiali informativi per il lavoratore non basta, occorre operare insieme, ognuno nel proprio ambito di competenza, per creare una vera e propria cultura della prevenzione, attraverso percorsi specifici che partano dalla percezione del rischio da parte della persona;

4) dare un efficace supporto al gruppo più debole dei lavoratori per metterli nelle condizioni di avere la consapevolezza dei propri doveri e dei propri diritti nel mondo del lavoro, di quali siano le forme di assunzione o di contratto maggiormente tutelanti (coinvolgendo i sindacati);
5) aumentare la vigilanza verso le varie forme di lavoro "nero o precario" che come dimostrato concorrono ad aumentare il rischio in azienda;
6) incrementare e soprattutto migliorare qualitativamente i controlli nelle aziende relativamente alla verifica degli apprestamenti di sicurezza e dei percorsi aziendali di formazione e addestramento (in particolare queste ultime vengono frequentemente valutate da noi operatori solo dal punto di vista formale);
7) per ultimo propongo di creare delle forme premianti di mantenimento dello stato di integrità fisica del lavoratore, atte a favorire ed incentivare la prevenzione, come valore aggiunto per il sistema lavorativo. Gli oneri risparmiati dal datore di lavoro per i premi supplementari all'INAIL potrebbero essere comunque erogati ai lavoratori meritevoli di comportamenti corretti.

"*noi tutti nasciamo con l'equipaggiamento adatto per vivere mille tipi di vita, ma finiamo con l'averne vissuta una sola" (Geertz, 1973)*

05/06/2007

Fabrizio De Pasquale

Bibliografia

- ***G. Favaro, M. Tognetti Bordogna: "Politiche sociali ed immigrati stranieri" Ed. NIS 1989;***
- ***P. Stalker: "L'immigrazione" Carocci Editore, 2003;***
- ***D.F. Manara: "Infermieristica interculturale" Carocci Editore;***
- ***D. Russo Krauss: "Migranti" Liguori Editore, 2005;***
- ***INAIL "Relazione sull'andamento degli infortuni sul lavoro" 2004;***
- ***S. Geraci, M. Marceca: "Le malattie degli immigrati" Caritas 2000;***
- ***A. Spagnolo: Atti del VI Congresso internazionale su "Prevenzione, riabilitazione ed indennizzo degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali" 2004;***
- ***R. Volpi: "Il fenomeno infortunistico nei lavoratori extracomunitari";***
- ***"Immigrati, salute e sanità", Osservatorio delle immigrazioni Provincia di Bologna;***
- ***A. Morrone: "Salute e società multiculturale";***
- ***S. Geraci: "La salute degli immigrati in Italia" Ist. Intern. Scienze mediche Antropologiche e Sociali;***
- ***"Salute, immigrazione e servizi socio sanitari: il ruolo infermieristico" Focus.***