



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
INTERNAZIONALI DI ROMA (UNINT)**

FACOLTÀ DI INTERPRETARIATO E TRADUZIONE

CORSO DI LAUREA IN INTERPRETARIATO E TRADUZIONE

TESI DI LAUREA

“Il triangolo della salute: la domanda dei cinesi in Italia, il servizio sanitario e il ruolo dell'interprete - Il modello di salute senza frontiere del Poliambulatorio della Caritas di Roma.”

Candidata

Alessandra Ianiro

Relatore

Prof. Alessandro Listuzzi

Anno Accademico 2012/2013

Sessione invernale

INDICE

| | |
|----------------------------------|---|
| Riassunto in lingua cinese..... | 5 |
| Riassunto in lingua inglese..... | 6 |

| | |
|--------------------------|----------|
| INTRODUZIONE..... | 7 |
|--------------------------|----------|

CAPITOLO PRIMO

| | |
|---|----|
| 1. La diaspora cinese..... | 9 |
| 2. I cinesi in Italia..... | 11 |
| 2.1.Caratteristiche della migrazione cinese in Italia..... | 12 |
| 2.1.1. Aree di provenienza dei migranti..... | 13 |
| 2.1.2. Gente di Wenzhou o <i>Wenzhouren</i> | 15 |
| 2.1.3. Sanatorie e immigrazione..... | 17 |
| 3. Reticoli di parentela, il “ <i>familismo</i> ”..... | 19 |
| 4. Il sistema delle <i>guanxi</i> | 21 |
| 5. Progresso economico..... | 22 |
| 5.1.Breve <i>excursus</i> del progresso economico cinese in Italia..... | 23 |
| 5.1.1. Un po’ di numeri..... | 26 |

CAPITOLO SECONDO

| | |
|--|----|
| 1. Due mondi, due sistemi sanitari..... | 27 |
| 1.1.Il sistema sanitario: cos’è e come agisce..... | 27 |
| 1.1.1. Diversi modelli di sistemi sanitari..... | 28 |
| 2. Il Sistema sanitario italiano..... | 30 |
| 2.1.Struttura..... | 30 |
| 2.2.Principi..... | 32 |
| 2.3.Finanziamento..... | 33 |
| 3. Il Sistema sanitario cinese..... | 34 |
| 3.1.Breve storia del Sistema sanitario cinese..... | 34 |

| | |
|--|----|
| 3.1.1. Sistema assicurativo..... | 38 |
| 3.1.2. Tipologie di malattie..... | 39 |
| 3.2.Caratteristiche e lacune del Sistema sanitario cinese..... | 41 |
| 3.3.Riforme..... | 43 |
| 4. Differenze tra i due sistemi sanitari..... | 46 |

CAPITOLO TERZO

| | |
|---|----|
| 1. Cinesi e sanità italiana: incontro o scontro?..... | 49 |
| 1.1.La sanità italiana e la sua risposta alla domanda di salute della popolazione cinese: varie organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie..... | 50 |
| 1.1.1. L'esperienza di Reggio Emilia..... | 50 |
| 1.1.2. L'esperienza di Prato..... | 52 |
| 1.1.3. Roma..... | 57 |
| 1.2.Il rapporto con gli immigrati: legislazioni..... | 58 |
| 1.2.1. Il percorso verso il riconoscimento dell'assistenza sanitaria agli stranieri..... | 58 |
| 1.2.1.1.Il Sistema nazionale sanitario e i cittadini comunitari..... | 62 |
| 1.2.1.2.Il Sistema nazionale sanitario e i cittadini non comunitari..... | 63 |
| 2. Medicina Tradizionale Cinese o Medicina Occidentale?..... | 64 |
| 2.1.Accenni sui principi della Medicina Tradizionale Cinese..... | 64 |
| 2.2.Intervista alla dottoressa Sonia Baccetti..... | 67 |
| 3. Confronto tra le diverse realtà..... | 70 |
| 4. Curiosità..... | 72 |
| 4.1.Come gli italiani vedono il vicino cinese..... | 72 |

CAPITOLO QUARTO

| | |
|---|----|
| 1. La mediazione culturale in campo medico-sanitario..... | 77 |
| 1.1.La differenza tra interprete e mediatore..... | 78 |
| 1.2.Le funzioni del mediatore..... | 79 |

| | |
|---|------------|
| 2. Il triangolo “medico-interprete-paziente cinese in Italia”: c’è qualcuno di troppo?..... | 80 |
| 3. Il Poliambulatorio per immigrati della Caritas di Roma..... | 85 |
| 3.1. Il modello di salute senza esclusioni del Poliambulatorio e il <i>Progetto Cina</i> | 85 |
| 3.2. La mia esperienza presso il Poliambulatorio..... | 90 |
| 3.2.1. Questionario sottoposto ai pazienti cinesi..... | 92 |
| 3.2.2. Interviste ad alcuni medici del Poliambulatorio..... | 96 |
| | |
| CONCLUSIONI..... | 98 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA..... | 100 |
| | |
| APPENDICE 1..... | 108 |
| | |
| APPENDICE 2..... | 115 |
| | |
| APPENDICE 3..... | 119 |
| | |
| RINGRAZIAMENTI..... | 126 |

我论文的主题是意大利医药卫生体制向在意华人所提供的医疗服务能否满足需要，是否有助于跨越语言与社会融入上的各种障碍这一点很重要，因为大部分生病的华人都不会说意大利语。留注意大利的各族移民人数当中中国移民排列第四位，他们为我们国家的经济做出非常重要的贡献，然而华人看病、在医院受治疗等卫生医疗方面，向我们的社会福利事业出了一个难题：这就是语言障碍。相当大一部分中国移民尽管在意大利留住了很多年，还是不会说意大利语，所以他们无法享受意大利宪法赋予的医药保健的权利。

通过我的论文，我想给你们介绍一些重要城市的医疗单位的情况，如何他们应对并设法处理在当地生活、工作、生病的华人的各种困难。我对普拉托、罗马以及勒佐艾米利亚三个城市进行了调查，参观了当地的医疗机构，看到他们是如何满足中国病人的需要。我这次采访的目的，是为了倾听中国病人的需要，进一步了解中国生病治疗的情况以及意大利医生和医护人员的想法及其要求。

我的论文分为四章：

第一章的主要内容是中国侨民，特别概述来意大利中国移民的迁徙过程，也介绍他们的社会经济发展，这当中还有从非法移民身份的人到老板演变的。

第二章的主要内容是中意两国医疗卫生体制结构，对意大利和中国医疗卫生体制结构及彼此之间的区别进行了比较。

第三章是论文的重点，分为三部分：第一部分是我为意大利医疗单位如何帮助中国病人进行的分析，特别是我对普拉托、罗马以及勒佐艾米利亚这三个城市面对众多病人采取的措施；第二部分是中医在意大利华人生活中起的作用；第三部分列出了意大利人对中国人的一系列偏见。

第四部分的主要内容，强调需要更多的医学专业译员及其重要作用。首先，我概述了医疗翻译员的工作情况，其次我介绍了自己在罗马 Caritas（明爱会）医疗诊所的志愿服务经验，在那期间我为中国病人当过翻译。另外，为了了解他们的问题我用调查问卷的方式对在意的中国病人做了一次调查，同时也向医生提出了一些问题，让他们表达出自己对来看病的华人的看法、意见和建议。我论文的目的是深入了解中国病人的情况，设法帮助他们，以便给他们提供行之有效的服务。我的研究表明，如果在医院或在其他的医疗卫生单位没有翻译员的话，中国人可能无法接受治疗。我认为，在意大利，每个医院和每个医疗卫生单位都应该聘用中文翻译员。只有这样，意大利才能给本国的居民保证应有的医疗保障，每个人享受健康的权利才能得到保护和尊重。

The main subject of my dissertation is how the Italian healthcare facilities provide medical services to Chinese patients and how the Italian health system helps them to overcome their linguistic and social difficulties.

Chinese people represent the fourth foreigner population living in Italy, they provide an important contribution to our economy, but, at the same time, in case of illness, they represent a threat for the Italian social welfare. The lack of interpretation is a very important problem to solve, because Chinese people, even if they have lived live in Italy for a long time, can't speak the Italian language, thereby can't join the right to healthcare, laid down in Italian Constitution.

Through my dissertation, I will show how the healthcare facilities of the most important towns for a number of Chinese living and working thereact to help them. I went to Prato, Rome and Reggio Emilia, I visited the local healthcare structures and saw what they did to satisfy the requests of the Chinese patients. I personally spoke with Chinese patients, doctors and healthcare staff to understand what they think and what they need.

In the first chapter, I have given an overview of the Chinese Diaspora, in particular of Chinese migratory process to Italy and their economic progress in Italy. In the second chapter, I have illustrated the Chinese healthcare system and the Italian one, comparing the two systems to understand their differences.

The third chapter is the central one. It contains three parts. In the first part, I have focused my attention on the situation in Prato, Reggio Emilia and Rome which I have closely studied whilst I was there from July 2013 to October 2013. I have analyzed what these three towns do to help Chinese people with their health problems. The second part concerns the role of Traditional Chinese Medicine (TCM) in Chinese people's lives. I have interviewed doctors of TCM to understand if Chinese people in Italy are still using this form of medicine or if they only trust our medicine. In the third part, I have illustrated a series of Italian prejudice against Chinese people.

In The fourth chapter, first I have given an overview of the role of the interpreter in medical settings and then I have examined in depth my experience at Caritas health center in Rome. From October 2012 to February 2014 I have been a voluntary interpreter for Chinese people who needed help during the medical examination. I spoke with them before and after the examination to better understand their problem, but above all to allow them to trust me. I have gathered some experiences through a questionnaire I proposed to them. Furthermore I have also interviewed some doctors to understand their difficulties and the unanimous reply was: "I can't understand the problems they have".

Through my dissertation, I would like to highlight the situation that Chinese people are in to find new ways to help them. To protect and respect the right to health, a country like Italy has to pay attention to and satisfy the needs of every citizen's requests, even if the citizen is Chinese and frowned upon by Italians.

INTRODUZIONE

Il diritto alla salute è un diritto di cui gli individui di qualsiasi nazionalità dovrebbero poter godere, anche in terra straniera. Molto spesso, però, a causa del difficile incontro tra popolazione immigrata e Paese di arrivo, il rispetto di questo diritto viene meno. Le comunità cinesi presenti in Italia, infatti, seppur regolarmente registrate e munite di permesso di soggiorno, si trovano ancora oggi a dover affrontare varie difficoltà per poter accedere ai servizi sanitari offerti dal territorio in cui risiedono. In questa cornice si inseriscono poi gli immigrati cinesi clandestini che, a causa della condizione di irregolarità in cui versano, vengono tagliati fuori dalle possibilità di cura, nonostante ne abbiano il diritto.

I cinesi, quindi, a chi si rivolgono quando hanno bisogno di cure? E inoltre, il servizio sanitario italiano come risponde alla domanda di salute di questa popolazione? Sono queste le domande che mi sono posta e che mi hanno condotto alla realizzazione del seguente elaborato, attraverso il quale ho cercato di mettere in evidenza ciò che viene fatto, da parte delle strutture sanitarie, per facilitare l'accesso alle cure alle comunità cinesi e le problematiche che stanno alla base di questo. Le conseguenze negative che potrebbero essere causate da una cattiva gestione delle richieste di salute della popolazione cinese e che potrebbero ricadere sia sulla popolazione stessa sia sul benessere socio-sanitario italiano hanno rappresentato delle motivazioni importanti alla base di questo lavoro.

Nel primo capitolo affronto il tema dell'immigrazione. È un capitolo introduttivo attraverso il quale, descrivendo i processi migratori che hanno condotto la popolazione fin qui, delinea le caratteristiche principali delle comunità cinesi presenti oggi in Italia. I cinesi che popolano le nostre strade e i nostri quartieri vengono spesso definiti "tutti uguali", ignorando però che ognuno di loro proviene da condizioni e contesti differenti che, anche in terra straniera, favoriscono il crearsi delle cosiddette comunità. Queste comunità, diffuse lungo tutto lo stivale, una volta arrivate in Italia sprofondano in un vortice lavorativo dal quale usciranno solo dopo aver saldato i debiti contratti per affrontare il processo migratorio. Si può ben capire che, ritmi di lavoro stressanti, alimentazione inadeguata e condizioni di lavoro precarie (principalmente nella fase iniziale del loro arrivo) hanno ripercussioni notevoli sulla salute.

Nel secondo capitolo descrivo da vicino i sistemi sanitari dei due Paesi in questione: lo sviluppo storico, la struttura e le modalità di gestione che li caratterizzano. Traccio le differenze principali che influenzano l'approccio dei cittadini cinesi alla sanità italiana. I due servizi sanitari poggiano su cardini diversi che regolano il proprio *modus operandi*. I cinesi arrivano in Italia e si scontrano con un sistema completamente diverso dal loro, da cui vengono disorientati. Non sono abituati alle nostre liste d'attesa e alle lunghe file negli ambulatori o negli ospedali e molto spesso preferiscono non curarsi piuttosto che aspettare, anche e soprattutto per motivi di lavoro.

Il terzo capitolo è suddiviso in tre parti. Nella prima mi concentro sul lavoro delle strutture sanitarie di tre città in particolare, Prato, Reggio Emilia e Roma. Recandomi

personalmente in queste strutture, ho potuto osservare come il servizio sanitario, in collaborazione con associazioni di volontariato, e la sanità privata affrontano e soddisfano la domanda di salute della popolazione ivi residente. Ho analizzato il diverso modo di operare delle varie strutture, cercando di capire quale sia il migliore da seguire. La seconda parte è incentrata sull'importanza che la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) ha per i cittadini cinesi in Italia. Per fare questo mi sono rivolta al Centro "Fior di Prugna" di Campi Bisenzio (FI) e ho intervistato la dottoressa Baccetti, competente in materia. La terza parte analizza invece i pregiudizi italiani nei confronti dei cinesi. Ho deciso di realizzare questo paragrafo perché molto spesso, proprio a causa di questi pregiudizi, si fa fatica a considerare i cinesi come persone bisognose di cure, ma, anche in queste situazioni, si lascia spazio alle dicerie e ci si lascia condizionare.

Nel quarto capitolo, infine, mi concentro su una delle figure fondamentali in un contesto del genere: la figura dell'interprete in ambito medico. È un ruolo molto delicato che, oltre a dover garantire la comunicazione tra medico e paziente, deve tener conto di molti fattori e deve avere la capacità di adattarsi a ogni situazione, non trascurando la psicologia del paziente. Porto come esempio la mia esperienza di interprete volontario presso il Poliambulatorio della Caritas di Roma, condotta da ottobre 2012 a febbraio 2014. Tramite le testimonianze raccolte, i questionari somministrati ai pazienti e le interviste fatte ad alcuni medici, ho cercato di dare uno spaccato della situazione in una delle città a più alto numero di presenze cinesi e di descrivere il ruolo dell'interprete.

In conclusione, il mio elaborato ha come obiettivo primario quello di capire cosa si può fare per rendere più semplice l'accesso alle cure per le comunità cinesi e, di conseguenza, vuole sottolineare l'importanza che ha l'interprete in questo contesto. Ho rilevato, infatti, che se le strutture sanitarie, pubbliche o private che siano, non vengono potenziate con la presenza di interpreti risulta difficile poter salvaguardare non solo la salute dei cinesi ma anche quella dell'intera società italiana. Una buona collaborazione tra entrambe le parti renderebbe possibile quanto detto. Se da una parte le comunità cinesi dovrebbero impegnarsi a collaborare, magari cercando di imparare il più possibile l'italiano, dall'altra bisogna capire che, anche chi conosce la nostra lingua trova difficoltà a spiegarsi in un contesto delicato come quello medico, dove invece potrebbe sentirsi a proprio agio con la presenza di un interprete.

CAPITOLO PRIMO

1. La diaspora cinese.

L'emigrazione cinese è un fenomeno di origini antiche, che fissa le proprie radici già a partire dal XIII secolo.¹ Fino al XIX secolo, non si può parlare però di *diaspora cinese*, termine classico con cui è conosciuto il processo migratorio in questione, ma è più coerente parlare di emigrazione o flussi migratori, in quanto le mete ambite erano zone interne all'Impero, che non sfociavano, quindi, al di fuori dei confini della madrepatria.² Originariamente, il termine *diaspora* si riferiva, in maniera stretta, alla sfera religiosa, alla persecuzione dei fedeli e quindi alle loro fughe. Nel 1909, il significato che viene attribuito a questo termine è "dispersione", lo stesso significato con cui, nel 1949, si designavano compatrioti dispersi nel mondo, come gli armeni, i libanesi e i cinesi.³ Con l'avanzare del tempo, insieme alla nuova configurazione che pian piano assumeva la migrazione cinese, il senso venne allargato, fino ad arrivare a parlare di "gruppi transfrontalieri" e non più di diaspora in senso stretto. (Poisson, 2006).

La portata dell'emigrazione cinese raggiunge dimensioni più ampie, definibili extra-asiatiche, intorno all'Ottocento, precisamente nel 1842, con il Trattato di Nanchino.⁴ Fino a quel momento, la Cina era un Paese isolato, gli unici contatti con l'Occidente si limitavano al commercio con la Russia e a qualche concessione di terreni a Portoghesi e alle Compagnie commerciali europee. Tutto era regolato da riti diplomatici che rendevano il rapporto con l'esterno imbrigliato e poco dinamico. Le migrazioni, seppur limitate, erano viste dal Governo come atti di alto tradimento nei confronti della madrepatria; i pochi coraggiosi che intraprendevano questa strada lo facevano in condizioni di totale clandestinità.

La situazione si sbloccò grazie al suddetto Trattato e al seguente, quello di Pechino del 1860, in base al quale ci fu la liberalizzazione dell'esportazione di forza lavoro cinese. Da questo momento in poi iniziò una vera e propria tratta di operai cinesi, molto simile a quella degli schiavi africani, che venivano arruolati come manodopera non qualificata nelle colonie e nei Paesi industrializzati. Erano veri e propri schiavi, costretti a lavorare dieci-dodici ore al giorno, per circa dieci anni, remunerati con

¹Questo periodo può considerarsi la prima fase dell'emigrazione cinese (storicamente divisa in quattro fasi), che vede lo spostamento in zone limitrofe, prevalentemente nel Sud-Est Asiatico. Gli emigranti vennero chiamati *mercanti cinesi*, in cinese 华商 *huáshāng*, proprio per la loro identità di commercianti e artigiani (di sesso maschile).

²Campani, G., F. Carchedi & A. Tassinari a cura di (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.

³Campani, G., F. Carchedi & A. Tassinari a cura di (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.

⁴Con il Trattato di Nanchino si conclude la Prima Guerra dell'Oppio (1839-1842) tra l'Impero britannico e l'Impero cinese, che fu costretto ad aprire cinque porti al commercio con l'estero: Shamian, Xiamian, Fuzhou, Ningbo e Shanghai. Ai britannici fu concesso di commerciare con chiunque volessero e di insediare consoli che gestivano gli affari della Corona.

irrisori stipendi.⁵ Ma la speranza di una futura ricchezza e di una stabilità sempre più vicina, da garantire sia alla propria famiglia sia alle generazioni future, rappresentò, per questi migranti, la grande e forte motivazione che permise loro di sopportare l'amaro sacrificio. Era il "sogno d'oro", che allargava gli orizzonti verso un futuro migliore, nonostante la consapevolezza di poter godere solo in vecchiaia della fortuna accumulata, o, addirittura, di preparare un terreno più accogliente alle discendenze future, senza poterne usufruire. In questo periodo, molti dei migranti furono trasportati nelle Americhe ed erano soprattutto uomini che partivano in maniera inconsapevole alla volta di una vita migliore.⁶

Fu a partire dal XX secolo che iniziò un processo di migrazione differente, sia per come venne rivalutato l'emigrante, sia per il progetto migratorio che lo spingeva a partire. Il migrante non era più incarnato dal manovale clandestino deportato, malvisto dalla propria madrepatria e sfruttato in terra straniera, era colui che decideva consapevolmente di emigrare, con un progetto di vita ben strutturato, accompagnato molto spesso dalla moglie, o raggiunto successivamente da quest'ultima. Insieme al mutare della figura del migrante, mutarono anche le mete, non fu più l'America a fare da padrone, ma l'Europa. Il migrante iniziò ad essere visto di buon occhio, anche se la situazione andava di pari passo con i cambiamenti politici della Cina. Diversamente da quanto accadde agli inizi del XX secolo, intorno alla metà del secolo, con l'arrivo del 1949 e quindi con la fondazione della Repubblica Popolare Cinese, la situazione cambiò radicalmente: ci furono anni di chiusura, che stroncarono le migrazioni, gli emigrati all'estero vennero considerati in maniera negativa dal Governo, tanto che i parenti ancora in Cina furono vittime di drastiche ritorsioni; fu l'epoca di Mao, in cui la Cina tornò ad essere il Paese da sempre descritto come isolato.⁷ Ci fu quindi un'inversione di rotta: lo sguardo non era più volto all'esterno, a ciò che l'Occidente offriva, ma a ciò che la Cina aveva in serbo per loro.⁸

Con l'arrivo di Deng Xiaoping, la Cina fu investita da enormi novità e cambiamenti, che inevitabilmente influenzarono le migrazioni. Si passò da una fase di chiusura ad una fase completamente opposta, che aveva come colonna portante la cosiddetta Politica di riforma e apertura del 1978.^{9,10}

⁵È questa la seconda delle quattro fasi dell'emigrazione cinese, durante la quale i migranti vennero indicati con due termini: 华工 *huágōng* (*lavoratore cinese all'estero*) e 苦力 *kǔlì*, (苦= amaro, 力= forza, si può tradurre come lavoro amaro), dall'inglese *coolie*, termine perfettamente adatto a descrivere la condizione di schiavitù.

⁶Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

⁷Si arriva così alla terza fase, la fase dei *cinesi d'oltremare*, vale a dire i cittadini cinesi che risiedono temporaneamente all'estero. In cinese 华侨 *huáqiáo*.

⁸Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

⁹In cinese 改革开放 *gǎigé kāifàng*.

¹⁰Campani, G., F. Carchedi & A. Tassinari a cura di (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.

La Cina divenne un Paese economicamente e commercialmente presente e competitivo e il nuovo modello di sviluppo andò ad interagire direttamente con la mobilità interna e internazionale, che portò ad un riconoscimento degli emigrati come risorsa del Paese. Da questo momento in poi le correnti migratorie aumentarono considerevolmente di volume, la *diaspora cinese* conobbe dei numeri mai registrati prima. Le mete privilegiate furono la Francia, la Gran Bretagna e l'Olanda, mete da cui presero le mosse nuovi flussi che si diressero verso altri Paesi europei, come la Spagna e l'Italia.¹¹¹²

2. I cinesi in Italia.

L'Italia diventò meta ambita dagli emigranti cinesi molto più tardi rispetto agli altri Paesi europei. A differenza di quanto accadde in Francia, nei Paesi Bassi e in Olanda, in Italia, nonostante si possano registrare presenze cinesi già dagli anni Trenta del XX secolo, i flussi migratori provenienti dalla Cina raggiunsero numeri considerevoli solo intorno agli anni Novanta.

La storia ha però inizio nel 1893, quando un mercante di nome Qiu Guoding, proveniente dalla Provincia dello Zhejiang, approdò, carico di merce da esporre, in Italia.¹³ Nonostante l'arrivo di questo pioniere, flussi migratori più massicci si fecero attendere per diverse decine d'anni, per poi continuare a diventare sempre più importanti negli anni Ottanta-Novanta, proprio in concomitanza con lo sviluppo della politica di Deng Xiaoping.

L'Italia, almeno all'inizio, non fu uno dei primi Paesi europei ad essere scelto come destinazione, ma rappresentò una seconda meta. I primi migranti cinesi arrivati in Francia, in Olanda, in Germania e nei Paesi Bassi per svolgere il pericoloso e duro lavoro di minatori, riuscirono successivamente ad abbandonare questa occupazione per dedicarsi al commercio ambulante e, proprio la natura di questo commercio, che necessitava spostamenti continui e soprattutto nuovi mercati, portò la loro attenzione verso l'Italia. Milano fu la prima città ad ospitare comunità di cinesi, che pian piano si specializzarono nella vendita ambulante di cravatte di seta e allargarono il loro mercato ad altre città come Bologna, Firenze, Roma, fino ad arrivare a Napoli, intorno agli anni Novanta.¹⁴

¹¹Ecco la quarta fase della *diaspora cinese*, che ha come meta preferita l'Europa. Durante questa fase i cambiamenti interessano principalmente la figura del migrante e ciò che lo spinge a spostarsi.

¹²Campani, G., F. Carchedi & A. Tassinari a cura di (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.

¹³Geraci, S. & B. Maisano (2010). *Una porta aperta. La salute come occasione di incontro con la comunità cinese. Storie e cronache di immigrazione*. Bologna: LombarKey.

¹⁴Berzano, L., C. Genova, M. Introvignone, R. Ricucci & P. Zoccatelli (2010). *Cinesi a Torino. La crescita di un arcipelago*. Bologna: Il Mulino, pp. 33-34.

Queste prime comunità possono essere definite “invisibili” o “silenziose”: costituite da qualche centinaia di persone, si concentrarono in enclave chiuse, compatte e auto-referenziate, stanziate in determinate zone del territorio per buona parte rimaste inosservate. Nonostante ciò, furono proprio queste comunità silenziose a gettare le basi per quello che poi fu il successivo sviluppo dell’emigrazione e soprattutto dei migranti cinesi degli anni Ottanta, che divennero sempre più visibili agli occhi degli autoctoni.¹⁵

Se si va ad analizzare il processo di insediamento dei migranti cinesi in Italia, in particolare dei primi arrivati, è possibile paragonare il loro percorso a quello dei primi migranti approdati negli Stati Uniti o nei Paesi europei con presenze più datate. Si parla di “astronauti, emigranti originari delle classi medie, che si spostano verso contesti (pianeti) culturalmente sconosciuti in un’ottica di massimizzazione dei guadagni e delle opportunità d’affari e non sospinti dalla povertà”. (Campani, Carchedi e Tassinari, 1994).¹⁶ Le parole “non sospinti dalla povertà” delineano meglio la natura di questi migranti, che non lasciano una situazione di degrado per poi avventurarsi in un percorso ad ostacoli, ma hanno come obiettivo l’arricchirsi in fretta per poi tornare a casa. La stessa attività di vendita ambulante rappresenta per loro una fonte di guadagno provvisoria, che verrà presto sostituita da imprese economiche più importanti e remunerative.

2.1. Caratteristiche della migrazione cinese in Italia.

La *diaspora cinese* diretta in Italia presenta alcune peculiarità che non trovano corrispondenza nei flussi migratori diretti verso gli altri Paesi europei. I fattori che accomunano le comunità presenti nel nostro territorio e che le contraddistinguono dalle comunità stanziate fuori dai confini italiani sono di seguito elencati:

- le aree di provenienza dei migranti;
- il carattere di “migrazione a catena”;
- le sanatorie in materia di immigrazione, emanate dal Governo italiano.

Il secondo punto sarà oggetto del paragrafo 4 “Il sistema delle *guanxi*”, per quanto riguarda gli altri due punti segue una breve esplicitazione.

¹⁵Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

¹⁶Camera di commercio industria artigianato e agricoltura di Torino. (2011). *Diventare Laoban. Lavoro autonomo, percorsi imprenditoriali e progetti migratori dei cinesi in Italia e a Torino*. Torino: CCIA TO.

2.1.1. Aree di provenienza dei migranti.

I primi migranti arrivati in Italia erano originari della provincia dello Zhejiang, situata nel Sud-Est della Cina. È una provincia con una superficie pari a un terzo di quella italiana, caratterizzata da differenti conformazioni geografiche, che, di conseguenza, hanno comportato differenze anche negli usi e costumi e nelle consuetudini degli abitanti delle varie aree.¹⁷

Il Nord della provincia, sede del capoluogo di provincia Hangzhou, è una zona particolarmente vicina alla città di Shanghai e, grazie alla strategica posizione di cui gode, oltre ad un bagaglio culturale e artistico non indifferente, vanta anche la fortuna di essere una delle zone chiave dell'economia cinese. Questa zona così prospera si contrappone alle zone interne alla provincia, valli racchiuse tra imponenti catene montuose che, inevitabilmente, hanno risentito, sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, di una natura così ostile. L'area costiera, come di consueto, rappresenta una parte di territorio ben sviluppata e ben integrata con l'economia del Paese, a differenza della zona Sud-orientale della Cina, confinante con la provincia del Fujian, che, fatta eccezione per la città di Wenzhou, è un'area isolata e arretrata, tanto da non essere annoverata tra le aree che contribuiscono alla crescita economica cinese.¹⁸

Andando quindi ad analizzare la migrazione cinese, le difficoltà politiche amministrative rappresentano i primi motivi di ostacolo al fenomeno: nel periodo pre-riforme, infatti, la politica di assoluta chiusura ha fatto sì che i flussi migratori si interrompessero, dal '78 in poi la situazione cambia gradualmente grazie alla politica di riforma e apertura, ma contemporaneamente sono gli altri paesi, Italia compresa, che, preoccupati dalla "invasione" cinese, iniziano a varare politiche di limitazione delle immigrazioni, favorendo paradossalmente l'immigrazione clandestina. In tutto ciò si inseriscono le frontiere geografico-economiche che contribuiscono allo sviluppo di una diaspora diversificata, soprattutto dal punto di vista delle aree di provenienza.

I primi migranti provengono dalla provincia dello Zhejiang, più precisamente dal distretto di Qingtian, un distretto situato nella zona montana della provincia. I migranti *zhejianesi* si collocano alle origini della migrazione, con il tempo, però, vengono soppiantati dall'arrivo di compatrioti provenienti da diverse zone della provincia, come l'area rurale di Wencheng e Rui'an e l'area urbana di Wenzhou.

¹⁷Santangelo, P. & V. Varriano (2006). *Dal Zhejiang alla Campania. Alcuni aspetti dell'immigrazione cinese*. Roma: Nuova CultuRa edizioni.

¹⁸Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

Successivamente, ad emigrare sono i cinesi della provincia del Fujian, seguiti, poi, dagli abitanti del Nord della Cina, dalle province del Liaoning e Heilongjiang.¹⁹

Nonostante si parli della stessa nazione e molto spesso della stessa provincia, tra i cittadini dei diversi distretti si creano spesso pregiudizi e tensioni che vanno ad influenzare i rapporti anche nel Paese d'arrivo: se i cinesi di Wenzhou vengono considerati come i più intraprendenti e i più predisposti all'impresoria, i cittadini di Wencheng sono invece visti come la porzione di cinesi più analfabeta ed arretrata; questo comporta una distanza anche in Italia, dove i cinesi di Wenzhou preferiscono misurarsi con i cinesi della stessa città di provenienza e i cittadini di Wencheng con migranti in arrivo da Wencheng.



Figura 1. La Repubblica Popolare Cinese con la provincia dello Zhejiang in evidenza – fonte www.paulnoll.com

¹⁹Donadei, L. (2007). “Il Dragone nel bel paese. Storia dell’immigrazione cinese in Italia a cavallo tra i due secoli”. *Gli Stranieri*, 14: 184-191.



Figura 2. Immagine dettagliata della provincia dello Zhejiang – fonte <http://www.china-tour.cn>

2.1.2. Gente di Wenzhou o *Wenzhouren*.²⁰

La comunità cinese proveniente da Wenzhou, luogo di provenienza dei cinesi d'Italia, merita una considerazione a parte, in quanto fenomeno non omologabile ad altre correnti della *diaspora cinese*.

Come già detto nel paragrafo precedente, la differenza all'interno della stessa regione è evidente, tanto che identificare allo stesso modo i cinesi provenienti dallo Zhejiang sarebbe un errore fuorviante. La città di Wenzhou, situata alla foce del fiume Ou, insieme ad altre ripartizioni territoriali che formano la prefettura omonima, è la culla dei primi cinesi che scelsero consapevolmente l'Europa, e successivamente l'Italia, come meta primaria della loro migrazione.²¹

Caratterizzati da un'identificazione dialettale che ben si distanziava dalle altre province e prefetture, i cinesi di Wenzhou, giunti in Italia, adottarono un epiteto che, da quel momento in poi, posizionò il gruppo cui appartenevano su un gradino diverso da quello della tradizionale popolazione cinese. Il termine *Wenzhouren* divenne l'epiteto ufficiale con cui designare questi migranti, utilizzato sia dai cinesi presenti in Italia provenienti da altre parti della Cina, sia dai cinesi residenti in Patria. Il termine indicava la porzione della comunità cinese, conosciuta come la parte più imprenditoriale e dinamica del resto della popolazione, che fu protagonista di uno dei più massicci spostamenti migratori della Repubblica Popolare Cinese degli ultimi tempi.²²

²⁰In cinese 温州人 *Wēnzhōurén*.

²¹Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

²²Campani, G., F. Carchedi & A. Tassinari a cura di (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.

È proprio questo, infatti, che fa di loro dei migranti degni di nota. La gente di Wenzhou è gente sveglia e abile nel commercio, capace di fare affari in qualsiasi situazione, tanto che, come recita una vecchia frase apparsa in Cina su un articolo nel 1993, diventata poi proverbiale: “se è vero che i cantonesi sono in grado di mangiare qualunque cosa, i *Wenzhouren* sono in grado di guadagnare soldi in qualunque affare” (Cologna, 1997).

La prosperità di Wenzhou, accumulata grazie all’apertura del porto agli investimenti stranieri nel 1984, fu di grande aiuto allo sviluppo dell’area, invasa da un rapido progresso economico che portò i *Wenzhouren* ad eccellere non solo nell’ambito delle calzature, ma anche nel campo di prodotti di uso comune, come accendini, occhiali da sole e giocattoli. Ci fu un vero e proprio boom che portò alla nascita del *modello di Wenzhou*²³, tutti si rifacevano a questi piccoli imprenditori che accumulavano ricchezza e creavano *villaggi-Wenzhou* in madrepatria.²⁴

Il segreto di questo successo sta nella *forma mentis* dei *Wenzhouren*: non più sogni di modesta stabilità, ma ambizioni più ampie da soddisfare con lavoro intenso e sacrifici. Lanciano un modello di sviluppo che si allontana dal sogno di una piccola impresa artigianale, ma che mira ad una meta più elevata: diventare 老板 *laoban*, padrone, lavoratore autonomo a capo della propria impresa; puntano ad arricchirsi in breve tempo, partendo con ridotti capitali, ma guidati da una determinazione molto forte che, nonostante i ritmi di lavoro ad alta intensità e il “mangiare amaro e lavorare sodo”, ha permesso loro di perseguire i propri obiettivi.

Questo può essere la risposta alla frequente domanda che spesso gli italiani si pongono: “*Perché i cinesi lavorano così tanto?*”, perché vogliono accumulare fortuna per tornare a casa e godersi il frutto dei loro sacrifici, oppure, per chi non riesce a tornare in Patria, perché vogliono risollevare la propria situazione e non rimanere per sempre dei lavoratori dipendenti.

²³In cinese 温州模式 *Wēnzhōu móshì*.

²⁴Camera di commercio industria artigianato e agricoltura di Torino. (2011). *Diventare Laoban. Lavoro autonomo, percorsi imprenditoriali e progetti migratori dei cinesi in Italia e a Torino*. Torino: CCIA TO.



Figura 3. Dettaglio di Wenzhou. - fonte <http://web.extension.illinois.edu>

2.1.3. Sanatorie e immigrazione.

Per anni l'Italia è stato un Paese di emigrati e non di immigrati. Gli anni Settanta hanno segnato il momento del cambiamento e dell'inversione di rotta: non più realtà di emigrazione, ma realtà di immigrazione. E insieme alla nascita di questo nuovo volto italiano, sono comparsi i primi problemi di gestione. Essendo una situazione nuova, lo Stato ha fatto fatica ad adeguarsi alla presenza sempre più massiccia di immigrati non comunitari presenti regolarmente e non, sul territorio italiano.

L'ingresso e la permanenza di cittadini stranieri in Italia vengono regolati dal Testo Unico sull'immigrazione (TU), nato con *Decreto Legislativo del 25 luglio 1998, n. 286*, e aggiornato con le modifiche apportate dal *Decreto Legislativo del 14 agosto 2013, n. 93*, convertito, con modificazioni, dalla *Legge del 15 ottobre 2010, n. 119*.²⁵ I principi che vigono alla base del suddetto Testo possono essere riassunti nel voler regolare ingresso e soggiorno di cittadini stranieri e nel voler combattere l'immigrazione irregolare. È proprio su questo secondo punto che entra in gioco l'immigrazione cinese in Italia.

Come già detto varie volte, l'immigrazione cinese in Italia è stata inizialmente frutto di spostamenti da altri Paesi europei. I flussi migratori, oltre ad essere spinti da occasioni di mercato favorevoli, sono stati attirati dalle numerose sanatorie emanate dal Governo italiano al fine di ostacolare la presenza clandestina sul territorio.

²⁵ Altalex Editore. (2012). *Testo Unico sull'immigrazione*. <http://www.altalex.com/index.php?idnot=836> (data di consultazione: 10/12/2013).

Peculiarità di questo fenomeno è stato il fatto che le varie comunità presenti in Francia, Germania e altri Paesi non molto distanti dall'Italia, grazie all'antico "telefono senza fili"²⁶ e a causa delle voci che il Governo si lasciava sfuggire, venivano a conoscenza in anticipo dell'emanazione della sanatoria e, per questo, decidevano di partire alla volta dell'Italia per acquisire il titolo di cittadini stranieri regolarmente presenti. A volte accadeva che, dopo aver ottenuto la regolarizzazione, tornavano nei paesi di residenza, ritenuti più consoni ad un rapido sviluppo economico, e continuavano la loro vita lì.²⁷

1°- La prima sanatoria fu la *Legge del 30 dicembre 1986, n. 943, emanata con il titolo COLLOCAMENTO DI LAVORATORI. Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extra-comunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine*. Fu la prima legge in Italia applicata agli stranieri, emanata per agevolare i lavoratori stranieri privi di documenti, garantendo loro la parità di trattamento e il riconoscimento di diritti rispetto ai lavoratori italiani. Prevedeva la regolarizzazione sia dei datori di lavoro che dei lavoratori, con possibilità di ottenere – a seconda dei casi – l'autorizzazione al lavoro o l'iscrizione nelle liste di collocamento.

2°- Successivamente ci fu la sanatoria del 1990, *Legge Martelli (39/1990)*. Fu una sanatoria innovativa: prevedeva la regolarizzazione per tutti quelli in grado di provare di essere entrati in Italia prima dell'anno 1990, a prescindere dallo svolgimento di un lavoro. Chi non era in possesso di un lavoro poteva cercarlo sia come lavoratore dipendente sia come lavoratore autonomo oppure in una cooperativa, entro un termine massimo di due anni, trascorsi i quali non era più possibile rinnovare il permesso di soggiorno.

3°- La terza sanatoria avvenne con il *Decreto Legge del 18 novembre 1995, n. 489*. Vennero proposte tre modalità di regolarizzazione: lavoro subordinato, iscrizione alle liste di collocamento e ricongiungimento familiare. Fu la sanatoria che interessò gran parte di asiatici e cinesi che fecero arrivare i propri familiari proprio grazie alla possibilità di richiedere il ricongiungimento.

4°-Il *Decreto Legislativo 13 aprile 1999* (anche conosciuta come Legge Turco-Napolitano) permise la regolarizzazione degli stranieri che avevano presentato domanda entro il 15 dicembre 1998. La possibilità venne allargata anche al lavoro autonomo, dando il via, così, alla nascita di un'*economia etnica*, di cui le comunità cinesi si fecero grandi portatrici. Molti furono infatti i cinesi che si servirono di questa sanatoria per fare il grande salto di qualità e diventare *laoban*.

²⁶I cinesi già presenti in Italia, giunti a conoscenza della notizia, non esitavano ad avvertire parenti e amici clandestini in altri Paesi.

²⁷Campani, G., F. Carchedi & A. Tassinari a cura di (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia* Torino. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.

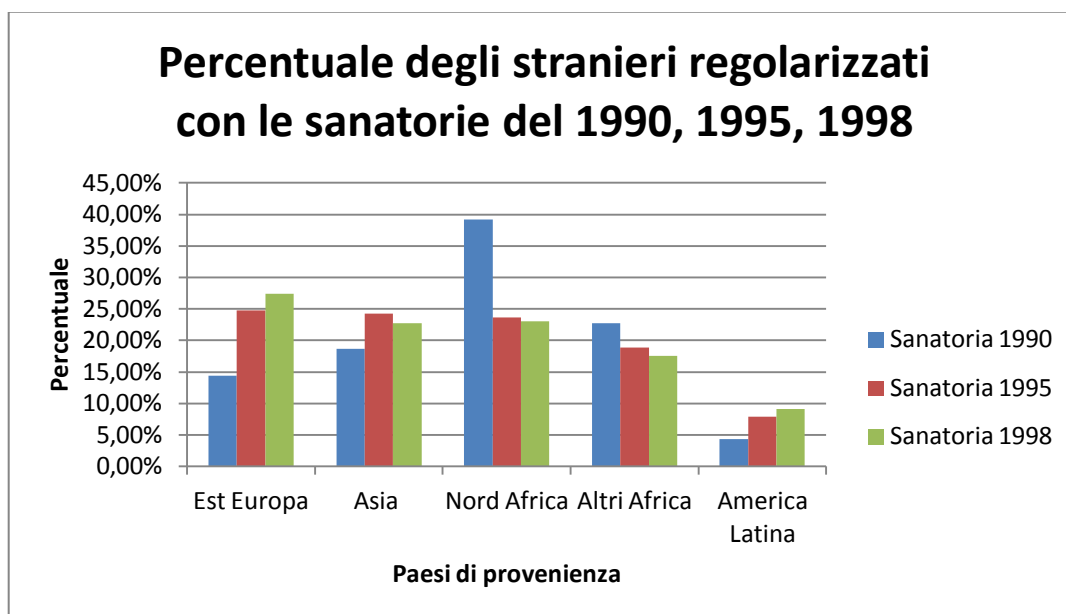


Figura 4. Grafico sulla percentuale di cittadini regolarizzati con le sanatorie del 1990, 1995, 1998. – fonte: Dossier Immigrazione.

5°- La sanatoria sui lavoratori dipendenti fu introdotta dal *Decreto Legge 9 settembre 2002, n. 195*, convertito con modificazioni nella *Legge 9 ottobre 2002, n. 222*, recante “Disposizioni urgenti in materia di legalizzazione del lavoro irregolare di extra-comunitari”. Il Ministro del lavoro, con *Decreto 28 ottobre 2002 (G.U. 22 gennaio 2003, n.17)* regolamentò il pagamento all’INPS da parte del migrante tramite bollettini con valore di 700 euro, comprensivi di spese di regolarizzazione; concesse, inoltre, la possibilità ai datori di lavoro di versare i contributi per i periodi pregressi, in un’unica soluzione o in rate mensili di eguale importo, con un aumento fino a 24 mesi degli interessi legali e fino a 36 mesi degli interessi di dilazione a partire dal venticinquesimo mese.

Spesso è accaduto che i datori di lavoro, approfittando della condizione di debolezza e di paura in cui versavano i lavoratori cinesi, costringevano i propri dipendenti al pagamento della somma a loro carico, maggiorata di diverse volte, oppure costringevano loro al pagamento continuo, molte volte tramite sgravi dallo stipendio, di regolarizzazioni legalmente mai avvenute. Molti sono stati i cinesi a ritrovarsi derubati e privi di qualsiasi garanzia legale.

6°-La sesta e ultima sanatoria, disposta dalla *Legge n. 102 del 3 agosto 2009*, fu limitata alla regolamentazione del lavoro di colf e badanti.²⁸

3. Reticoli di parentela, il “*familismo*”.

²⁸Per i dati riguardo le sanatorie si è fatto riferimento a: Organizzazione Mondiale per le Migrazioni. (2011). *Le migrazioni in Italia. Scenario attuale e prospettive*. http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/2012_OIM_1951-2011_IT.pdf (data di consultazione: 25/09/2013).

La famiglia²⁹ gioca un ruolo importante nella vita dell'individuo cinese, è l'elemento fondamentale nel sistema di valori confuciano e rappresenta, quindi, un pilastro da rispettare e sostenere. Ciascun individuo deve vivere rispettando la comunità, interpretando al meglio i valori di reciprocità e rispetto, nel mezzo dei quali la famiglia, unità basilare della società, trova la propria collocazione.³⁰

A differenza della cultura occidentale, che ha come punto di riferimento la famiglia come fulcro da cui i membri traggono sostegno, la cultura cinese considera il nucleo familiare come essenza nutrita e sostenuta dal singolo individuo: è il singolo membro che deve assumersi il compito e la responsabilità di dare continuità alla famiglia e soddisfarne le esigenze, non viceversa.³¹

Considerando quanto detto, non è difficile capire quanto la famiglia giochi un ruolo importante anche nella migrazione. È con essa che il migrante discute di questa possibilità e prende questa decisione. Già in fase di preparazione, la famiglia si preoccupa di assicurare al migrante aiuti logistici ed economici, sia per l'organizzazione del viaggio, molto spesso affidata ad associazioni che quindi richiedono denaro, sia per il primo periodo di arrivo nel Paese straniero.

Queste associazioni sono vere e proprie organizzazioni criminali che, con i dovuti agganci operanti nel Paese d'arrivo, muovono gruppi di aspiranti emigranti da un Paese all'altro. Prima della partenza, si assicurano di riscuotere gran parte della somma imposta ai migranti, che ammonta a circa 15.000 euro, successivamente smuovono le conoscenze nei Paesi d'arrivo per smistare la "merce di scambio" (i migranti venivano considerati come pacchi da scambiare ai fini di arricchimenti economici personali).³² Gli accompagnatori, le cosiddette *Teste di Serpente*,³³ forniscono ai migranti passaporti con i visti necessari, solitamente falsi, che, a viaggio terminato, verranno riconsegnati agli organizzatori. In questo modo, le organizzazioni possono gestire, con gli stessi documenti, un numero molteplice di *wuming* (无名 senza nome, i migranti clandestini). Il viaggio affrontato è pieno di difficoltà, la vita dei migranti viene spesso messa a rischio e in più, una volta giunti a destinazione, vengono sfruttati e maltrattati dall'organizzazione criminale, fino all'estinzione del debito.³⁴

²⁹Il concetto di famiglia non è da considerarsi come padre, madre e figli, ma come l'insieme di due o più generazioni che condividono lo stesso tetto.

³⁰Pezzuolo, S. & G. Manfrellotti. (2008). *Mafia cinese o made in China?* Firenze: Società Editrice Fiorentina.

³¹Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

³²Pezzuolo, S. & G. Manfrellotti. (2008). *Mafia cinese o made in China?* Firenze: Società Editrice Fiorentina, p. 91.

³³In cinese 蛇头 *shétóu*.

³⁴Pezzuolo, S. & G. Manfrellotti. (2008). *Mafia cinese o made in China?* Firenze: Società Editrice Fiorentina.

Il migrante, in questa condizione di sofferenza e difficoltà, continua ad essere sostenuto dalla famiglia, che lo aiuta a trovare lavoro e successivamente gli fornisce il capitale necessario per l'avvio della nuova vita. L'investimento è sia economico sia sociale, in quanto vengono messi in moto legami con parenti e conoscenti già presenti in Italia.

Al momento della partenza, il migrante porta con sé non solo le proprie aspettative e le proprie paure, ma anche tutte quelle della famiglia, che, nel contempo, riserba in quel singolo individuo le speranze e i sogni di intere generazioni.

Una volta trovato lavoro, l'obiettivo primario è quello di ripagare i debiti contratti con la migrazione e poi mettere da parte una somma necessaria per mettersi in proprio e inviare denaro alla famiglia rimasta in Cina, oppure preparare un terreno più fertile per richiedere il ricongiungimento familiare. Entra in gioco qui la definizione di "migrazione a catena"³⁵ o "migrazione parente-chiama-parente". I migranti, una volta avviata la propria attività economica, chiamano dalla Cina un parente che potrebbe svolgere un lavoro nella propria attività. Il migrante in questione, sdebitatosi con il suo aguzzino e messa su un'impresa in proprio, fa la stessa cosa, portando avanti, così, flussi migratori continui.³⁶

Il sogno e la speranza di accumulare ricchezza derivano, oltre che da un desiderio personale, dal fardello che il migrante sente pesare sulle proprie spalle: il successo significherebbe ripagare con una giusta ricompensa i propri sacrifici e quelli di tutta la famiglia, l'insuccesso, invece, rappresenterebbe un fallimento personale, ma anche e soprattutto significherebbe perdere la faccia di fronte a quanti aspettano il suo ritorno o sue notizie, nonché la rovina della famiglia.

4. Il sistema delle *guanxi*.

Il termine *guanxi* (关系, *guānxi*) significa letteralmente "relazione, rapporto, allacciare/intrattenere rapporti o relazioni, vincolo" e nella tradizione cinese indica molto di più che un semplice rapporto di conoscenza. È una fitta trama di relazioni sociali ed economiche che viene tessuta già ai tempi della scuola. È una famiglia allargata (nel senso più lato di famiglia) dove vige la regola dell'aiuto reciproco e del bene comune; entrarvi è complicato, ma rimanervi è ancora più impegnativo.

Secondo la tradizione cinese, gli individui non rappresentano degli elementi a sé stanti che vivono autonomamente, al contrario, coesistono e sussistono in un sistema fatto di scambi che implica l'interazione e la reazione di uno o più elementi intermediari. Questa trama di relazioni si traduce in legami familiari e soprattutto

³⁵In cinese 连锁性迁移 *liánsuǒxìngqiānyí*.

³⁶Pezzuolo, S. & G. Manfrellotti. (2008). *Mafia cinese o made in China?* Firenze: Società Editrice Fiorentina.

amicali che si concretizza in assistenza e aiuti per colui che ha avuto la capacità e l'abilità di tessere la fila nel modo giusto in tempi precedenti.³⁷

È una rete di favori ricevuti e ricambiati di cui il singolo cinese si avvale nel momento del bisogno, che, nel caso della migrazione, si traduce con aiuti economici, vitto e alloggio, offerta di lavoro e aiuto nello sbrigo di pratiche burocratiche. Più si è stati bravi ad imbastire le proprie *guanxi*, più saranno le conoscenze a disposizione per trovare porte aperte e possibilità di lavoro nel Paese di arrivo.³⁸

È uno scambio reciproco di favori che si differenzia dai reticoli familiari, dove a entrare in gioco sono gli obblighi e i doveri morali che creano una tensione psicologica più forte.³⁹

Le *guanxi* sono un patrimonio vitale per ciascun cinese, da cui non si può prescindere: è prova del proprio onore, del proprio valore e non rispettare i vincoli interni significa oltraggiare la parola data e subire l'ostracismo perenne da parte degli altri membri. "Chi tradisce la *guanxi*, chi riceve senza dare diventa una persona "corrotta, decadente, reazionaria". Una qualifica incommensurabile quanto a infamia, che porta all'esclusione, all'ostracismo perpetuo. Il bisogno dei cinesi di far parte di una *guanxi* è garanzia della loro fedeltà e onestà". (Analisi ed elaborazione dati sull'immigrazione cinese, 2008).

5. Progresso economico.

Il progresso socio-economico che negli anni ha interessato la comunità cinese presente in Italia è, oggi, un fenomeno noto a tutti. Ha suscitato stupore e meraviglia e, allo stesso tempo, sospetto e rabbia nel cuore degli italiani, che da anni ormai si chiedono come sia stato possibile che una nicchia della popolazione straniera così isolata e chiusa come la comunità cinese abbia potuto svilupparsi ed eccellere in molti campi e soprattutto a passi da gigante.

La comunità cinese ha affrontato non poche difficoltà durante il percorso di affermazione economica intrapreso nel nostro Paese: stereotipi e pregiudizi hanno da sempre preceduto la reale essenza di questa popolazione, etichettata come "chiusa, isolata che non ha bisogno di interagire con gli altri". Nonostante gli ostacoli

³⁷ Camera di commercio industria artigianato e agricoltura di Torino. (2011). *Diventare Laoban. Lavoro autonomo, percorsi imprenditoriali e progetti migratori dei cinesi in Italia e a Torino*. Torino: CCIA TO.

³⁸ Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

³⁹ Ministero dell'Interno & M. Morcone a cura di (2008). *Analisi ed elaborazione dati sull'immigrazione cinese*. http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/documenti/immigrazione/0807_publicazione_analisi_immigrazione_cinese_in_italia.html. (data di consultazione: 13/09/2013).

incontrati, spesso provocati proprio dagli italiani, i cinesi sono riusciti a creare un impero economico anche in Italia.

L'*economia etnica* è la loro punta di diamante: hanno assorbito gli insegnamenti utili che la nostra terra ha offerto loro per poi assimilare e mescolare il tutto alle proprie abitudini e tradizioni, dando vita ad attività d'eccezione. Ma è stato un duro lavoro, frutto di anni di intensi sacrifici e difficoltà sociali ed economiche.

All'interno della comunità cinese esistono diverse posizioni sociali, a partire dall'immigrante clandestino privo di diritti e di passaporto fino ad arrivare alla posizione di *laoban*. Per poter arrivare in cima alla scala, il migrante cinese deve riuscire a cambiare il proprio *status* sociale di clandestino, per poi riuscire ad ottenere un lavoro regolare e quindi, con il tempo, riuscire a realizzare il sogno di diventare imprenditore.

“La giornata lavorativa di un cinese appena arrivato in Italia, molto spesso privo di documenti e diritti, è compresa tra l'una di pomeriggio e le tre di notte, intervallata da brevi pause per mangiare. Le ore riservate al riposo sono poche e la mattina viene occupata per lo sbrigo di commissioni e pratiche. Il modello seguito da un operaio è quello dell'impresa familiare: lavorare molto, poche spese, scarsa vita sociale e partecipazione dell'intera famiglia al lavoro, anche di sera. Si parla di gente giovane, con una media d'età che si aggira intorno ai 40 anni e con una percentuale di presenze femminili e maschili equiparabile. Spesso vivono all'interno del laboratorio dove lavorano e, date le precarie condizioni di vita, inviano i propri bambini in Cina, dove saranno i nonni a prendersene cura. Da qui molto spesso nasce l'esigenza di avviare una propria attività, per sistemare la famiglia e per ricongiungersi con i figli. Preferiscono un'occupazione regolare presso italiani, ma molto spesso si trovano a dover lavorare a nero e per orari molto lunghi. Le aziende presso cui lavorano sono regolarmente registrate, i lavoratori con permesso di soggiorno sono regolarmente assunti, ma costretti a orari di lavoro massacranti e stipendiati a cottimo.

Questa situazione di schiavitù non è però generalizzabile a tutta la popolazione cinese presente in Italia, essendo una realtà molto articolata, ci sono infatti molti cittadini cinesi di seconda o terza generazione che occupano posizioni di rilievo. È una condizione che appartiene più precisamente agli immigrati appena arrivati in Italia, ma che rappresenta una parentesi temporanea del loro progetto di *economia etnica*. È tutto finalizzato ad un unico obiettivo : diventare *laoban*”.⁴⁰

(Casti & Portanuova, 2008: 71-72, corsivo mio).

⁴⁰Questa breve presentazione sulla situazione lavorativa di un operaio cinese è finalizzata alla miglior comprensione della spinta che ha guidato il progresso economico della comunità cinese in Italia.

5.1. Breve *excursus* del progresso economico cinese in Italia.

I primi migranti giunti in Italia si dedicarono quasi esclusivamente alla vendita di cravatte di seta, fabbricate a mano dai migranti stessi. Erano cinesi provenienti dall'Europa che avevano deciso di continuare in Italia il lavoro di venditori ambulanti. “*Una lila, una clavatta*”⁴¹ era il loro motto. Erano uomini di giovane età provenienti dallo Zhejiang che, pian piano, investirono nell'acquisto di macchinari, laboratori e rotoli di seta per ampliare produzione e commercio. Vennero arruolate semplici sarte per la confezione di cravatte e agenti/dettaglianti per il commercio ambulante. Queste figure venivano fornite di lotti di cravatte e istruite sui mercati da setacciare, zone limitrofe da raggiungere in treno; a fine giornata tornavano in città (inizialmente Milano) dove avevano a disposizione vitto e alloggio. I venditori ambulanti erano spesso parenti o amici residenti in Cina, mandati a chiamare dall'imprenditore (o meglio, dalla figura embrionale dell'imprenditore) che forniva loro una possibilità lavorativa, un posto dove poter stare (spesso un letto nel dormitorio) e la garanzia di due pasti al giorno. Erano la fetta debole della popolazione, aiutati inizialmente dalla rete di parentela e dalle *guanxi*.

La produzione di cravatte si rivelò un investimento proficuo che portò la nascita di molti imprenditori cinesi proprietari di laboratori. In questa fase la presenza italiana era ancora forte: fornitori e clienti erano infatti italiani che svolgevano un ruolo preponderante. Per questo motivo utilizzare il termine di *economia etnica* è ancora prematuro, ma l'embrione che si era formato aveva tutti i presupposti per lo sbocciare di un vero e proprio imprenditore cinese. Le caratteristiche erano comunque presenti:

- Impresa individuale che nasce con un prestito, grazie alla giusta rete di *guanxi*;
- Imprenditore che chiama i parenti dalla Cina per poter sfruttare la loro manodopera, in modo da accelerare i tempi di guadagno. Coloro che arrivano in Italia grazie alla chiamata di un parente, contraggono con quest'ultimo un debito, da saldare tramite duro lavoro in cambio di vitto, alloggio e paghe misere. In questo modo, dati i ritmi di lavoro sostenuti, la produzione cresce velocemente, ma le spese dell'imprenditore (gli stipendi da pagare e il pasto da offrire) sono minime. La percentuale di guadagno, allora, aumenta in tempi brevi.⁴²

Dalla fabbricazione di cravatte si passò poi alla nascita di laboratori artigianali finalizzati al tessile e alla pelletteria. Questo accadde intorno alla metà del XX secolo, nel periodo della Seconda Guerra Mondiale. “Si pensa che gli arbori della pelletteria cinese siano da rintracciare nelle richieste di cinte di cuoio dei soldati tedeschi presenti in Italia”. (Cologna, 1997).

⁴¹ Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

⁴² Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

Il venditore ambulante iniziò a perdere di prestigio e gli agenti/dettaglianti divennero produttori di articoli di pelletteria come portafogli, borse e cartelle. In questo periodo ci fu una diversificazione territoriale che spinse i produttori di articoli tessili e in pellame a dirigersi a Sud, prima a Bologna e poi a Firenze, diventata e rimasta patria indubbia della produzione tessile cinese.⁴³

Intorno agli anni Settanta-Ottanta, il settore tessile, ormai saturo, venne integrato dal settore della ristorazione. Nacquero i primi ristoranti cinesi che incarnavano la vera e propria *economia etnica*: non c'erano più italiani a gestire gli affari, ma avveniva tutto tra cinesi, che ovviamente continuarono ad alimentare la migrazione a catena. Il ristoratore cinese, infatti, chiamava il cuoco dalla Cina, molto spesso un figlio o un parente, che per anni si occupava della cucina di questo ristorante. Quest'ultimo, accumulato un discreto capitale, apriva un ristorante in proprio o in società con altri cinesi e a sua volta, di fronte all'alta mole di lavoro, richiedeva in Patria la manodopera di cui necessitava.⁴⁴

I ristoranti, seppur nacquero inizialmente a Milano, proliferarono a Roma, divenuta poi il cuore della ristorazione cinese.

Possedere un ristorante significava trovarsi in una posizione leggermente superiore ai connazionali proprietari di laboratori: si guadagnava di più, era il modo più diretto di mostrare agli italiani, ma anche agli altri cinesi, cosa si era stati capaci di creare e soprattutto si aveva più libertà nel gestire la vita sociale. In più erano luoghi di ritrovo per i cinesi, dove poter scambiare due chiacchiere in tranquillità.

Essere ristoratore implicava, inoltre, l'approvvigionamento di ingredienti fondamentali della cucina cinese: i vari condimenti, le salse, il glutammato e così a seguire. Questa esigenza mise in moto collaborazioni internazionali tra cinesi presenti in Europa e in Asia per la fornitura di merce alimentare, settore commerciale che divenne poi uno dei settori guida dell'economia cinese in Italia.⁴⁵

Intorno alla fine degli anni Novanta, infatti, con la saturazione delle attività economiche ormai presenti da molto tempo sul mercato, si osservò una progressiva diversificazione settoriale: i mercati che andarono a svilupparsi interessarono l'importazione di prodotti *made in China*; il passaggio, nelle mani dei cinesi, della gestione di esercizi commerciali come bar e tintorie e soprattutto la nascita di attività

⁴³ Camera di commercio industria artigianato e agricoltura di Torino. (2011). *Diventare Laoban. Lavoro autonomo, percorsi imprenditoriali e progetti migratori dei cinesi in Italia e a Torino*. Torino: CCIA TO.

⁴⁴ Camera di commercio industria artigianato e agricoltura di Torino. (2011). *Diventare Laoban. Lavoro autonomo, percorsi imprenditoriali e progetti migratori dei cinesi in Italia e a Torino*. Torino: CCIA TO.

⁴⁵ Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.

implicate nel settore dei servizi come *internet point*, agenzie di viaggi, videoteche e altre attività del genere.⁴⁶

L'importazione dei prodotti *made in China* fu l'attività emblema del nuovo migrante: individuo internazionale e transazionale che sfruttava la nuova mobilità di merci, persone e informazioni. Si occupava di vendita all'ingrosso e al dettaglio, non aveva bisogno di manodopera e, grazie al boom economico della Cina, registrava ampi margini di guadagno.

Lo sviluppo di attività in proprio fu possibile soprattutto grazie alle sanatorie di cui si è parlato precedentemente, in particolare grazie alla sanatoria del 1998, che permetteva la regolarizzazione sia di lavoratori dipendenti sia autonomi.

In tutti settori sopra citati i cinesi, soprattutto i migranti della prima generazione, hanno raggiunto risultati positivi grazie ai quali hanno potuto fare ritorno in Patria o hanno garantito una vita serena in Italia a se stessi e alle generazioni future. Hanno saputo affrontare le difficoltà del mercato, riorganizzandosi ogni qualvolta ce ne fosse stata la necessità, improvvisando nuovi mestieri per far fronte alla saturazione dei mercati, raggiungendo così buoni margini di guadagno. Un esempio della versatilità che tanto contraddistingue questo popolo e che ancora oggi, o forse soprattutto oggi, fa dei cinesi dei grandi dell'economia, è il pronto moda.⁴⁷

Il pronto moda, possibile grazie ai ritmi di lavoro serrati a cui sono abituati i cinesi, è una loro invenzione, nata per ovviare alla crisi che stava affondando il settore tessile e dell'abbigliamento. Prima al cospetto di imprenditori italiani e poi imprenditori a pieno titolo, hanno dato vita a questo mercato che conta tempi brevissimi tra l'ideazione di un modello e la messa sul mercato del capo.⁴⁸ Il pronto moda rappresenta la grande possibilità di ascesa sociale e mobilità economica: i guadagni sono ampi e quando riescono a delegare a terzi il lavoro pratico di confezionamento del prodotto, occupandosi solo delle fasi di ideazione e distribuzione (che richiedono meno sforzo fisico e meno tempo), riescono a ritagliarsi una bella fetta di vita sociale. Gran parte dell'aiuto è dato dai cinesi di seconda generazione che, grazie alle abilità linguistiche e relazionali, favoriscono l'espansione delle attività familiari. Dettaglio non trascurabile è che, oggigiorno, alle dipendenze di "prontisti" cinesi è sempre più consuetudine trovare italiani, a dimostrazione dell'immenso progresso economico che hanno attraversato.⁴⁹

⁴⁶ Ministero dell'Interno & M. Morcone a cura di (2008). *Analisi ed elaborazione dati sull'immigrazione cinese*. http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/documenti/immigrazione/0807_pubblicazione_analisi_immigrazione_cinese_in_italia.html (data di consultazione: 13/09/2013).

⁴⁷Pieraccini, S. (2008). *L'assedio cinese*. Milano: Il Sole 24ORE.

⁴⁸Pieraccini, S. (2008). *L'assedio cinese*. Milano: Il Sole 24ORE.

⁴⁹Campani, G., F. Carchedi & A. Tassinari a cura di (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.

5.1.1. Un po' di numeri.

Il 31,8% dei cinesi risulta occupato, tra cui il 28,7% di donne e il 36,1% di uomini), ma, a differenza degli immigrati di altre nazionalità, solo il 9,7% degli uomini e l'8,6% delle donne risulta soggetto al sottoinquadramento contrattuale. Il principale settore di occupazione è il settore delle vendite (22,6%), seguito dalla ristorazione (16,2%). Si contano però 56.000 imprenditori, che occupano il 9,5% degli imprenditori stranieri presenti in Italia.

Il commercio all'ingrosso e al dettaglio (40%), insieme alle attività manifatturiere (30,3%) ed alle attività di ristorazione (20,4%), rappresentano i settori più gettonati, concentrati prevalentemente in Lombardia, Toscana e Veneto.

Gli stipendi medi si aggirano intorno a 959 euro, gli uomini guadagnano circa 1005 euro, le donne 904 euro. Per quanto riguarda le rimesse inviate nel proprio Paese, occupano il primo posto della classifica tra le comunità straniere in Italia. Nel 2012 sono stati calcolati 2,67 miliardi di rimesse, di cui ben 1,4 miliardi provenienti da Roma. Negli ultimi cinque anni, la somma di rimesse inviate in Cina ha superato i 10 miliardi di euro e tra il 2008 e il 2012 è aumentata del 74%.⁵⁰

⁵⁰ Vendramel, L. (2013). *L'identikit dell'immigrato cinese*. <http://www.chinanewsitaly.com/4/2013/1205/190.shtml> (data di consultazione: 15/12/2013).

CAPITOLO SECONDO

1. Due mondi, due sistemi sanitari.

1.1. Il sistema sanitario: cos'è e come agisce.

Il termine *sistema* indica un complesso di elementi che, mantenendo le proprie caratteristiche, formano un tutto organico e, integrandosi a vicenda, eseguono una determinata operazione per un fine comune. “Un *sistema sanitario* può essere inteso come l'insieme delle istituzioni, delle persone, delle risorse, umane e materiali, e delle loro relazioni (personali, sociali, economiche) che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute”. (Mapelli, 2012).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel Rapporto annuale del 2000, stilò le missioni di un sistema sanitario:

- *Health: level and equity*, il sistema sanitario deve mirare al miglioramento dei livelli di salute della popolazione e ad abbattere le disuguaglianze;
- *Responsiveness*: l'assistenza sanitaria deve considerare i pazienti prima di tutto come persone e poi come malati;
- *Financial protection and fair distribution of burden of funding*: le spese per le cure di una malattia non devono pesare in maniera eccessiva sulle spalle del malato.¹

Qualsiasi sia il tipo di sistema sanitario, l'obiettivo comune è quello di creare salute, tenendo conto degli svariati fattori che interagiscono: le aspettative dei malati, il contesto politico e sociale, le risorse, i finanziamenti necessari e tutto ciò che può influenzare la garanzia di salute all'interno del sistema. La promozione della salute, però, non è semplicemente il frutto della combinazione degli elementi appena elencati, ma implica una serie di procedimenti che volgono a prevenire la morte, guarire le malattie, alleviare la sofferenza e impedire la cronicità. Esistono quindi una serie di attività che operano di concerto per il raggiungimento e per il progresso della salute:

- *Prevenzione primaria*: individuare e cercare di eliminare i fattori che provocano l'insorgenza di malattie;
- *Prevenzione secondaria*: individuare le malattie in fase iniziale e arrestarne l'evoluzione;
- *Diagnosi e cura*: individuare le cause delle malattie e portare alla guarigione;
- *Riabilitazione*: ripristinare le funzioni compromesse dalla malattia e ostacolarne la cronicità.

¹Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, p. 104.

In linea generale, all'interno di un sistema sanitario modello, gli attori che agiscono sono molteplici, ognuno dei quali svolge funzioni precise o presenta determinate richieste in base al proprio ruolo e ai propri interessi. I principali attori sono la *popolazione*, che esprime la propria richiesta di salute, la *produzione*, che distribuisce i servizi sanitari a chi ne fa richiesta e il *finanziamento*, che fornisce capitali necessari alla produzione per erogare i servizi. Il finanziamento reperisce fondi attraverso l'imposizione fiscale, i premi assicurativi e attraverso la popolazione, che, quando richiesto, paga le cure.

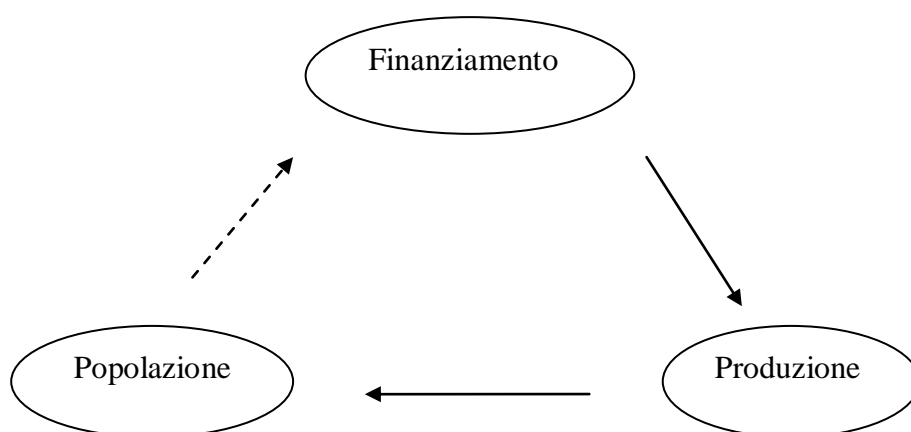


Figura 1. Il sistema sanitario. (Mapelli, 2012).

È importante ricordare, però, che a differenza di altri sistemi economici e sociali, il sistema sanitario non è così lineare e organico, per la natura imprevedibile della malattia che porta rischi e spese non programmate a carico della popolazione. Inoltre, non pochi sono i conflitti interni tra le varie parti, in quanto ciascuna ha interessi divergenti.

1.1.1. Diversi modelli di sistemi sanitari.

I sistemi sanitari possono essere catalogati in base a diversi criteri. In primo luogo, però, è bene attuare una distinzione tra sistemi sanitari pubblici e privati. In passato, la differenza tra queste due categorie era molto semplice: l'universalismo, la solidarietà nel finanziamento erano caratteristiche proprie del sistema pubblico; la libertà di scelta dell'assicuratore, la competizione tra assicuratori individuavano invece il sistema privato. In seguito alle riforme attuate da vari paesi, si è verificata una mescolanza tra i tratti delle due categorie. Si è assistito quindi alla nascita di sistemi ibridi, che necessitano di altri elementi per la catalogazione, come per esempio la modalità di finanziamento e la spesa degli assicuratori/pagatori. (Mapelli, 2012). Concretamente, se il finanziamento e la spesa si presentano in maggioranza entrambi come pubblici o privati, allora si tratterà di un sistema pubblico o privato, ma è possibile trovarsi di fronte a situazioni più complesse, che vedono per esempio la coesistenza tra finanziamento pubblico e spesa sostenuta da assicurazioni private;

in questo caso non è possibile una catalogazione precisa, si può parlare, invece, di sistema misto.

Esistono modelli base di organizzazione dei sistemi sanitari, che si differenziano dal modello pubblico/privato:

1. *Il libero mercato o mercato concorrenziale;*
2. *Le assicurazioni private o di malattia;*
3. *Le assicurazioni sociali;*
4. *Il Servizio sanitario nazionale.*

Il libero mercato (o mercato concorrenziale) presuppone un collegamento diretto tra pazienti e medico, senza intermediari: il paziente accetta e si adegua alle decisioni del medico, sia dal punto di vista della salute sia dal punto di vista economico. È un modello che presenta diverse falle, in quanto non è volto alla tutela della salute collettiva, ma alla cura del singolo, che, inoltre, spesso ignora quale sia il proprio problema e quanto sia adeguato o meno il prezzo richiesto dal medico.

Le assicurazioni private (o di malattia) agiscono come intermediari tra il paziente e gli erogatori dei servizi sanitari. Il paziente versa dei premi fissi all'assicurazione che, in caso di malattia dell'assistito, paga gli erogatori per i servizi concessi o rimborsa i pazienti per le spese sostenute. In base alle condizioni da rispettare, vengono esclusi dall'assicurazione i malati cronici, gli anziani oltre i 70 anni, le malattie contagiose, le epidemie e gli affetti da menomazioni fisiche e psichiche.

Le assicurazioni sociali agiscono sostanzialmente come quelle private. La differenza sta nel fatto che l'assicurazione sociale copre tutte le malattie, senza limiti di età, e che gli assicurati devono obbligatoriamente iscriversi a un gruppo professionale. Il finanziamento proviene dai contributi sociali di malattia, pagati dal datore di lavoro e dai lavoratori. Si opera, quindi, in un contesto collettivo e non di difesa del singolo, che vede collaborazione e solidarietà tra assicurati con maggior reddito e quelli con minor reddito.

Il Servizio sanitario nazionale è un'istituzione statale nata a tutela della salute nel 1946 nel Regno Unito e in seguito adottata da vari paesi, tra cui l'Italia. Il concetto su cui si fonda considera la salute come diritto individuale e, nel contempo, come bene collettivo da tutelare. A differenza degli altri modelli base, il Servizio sanitario nazionale garantisce il diritto alla salute a ogni individuo, prendendo in considerazione unicamente il diritto di cittadinanza, a prescindere dalla capacità di pagare. Questo comporta diverse modalità di finanziamento e diversi principi regolatori. Le risorse economiche, infatti, vengono garantite dalle imposte personali e ridistribuite in base alle necessità dei pazienti, non tenendo conto di quanto è stato versato. I principi regolatori si rifanno ai concetti di solidarietà e universalità: il Servizio sanitario nazionale cerca di garantire a tutti l'accessibilità gratuita ai servizi, ridistribuendoli a favore dei più poveri.²

²Per la parte generale sui sistemi sanitari si è fatto riferimento a Mapelli, V. (2012). *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino, capp. 1, 6.

2. Il Sistema sanitario italiano.

L'Italia ha istituito con la *Legge n. 833 del 1978* il Servizio sanitario nazionale (Ssn), un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, che recita:

*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*³

Prima della nascita del Servizio sanitario nazionale, l'Italia ha assistito al susseguirsi di vari modelli di tutela della salute. Dal 1946 al 1956, il diritto alla salute è stato garantito da una forma di carità religiosa sostenuta dallo Stato, che si adoperava maggiormente per i più bisognosi; successivamente, dal 1957 al 1974, si è avuto il passaggio al modello delle assicurazioni sociali, per poi arrivare nel 1978 alla nascita del Ssn.

Nel ventennio che va dal 1940 al 1967 nacquero i maggiori enti mutualistici che erogavano non solo prestazioni economiche, ma anche prestazioni sanitarie, limitate però solo a determinate categorie (venivano assistite le malattie croniche ed escluse quelle dipendenti da alcol e fumo). Con il passare degli anni, le categorie vennero ampliate e questo portò il sistema mutualistico verso una profonda crisi finanziaria, in quanto i benefici vennero estesi, ma i contributi finanziari rimasero invariati.

Nel 1975, si diede avvio al processo di riforma sanitaria, che vide il passaggio dell'assistenza ospedaliera nelle mani delle regioni, seguita poi dalla nascita e dall'approvazione della legge di riforma sanitaria numero 833 che portò all'istituzione del Ssn (1978).

2.1.Struttura.

Il Sistema sanitario nazionale è un insieme di organi funzionali, privati e pubblici, che lavorano di concerto per la salute della popolazione. Non ha una propria organizzazione indipendente, come quella di un organo pubblico, ma si basa sull'interazione e la collaborazione economica di più sistemi a più livelli.

Si articola, infatti, su due livelli di gestione governativa affidata allo Stato e alle regioni e uno di gestione locale. Ai primi due livelli operano il Governo e le regioni, al terzo le Aziende sanitarie locali (Asl) e le Aziende ospedaliere (Ao), che possiedono una propria figura giuridica e vengono considerate organi pubblici del Ssn.

³ Ministero della Salute. (2013). *I principi del SSN*. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=21&area=Il_Ssn&menu=principi (data di consultazione: 15/11/2013).

Lo Stato è la figura chiave che guida il lavoro dei restanti operatori (le regioni, le Asl e le Ao). Orienta la politica sanitaria e supervisiona la situazione economico-finanziaria del Ssn, erogando finanziamenti e ridistribuendo il budget finanziario alle regioni; interviene in caso di deficit e si occupa dell'emanazione di leggi quadro utili al miglioramento del servizio; stabilisce, inoltre, i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea).⁴

Le regioni sono organi autonomi che, all'interno del proprio territorio, operano in base a quanto stabilito dallo Stato. Hanno la possibilità e la responsabilità di legiferare; di riscuotere le imposte regionali destinate al finanziamento della sanità e di variarne le aliquote (questa possibilità comporta la differenza delle aliquote nelle varie regioni); di finanziare e controllare il lavoro delle Asl e delle Ao e di attuare programmi per lo sviluppo dei servizi sanitari regionali.

Le Asl e le Aziende ospedaliere, in linea generale, svolgono i lavori per cui sono state delegate dalle regioni. Le Asl sono responsabili dei servizi erogati in un determinato territorio, gestiscono la ripartizione delle risorse ai vari servizi e discutono dei budget finanziari con chi di dovere. Per le prestazioni fornite, si servono di strutture proprie, interne alle strutture di appartenenza, o di collaborazioni contrattuali con pubblici e privati accreditati.⁵ Le Aziende ospedaliere, a differenza delle Asl, sono grandi ospedali indipendenti che erogano prestazioni di ricovero e specialistiche stipulando contratti con le aziende sanitarie locali, da cui ricevono finanziamenti. Le Asl, infatti, costituiscono organi di produzione e finanziamento, in quanto forniscono sia servizi sanitari sia budget finanziari (come i finanziamenti alle Ao); le Aziende ospedaliere, invece, si occupano solo della produzione, senza erogare finanziamenti. Entrambi gli enti vengono gestiti da un direttore generale, nominato dalla regione ogni cinque anni, con contratto rinnovabile, che a sua volta nomina un direttore sanitario e un direttore amministrativo. Nei presidi ospedalieri (ospedali di appartenenza delle Asl) vengono nominati un dirigente medico e uno amministrativo.

Il Ssn italiano opera quindi grazie alla cooperazione tra Stato, regioni, Asl e Ao. La cooperazione tra questi enti si articola secondo rapporti di agenzia, in base ai quali lo Stato delega alle regioni che a loro volta delegano alle Asl e alle Aziende ospedaliere. La tutela della salute, stabilita dall'art. 32 della Costituzione, dipende principalmente dall'operato delle Asl, che hanno come obiettivo primario fornire servizi efficienti e di buona qualità.⁶

⁴ Ministero della Salute. (2013). *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=111&area=Il_Ssn&menu=lea (data di consultazione: 15/11/2013).

⁵L'accreditamento (in base all'art. 8 quater D. Lgs n. 502/91) è l'atto con cui la regione riconosce alla struttura richiedente, sia essa pubblica o privata, i requisiti strutturali e organizzativi per poter operare in condizioni di sicurezza per i pazienti.

⁶Per la parte relativa alla struttura del Ssn italiano, si è fatto riferimento al testo Mapelli, V. (2012). *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino, cap. 7.



Figura 1. L'organizzazione del Ssn. (Mapelli, 2012).

2.2.Principi.

Il Servizio sanitario italiano si basa su tre principi fondamentali:

- *Universalità;*
- *Uguaglianza;*
- *Equità.*

L'*universalità* implica il diritto alle cure per tutta la popolazione e per ogni forma di malattia, senza discriminazione di costo e limiti di tempo. È un principio che tiene conto del nuovo concetto di salute, nato intorno al 1978: la salute non è più intesa come bene individuale, ma come bene collettivo che, in quanto tale, deve essere garantito a ciascun individuo.

L'*uguaglianza* prevede la parità di diritto di accesso alle cure per tutti i cittadini. Non viene contemplata nessuna distinzione, né sociale né economica. I cittadini non esenti sono tenuti al pagamento di un ticket⁷ in base alla prestazione di cui necessitano. L'uguaglianza non è intesa solo come diritto di cure, ma come parità di trattamento di tutti gli individui in tutte le aree del Paese.

L'*equità* è il principio fondamentale del Ssn italiano finalizzato al superamento di tutte le discriminazioni che un cittadino potrebbe incontrare. Si basa su due punti chiave: garantire efficienza e trasparenza del servizio e fornire le giuste indicazioni al paziente. Questo è possibile grazie al lavoro attento di medici, infermieri e operatori sanitari che si adoperano in una comunicazione corretta e adatta al grado di istruzione del paziente.

I principi appena formulati si incentrano maggiormente sulla tutela della salute per il paziente; ne esistono altri (i cosiddetti *principi organizzativi*) che, affiancando i

⁷ Ministero della Salute. (2013). *Servizi al cittadino e al paziente*. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=66&area=Il_Ssn&menu=cittadino (data di consultazione: 15/11/2013).

principi suddetti, sono di aiuto per la realizzazione di una programmazione sanitaria giusta e uniforme:

- *Centralità della persona*, è un principio che prevede un insieme di diritti esercitabili dai pazienti, che si trasformano in doveri per gli operatori sanitari: libertà di scelta del luogo di cura, diritto ad essere informati sulla malattia e a dare/negare il consenso per la terapia, diritto alla riservatezza, diritto del paziente di essere preso in cura da chi di dovere per l'intero percorso terapeutico, dovere della sanità di mettere al primo posto la salute del cittadino rispetto ad altre scelte;
- *Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute*, come visto in precedenza, lo Stato, di concerto con le regioni (e di conseguenza con le Asl e le Ao) deve garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione, tramite i LEA;
- *Collaborazione tra i livelli del Ssn*, per una corretta erogazione dei servizi sanitari, è fondamentale che i vari livelli del Ssn collaborino tra di loro, anteponendo ai propri interessi quelli del cittadino;
- *Valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari*, la professionalità degli operatori sanitari non si limita al corretto svolgimento del proprio lavoro, ma implica la capacità di relazionarsi al cittadino malato e ai propri colleghi di lavoro;
- *Integrazione socio sanitaria*, implica la garanzia di continuità tra cura e riabilitazione anche per lunghi periodi.⁸

2.3.Finanziamento.

I finanziamenti da erogare in favore del Sistema sanitario italiano vengono stabiliti annualmente da una legge statale che determina il cosiddetto *fabbisogno sanitario*, vale a dire il livello complessivo di risorse di cui il Ssn necessita.⁹

I contributi economici utili al finanziamento del Ssn italiano provengono sia da fonti pubbliche sia private, l'81% è erogato dal prelievo fiscale, il restante 19% da redditi privati, che coprono rispettivamente le spese del Ssn e la spesa privata. (Mapelli, 2012).

⁸ Ministero della Salute. (2013). *I principi del SSN*. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=21&area=Il_Ssn&menu=principi (data di consultazione: 15/11/2013).

⁹ Ministero della Salute. (2013). *Finanziamento del SSN*. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=66&area=Il_Ssn&menu=privata (data di consultazione: 15/11/2013).

Le principali fonti di finanziamento sono:

- *Le entrate proprie del Ssn*, provenienti dai ticket e dai ricavi delle prestazioni erogate in *intramoenia*¹⁰ dagli operatori sanitari (l'importo è stabilito da un accordo tra Stato e regioni);
- *Fiscalità generale delle regioni e compartecipazione delle regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e Bolzano*: le regioni finanziano il Ssn attraverso l'imposta IRAP e l'addizionale regionale IRPEF;
- *Bilancio dello Stato*: è una fonte di finanziamento che si occupa della parte del fabbisogno sanitario non coperta dalle altre fonti. Si serve dell'IVA (imposta sul valore aggiunto), destinata alle regioni a statuto speciale, delle accise sui carburanti e del Fondo sanitario nazionale.

Le imposte rappresentano la maggiore fonte di finanziamento del Ssn (le imposte indirette coprono il 75% del finanziamento, quelle dirette e i ticket il 9%). Le imposte regionali occupano, inoltre, circa il 46% del finanziamento totale, percentuale molto alta rispetto a quella coperta dalle imposte statali, che rappresentano invece una fonte di finanziamento perequativa: una fonte, cioè, che eroga fondi nel momento in cui le imposte regionali non sono sufficienti a coprire il fabbisogno regionale di spesa.

In conclusione, il Servizio sanitario nazionale può essere considerato come un sistema pubblico, (i fondi provengono infatti in gran parte da finanziamenti pubblici), che agisce di concerto con il sistema privato, in quanto gli erogatori di prestazioni sanitarie sono sia istituzioni pubbliche sia enti privati accreditati. È inoltre un sistema misto, all'interno del quale operano sia il modello contrattuale sia quello integrato.

3. Il Sistema sanitario cinese.

3.1. Breve storia del Sistema sanitario cinese.

Lo sviluppo del Sistema sanitario cinese si articola in cinque fasi storiche.

La *prima fase* copre gli anni che vanno dal 1949 al 1965, periodo successivo alle guerre che hanno stremato il Paese (la guerra contro il Giappone e la guerra civile che portò alla nascita della Repubblica Popolare Cinese). La nazione di cui Mao prese le redini versava, infatti, in condizioni poco floride: povertà, malnutrizione, epidemie e malattie endemiche rappresentavano piaghe ancora pericolose da

¹⁰L' espressione *intramoenia* (dal latino "tra le mura") si riferisce alle prestazioni sanitarie erogate da liberi professionisti all'interno di ospedali, fuori dall'orario di lavoro. I medici utilizzano strutture e macchinari ambulatoriali contro il pagamento di una tariffa da parte del paziente, cui corrisponderà regolare fattura. La spesa sarà detraibile dalle imposte da parte del paziente. Il regime *intramoenia* permette all'assistito di scegliere il medico da cui essere seguito e di accorciare i tempi di attesa in ospedale. Il medico devolve mediamente il 6,5% del proprio fatturato annuo (guadagnato tramite le prestazioni *intramoenia*) all'ospedale. Fonte: <http://www.salute.gov.it>

contrastare, accompagnate dal tasso di mortalità infantile (circa un bambino su quattro) e dalle aspettative di vita (circa 35 anni)¹¹ che versavano in situazioni altrettanto gravi. La realizzazione del sistema di sanità pubblica cinese rappresentò uno dei più grandi successi del Governo di allora, un successo definibile di portata storica grazie alle conseguenze registrate. Le condizioni di vita e di salute migliorarono notevolmente, grazie anche al miglioramento qualitativo delle acque, delle abitudini alimentari e delle condizioni igieniche della popolazione, e molte furono le campagne di sensibilizzazione intraprese, tanto da riuscire ad eradicare la schistosomiasi.¹²¹³ Il Governo attuò un sistema sanitario di assistenza centralizzata, in base al quale l'accesso alle cure era universale e gratuito. Diede molta importanza, inoltre, alla medicina preventiva, organizzando un sistema di prevenzione ad ogni livello amministrativo, al fine di monitorare le malattie parassitarie ed infettive, le vaccinazioni, l'igiene alimentare e la salute dell'ambiente. Favorì l'integrazione della Medicina Occidentale con quella Tradizionale Cinese, tentando di creare in ogni ospedale sia dipartimenti di Medicina Tradizionale Cinese sia di Medicina Occidentale, tenendo conto del fatto che spesso la Medicina Tradizionale propone rimedi meno dispendiosi e facilmente accessibili a livello locale. La sanità nelle zone rurali diventò presto una priorità nazionale.¹⁴ Gli operatori sanitari divennero tutti impiegati dello Stato e vennero adottate modalità di finanziamento differenti, a seconda che si trattasse di campagne o di città: nel primo caso i cittadini si rivolgevano al Sistema Medico Cooperativo, un sistema medico a base comunitaria che copriva tutti i lavoratori del settore agricolo, nel secondo caso era lo Stato a finanziare. Il Sistema Medico Cooperativo nacque come sistema di mutua assistenza sanitaria in una struttura sociale dualistica, che prevedeva la separazione tra campagna e città. In questo periodo infatti, ci fu un cambiamento nella natura della società che, a partire dagli anni '50 del XX secolo, divenne una società articolata su due livelli: il livello urbano e il livello rurale. Il pilastro su cui si poggiava questa nuova società era infatti la regolamentazione dei movimenti dei residenti rurali che non potevano più spostarsi dalla campagna alla città senza le necessarie autorizzazioni. Questa separazione prevedeva inoltre una distribuzione del benessere diversificata che apportava benefici maggiori alle aree urbane. Il Governo, inoltre, adottò un sistema sanitario che si adeguava alla nuova pianificazione: il sistema comprendeva assistenza medica e assicurazione sul lavoro rivolto solo alle unità e gli enti pubblici urbani; tra i benefici di cui potevano godere erano compresi sussidi di

¹¹ Cortassa, G. (2002). *La sanità cinese: i mutamenti, le sfide, le riforme*. http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/110/110_cort.htm (data di consultazione: 23/08/2013).

¹²Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, p. 103.

¹³La Schistosomiasi (o Bilharziosi) è una malattia dovuta all'infestazione del nostro organismo da parte di vermi plattelminti appartenenti al genere *Schistosoma*. L'uomo contrae la malattia bagnandosi in acque contenenti le larve del parassita (cercarie) che si attaccano alla cute, vi penetrano e raggiungono diversi organi del nostro corpo, causando la cicatrizzazione dei tessuti. Fonte: <http://www.ospedaleniguarda.it/content/news/SCHISTOSOMIASI-br-Malattie-del-viaggiatore.html>

¹⁴Ma, J., M. Lu & H. Quan. (2008). "From a National, Centrally Planned Health System to a System based on the Market". *Health Affairs*, 27, 4.

invalidità, pensioni di anzianità, congedo di maternità e malattia, cure mediche per i figli unici, spese per i funerali e sovvenzioni. I contadini, invece, in caso di morte, malattia o invalidità, non ricevevano alcuna sussistenza; a questo punto, per contravvenire alla mancanza di un sistema sanitario rurale diedero vita al suddetto Sistema Medico Cooperativo. Lo schema assicurativo governativo (Government Insurance Scheme GIS) inoltre copriva dirigenti e funzionari delle agenzie governative, scuole, università e istituti di ricerca; lo schema assicurativo del lavoro (Labor Insurance Scheme LIS) copriva i dipendenti delle aziende statali, i restanti residenti urbani erano coperti da programmi di aiuto ai poveri.

La *seconda fase* abbraccia gli anni dal 1966 al 1976 e coincide con la Rivoluzione culturale. Gli effetti di questo periodo così tumultuoso ricaddero anche sulla sanità. Molte università e istituti scientifici vennero chiusi e non pochi medici, negli anni peggiori della Rivoluzione, furono vittime di persecuzioni e torture da parte delle Guardie Rosse. I trattamenti farmacologici somministrati negli ospedali psichiatrici vennero sostituiti dagli insegnamenti del Libro Rosso di Mao e, con la chiusura delle università per circa cinque anni, i medici vennero inviati nelle campagne per prestare servizio al fine di una rieducazione del pensiero. La campagna più importante sostenuta in questi anni fu il programma dei “medici scalzi”,¹⁵ che durerà fino ai primi anni Ottanta: vennero impartite lezioni di medicina di base, per una durata variabile dai tre ai sei mesi, agli agricoltori e agli abitanti delle zone rurali, al fine di garantire i servizi medici primari.¹⁶ La formazione dei medici scalzi, infatti, si basava prevalentemente su rimedi più semplici rispetto a quelli della Medicina Tradizionale, che in questo periodo storico venne rivalutata in funzione politico-ideologica e di esaltazione dello spirito nazionale.

La *terza fase* coincide con il periodo che va dal 1976 (morte di Mao) al 1989 (proteste di piazza Tienanmen). Con l’arrivo di Deng Xiaoping e della Politica di riforma e apertura del 1978, le tendenze economiche della Cina cambiarono, influenzando così anche la sanità pubblica. Lo sviluppo economico, caratterizzato in gran parte dall’apertura dei mercati all’estero, ottenne importanti risultati non solo nell’aumento del reddito medio pro-capite,¹⁷ ma anche nel decremento dei tassi di mortalità infantile e nella crescita delle aspettative di vita. Fu proprio in questo periodo che in Cina si verificò il fenomeno della transazione epidemiologica:¹⁸ a causa della rapida urbanizzazione e dell’invecchiamento della popolazione, le malattie infettive lasciarono il posto alle malattie croniche, come per esempio il

¹⁵In cinese 赤脚医生 *chìjiǎoyīshēng*.

¹⁶Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d’incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, pp. 104-105.

¹⁷ Cortassa, G. (2002). *La sanità cinese: i mutamenti, le sfide, le riforme*. http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/110/110_cort.htm (data di consultazione: 23/08/2013).

¹⁸ Allodi, G., A. Capetti & E. Carucci. (2009). *Il sistema sanitario cinese. La transizione epidemiologica*. <http://www.saluteinternazionale.info/2009/05/il-sistema-sanitario-cinese-la-transizione-epidemiologica/> (data di consultazione: 20/11/13).

diabete o le malattie cardiovascolari, richiedendo come conseguenza l'intervento del Governo. Le decisioni prese in materia sanitaria non interessarono però tutta la popolazione nella sua interezza: lo Stato optò per la privatizzazione del sistema sanitario e per il decentramento fiscale, addossando così la maggior parte delle spese alla popolazione. Come esito si ebbe lo sviluppo sanitario nelle aree cittadine, in quanto province ricche e floride, e il regresso nelle aree rurali, perché province più povere. Il profilo sanitario che si andò delineando vedeva quindi una popolazione cittadina sempre più in salute al contrario della popolazione rurale sempre più bisognosa di cure. Iniziò a prendere piede il fenomeno delle migrazioni dalle campagne alle città, intraprese maggiormente da giovani forti e sani che possedevano le caratteristiche fisiche per affrontare il viaggio. I "medici scalzi" vennero sostituiti dai "medici di villaggio", che come i precedenti e come i praticanti empirici della MTC intervenivano solo in caso di patologie minori, curabili prevalentemente con rimedi tradizionali, ma che venivano pagati a prestazione e il Sistema Medico Cooperativo si avvicinò al declino.¹⁹ Le condizioni sanitarie, quindi, subirono un'inversione di marcia, che proseguì, come si vedrà in seguito, fino ai giorni nostri.

La *quarta fase* occupa gli anni dal 1990 al 2002. In questi anni il Governo tentò di modificare le politiche intraprese in precedenza, senza però riuscirci. Cercò di estendere l'assicurazione sanitaria a tutti e di contrastare l'aumento dei costi delle cure, ma gli interessi delle compagnie farmaceutiche e degli ospedali ostacolarono la riuscita di questi tentativi. Fu un periodo scuro, in cui le malattie infettive tornano a svilupparsi, così come il tasso di mortalità infantile tornò a crescere.

La *quinta fase* coincide con lo scoppio dell'epidemia dell'influenza SARS nel 2003 e prosegue fino ai giorni nostri. L'epidemia SARS ha risvegliato l'interesse mondiale per il Sistema sanitario cinese e ne ha mostrato tutte le debolezze, scatenando sia il malcontento del Paese sia la disapprovazione delle altre Nazioni. Il Governo ha quindi deciso di rimediare agli errori fatti in passato, cercando di centralizzare nuovamente il sistema sanitario e di agevolare i finanziamenti per cercare di livellare le disuguaglianze create tra le campagne e le città. I programmi intrapresi sembrano essere positivi e di buon auspicio: mirano a un sistema sanitario equo, universale, eguale e di qualità, che azzeri il tasso di mortalità infantile, soprattutto nelle campagne, eradichi nuovamente le malattie infettive e contrasti le nuove epidemie (HIV/AIDS e influenza aviaria).²⁰

¹⁹Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, p. 105.

²⁰Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, p. 105.

3.1.1. Sistema assicurativo.

Il sistema assicurativo cinese è frutto di una serie di riforme attuate dall'amministrazione Hu Jintao-Wen Jiabao (2003-2013), in seguito allo scoppio dell'epidemia SARS. Come già detto, è stato proprio in questo periodo che il Governo cinese si è messo all'opera per far fronte alle condizioni degradanti in cui versava la sanità pubblica. Il primo passo è stato mosso verso il sistema assicurativo, con lo scopo di renderlo universale e accessibile a tutta la popolazione.

Nel 1998 venne introdotta *l'Assicurazione Medica di Base per i Lavoratori Urbani* (AMBLU), un'assicurazione relativa alle aree urbane. I finanziatori dell'AMBLU sono sia i singoli individui sia le aziende, che versano un contributo per un valore pari all'8% del salario annuale. Il 2% dell'intera somma è a carico del lavoratore singolo e viene versato in un conto di risparmio individuale, il restante 6% è a carico dell'azienda e va a finanziare un fondo di rischio sociale gestito dalle prefetture. I premi assicurativi sono però limitati al singolo lavoratore assicurato e non possono essere estesi alla famiglia.

Nel 2003 nacque lo *Schema Medico Cooperativo Rurale* (SMCR). È un sistema ad adesione volontaria che contempla un premio assicurativo pro-capite di 100 yuan, 20 dei quali vengono versati dall'assicurato e 80 dal Governo. La somma versata da ogni individuo va a rimpinguare un fondo di risparmio familiare che fa fronte alle spese ambulatoriali, mentre la quota erogata dallo Stato finanzia un fondo di rischio sociale gestito dai distretti. Nelle regioni orientali il contributo governativo è completamente a carico del Governo, nelle regioni centro-occidentali, invece, 40 yuan vengono versati dalle autorità locali.

L'AMBLU non è la sola assicurazione che interessa le aree urbane, nel 2007 venne introdotta *l'Assicurazione Medica di Base per i Residenti Urbani* (AMBRU). È un sistema assicurativo ad adesione volontaria che copre l'assistenza sanitaria di anziani, bambini e disoccupati residenti in aree urbane. Il premio assicurativo ammonta a 100 yuan, di cui 20 versati dall'utente e 80 dal Governo. L'istituzione di questo piano assicurativo ha reso possibile l'accesso alle cure sanitarie ai lavoratori migranti, che si erano spostati da una regione all'altra, privi dei requisiti necessari per accedere all'AMBRU.²¹

Agli occhi delle autorità cinesi e dell'ultima National Health Services Survey (NHSS) le conseguenze di questo sistema assicurativo sono apparse positive: i dati registrati hanno mostrato infatti un aumento del tasso di accessibilità alle cure e del tasso di ospedalizzazione e un calo dei casi di povertà dovuti a malattia. Uno studio condotto nel 2008 da Cooperazione italiana e dal Ministero della Sanità Cinese ha delineato invece uno scenario completamente diverso. La ricerca ha registrato infatti un'alta percentuale di mancati ricoveri (46,5%), spesso a causa di mancanza di

²¹Per la parte relativa ai sistemi assicurativi si fa riferimento a Brombal, D. (2010). "Riforma del welfare sanitario, stabilità sociale e sviluppo economico". *Mondo cinese, rivista di studi sulla Cina contemporanea della Fondazione Italia Cina*, 142.

denaro, e un elevato numero di ricoveri interrotti anzitempo, per la stessa motivazione.²²

Tutto questo è stato aggravato dal fatto che, non esistendo protocolli clinici ufficiali e controlli sui prezzi dei farmaci, le strutture ospedaliere spesso hanno interpretato e interpretano ancora oggi a proprio favore l'assicurazione sanitaria, trasformandola in un'ulteriore fonte di guadagno, attraverso la prescrizione di farmaci e prestazioni inutili. L'assicurazione sanitaria per i migranti, inoltre, rimane una possibilità aleatoria. Questi ultimi vengono inseriti nella lista medica del distretto di appartenenza, ma non possono usufruire del rimborso assicurativo di cui hanno diritto in quanto, per ottenerlo, devono presentare, entro circa dieci giorni dalle dimissioni, cartella clinica e fattura dell'ospedale all'ufficio competente del proprio distretto: passaggio quasi irrealizzabile a causa dei costi di trasporto e dell'impossibilità di assentarsi dal posto di lavoro.

Alla luce dei fatti, è doveroso ammettere che, nonostante l'assistenza assicurativa abbia garantito una fascia di copertura più ampia, la spesa sanitaria rimane ancora in gran parte a carico dei pazienti, a discapito delle fasce più deboli e più povere. Lo Stato, infatti, considera l'ospedale piuttosto come un'entità economica, finanziariamente autonoma e responsabile dei propri profitti e perdite, più che come un'unità sanitaria ad alta valenza sociale. L'ospedale quindi non ricevendo, o ricevendo solo in misura insufficiente al fabbisogno i fondi dallo Stato, è a sua volta costretto a scaricare per buona parte sui pazienti i costi di degenza, diagnostica e degli altri servizi, compresi costo-letto, vitto e così a seguire. Parte dei pazienti, quelli che hanno un lavoro regolare, possono usufruire della copertura sanitaria fornita dall'azienda di appartenenza per un 80% circa, integrando di tasca propria il restante 20%, mentre chi non ha un lavoro regolare, oltre che una buona parte della popolazione rurale, dove l'amministrazione locale non ha le risorse per fornire una copertura assicurativa, è di fatto tagliato fuori dalla previdenza sanitaria e tutte le spese sanitarie gravano interamente sull'interessato e sulla sua famiglia.

3.1.2. Tipologie di malattie.

La transazione epidemiologica verificatasi intorno agli anni Ottanta del XX secolo, il cambiamento di abitudini di vita della popolazione cinese e il miglioramento delle condizioni generali di salute hanno portato alla comparsa di malattie croniche, fino a quel momento quasi sconosciute. Le malattie infettive, molto spesso causa degli alti livelli di mortalità, hanno registrato invece un decremento nel tasso di incidenza. Al fianco delle malattie croniche sono poi comparse quelle ambientali dovute al forte inquinamento, soprattutto nelle zone più industrializzate, tanto da parlare di "villaggi del cancro".

Le *malattie infettive* hanno rappresentato a lungo una piaga per la popolazione cinese. Dagli anni Settanta fino ai giorni nostri si sono registrate delle battute

²²Brombal, D. & G. Cortassa. (2010). *Le riforme sanitarie in Cina*, in *Salute globale Informazione, quarto rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*. Pisa: Edizioni ETS.

d'arresto, tanto da riuscire a sconfiggere alcune, ma, considerata l'importanza del ruolo svolto dalla Cina a livello globale, è bene non sottovalutare la minaccia che esse rappresentano. Le cinque malattie più diffuse in Cina sono la tubercolosi (TBC), l'epatite B, la dissenteria, la sifilide e la gonorrea, accompagnate dall'aumento, negli ultimi anni, di alcune malattie a trasmissione sessuale.²³ Dal 2003, con la comparsa dell'influenza SARS, aviaria e suina, il Governo si è adoperato per prevenire la diffusione dei contagi. Ha implementato sistemi informatizzati di rilevazione e controllo in tempo reale delle malattie infettive, in modo da poter intervenire tempestivamente e tamponarne la possibile epidemia. Sempre a seguito dell'influenza SARS, maggiore attenzione è stata posta anche al controllo della TBC, con obbligo di notifica entro 24 ore dalla scoperta della malattia, e sono nate campagne di sensibilizzazione e di lotta contro le infezioni da HIV (esplose prevalentemente intorno all'anno 2007). Si è riscontrato che, mentre in precedenza il virus HIV/AIDS si trasmetteva tramite donazioni di sangue e plasma, negli ultimi anni c'è stato un cambiamento anche in questo, registrando sempre più casi di trasmissione per via sessuale. Lo Stato è intervenuto lanciando piani di prevenzione e controllo che prevedono visite e cure gratuite per gli affetti dalla malattia, con la speranza di debellare oltre che la malattia anche il pregiudizio contro il malato.²⁴

Le *malattie croniche* hanno invaso la Cina nel giro di pochi decenni, modificando le principali cause di morte della popolazione. Le aree rurali soffrono ancora di malattie infettive, malattie polmonari, incidenti e complicanze al momento del parto; le zone urbane, invece, sono affette dallo sviluppo di malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, accompagnate da malattie dovute ai cambiamenti nell'alimentazione. Le cause di tutto questo possono essere ricercate nell'invecchiamento della popolazione e nell'adozione di abitudini di vita poco salutari. Le malattie più diffuse sono l'ipertensione, causata dal consumo eccessivo di sale, grassi e carne, il diabete e le malattie cardiovascolari, dovute a uno stile di vita sedentario e all'obesità, e le malattie polmonari croniche ostruttive, dovute al consumo smodato di tabacco e di combustibile solido (carbone).²⁵

I *tumori* rappresentano la più grande minaccia degli ultimi anni. La Cina, utilizzando il carbone come prima fonte di energia, è la prima produttrice al mondo di anidride carbonica. Questo, insieme all'inquinamento delle acque da parte di industrie chimiche, colorifici e concerie, ha fatto sì che si registrassero casi di tumori sempre più numerosi, soprattutto agli occhi e al naso, mai comparsi in precedenza. I centri urbani della provincia di Henan, area molto povera della Cina messa in ginocchio da

²³Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, p. 110.

²⁴Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, pp. 110-112.

²⁵Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, pp. 113-114.

insediamenti intensivi di industrie, vengono ormai denominati “i villaggi del cancro”. Proprio in queste aree, tra il 1991 e il 2004, su un villaggio di 2400 anime sono state riscontrate 114 morti per cancro. Il *caso melamina*, scoppiato in Cina nel 2008, chiude il cerchio di una situazione alquanto disastrosa. La melamina è una sostanza chimica aggiunta al latte per aumentarne il contenuto proteico,²⁶ di cui, nel 2008, sono state trovate tracce in numerose partite di prodotti appartenenti alle tre più grandi imprese lattiero-casearie cinesi, provocando la morte di quattro neonati e l’intossicazione di più di seimila.²⁷

Il Governo non è rimasto indifferente a tutto questo e si sta adoperando per contrastare il peggioramento di una realtà ormai drastica. Il fulcro delle riforme (che tratterò in seguito) attuate e da attuare saranno la tutela ambientale, tenendo conto delle tragiche conseguenze di uno sviluppo economico senza regole, e la promozione di un’assistenza sanitaria equa e universale.

3.2. Caratteristiche e lacune del Sistema sanitario cinese.

La Cina ha attraversato, negli ultimi trent’anni, un periodo di forte sviluppo e crescita economica che le hanno permesso di collocarsi al secondo posto come potenza mondiale. Il progresso economico è stato accompagnato da un netto miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, tanto che le aspettative di vita hanno raggiunto i 72 anni per gli uomini e i 76 per le donne.²⁸

Se, però, si considerano le *missions* dell’OMS precedentemente trattate, (*health: level and equity; responsiveness; financial protection and fair distribution of burden of funding*), la Cina viene catapultata agli ultimi posti della classifica mondiale, a causa della mancata corrispondenza tra il sistema sanitario disegnato dalle *missions* e il Sistema sanitario cinese.²⁹

Il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, seppur visibile, non ha raggiunto livelli tali da poter parlare di rispetto del diritto di salute in Cina, da

²⁶ Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d’incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, pp. 114-116.

²⁷ Il Sole 24 ORE. (2008). *In Cina melamina nel latte, gelati e yogurt*. <http://www.ilsole24ore.com/art/SoleOnline4/Mondo/2008/09/cina-veleno-latte.shtml?uuid=51e36d9c-8624-11dd-96c0-d66fc13e6223&DocRulesView=Libero> (data di consultazione: 10/01/2014).

²⁸ P. R. (2011). *Riforme sanitarie. Se la Cina guarda all’Italia*. http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=3956 (data di consultazione: 5/01/2014).

²⁹ Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante. (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d’incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey, p. 104.

considerarsi ancora un'utopia;³⁰ inoltre, la scomparsa di alcune malattie infettive, compensata dallo sviluppo di altre malattie croniche, è lo specchio della situazione poco radiosa in cui versa la popolazione cinese.

La Cina, infatti, munita di un sistema sanitario poco adeguato agli sviluppi del Paese, si è trovata di fronte al problema di doverlo adattare alla situazione concreta presentatasi: nuove malattie, aumento dei costi delle cure e aumento dei malati. Le azioni mosse dal Governo per contrastare le condizioni di disagio ormai createsi hanno, però, peggiorato la situazione invece di agevolare il sistema pubblico, concedendo maggiori finanziamenti. La Cina, nel periodo di Riforma e apertura di Deng Xiaoping, durante il quale si verificò un rapido sviluppo economico e di apertura ai mercati esteri, ha intrapreso una politica di tipo mercatistica, costringendo i cittadini a pagare di tasca propria le cure di cui necessitavano. Questi tagli hanno provocato l'inaccessibilità alle cure da parte dei cittadini delle campagne, dove risiede la popolazione più povera, e tassi di ospedalizzazione sempre più bassi.

Secondo uno studio svolto nel 2008 dal centro HHRDC (Health Human Resources Development Center) del Ministero della Sanità Cinese, il 46,5% dei pazienti non seguiva la prescrizione di ospedalizzazione, con picchi che raggiungevano il 70% nel caso delle fasce più povere; un ulteriore 24,9% della popolazione testata si dimetteva dall'ospedale contro parere medico perché non era più in grado di sostenere le spese.³¹

I tagli al settore sanitario hanno causato problemi e difficoltà anche agli ospedali, costretti a far pagare le cure ai pazienti (con le conseguenze appena considerate), e trasformando il mondo della sanità in uno dei più corrotti: i medici, il cui stipendio è direttamente proporzionale al guadagno procurato all'ospedale, prescrivevano farmaci e cure costose e inutili pur di incassare stipendi sempre più cospicui.³²

“Ospedali quasi privi di finanziamenti, cure inaccessibili per i più poveri, personale medico inadeguato e tanta sfiducia da parte della popolazione” (Casarsa, 2010)³³ sono le parole che meglio descrivono la situazione del sistema sanitario in Cina, almeno fino a qualche anno fa.

³⁰ Casarsa, F. (2010). *La sanità in Cina, tante ombre e qualche luce in fondo al tunnel*. <http://www.fusiorari.org/world/attualita/163-il-sistema-sanitario-cinese-tante-ombre-e-qualche-luce-fuori-dal-tunnel.html> (data di consultazione: 5/01/2014).

³¹ Casarsa, F. (2010). *La sanità in Cina, tante ombre e qualche luce in fondo al tunnel*. <http://www.fusiorari.org/world/attualita/163-il-sistema-sanitario-cinese-tante-ombre-e-qualche-luce-fuori-dal-tunnel.html> (data di consultazione: 5/01/2014).

³² Casarsa, F. (2010). *La sanità in Cina, tante ombre e qualche luce in fondo al tunnel*. <http://www.fusiorari.org/world/attualita/163-il-sistema-sanitario-cinese-tante-ombre-e-qualche-luce-fuori-dal-tunnel.html> (data di consultazione: 5/01/2014).

³³ Casarsa, F. (2010). *La sanità in Cina, tante ombre e qualche luce in fondo al tunnel*. <http://www.fusiorari.org/world/attualita/163-il-sistema-sanitario-cinese-tante-ombre-e-qualche-luce-fuori-dal-tunnel.html> (data di consultazione: 5/01/2014).

Tutto diventa ancor più critico se si considerano i comportamenti poco corretti dei medici. Coloro che dovrebbero essere i garanti della salute, promettono di seguire scrupolosamente un caso in cambio della cosiddetta *hongbao* (红包, busta rossa), vale a dire in cambio delle nostre “mazzette”, che si traducono spesso in pranzi o cene molto costosi.³⁴

3.3.Riforme.

Il 2003 è stato l'anno di svolta per il Servizio sanitario cinese. Il Governo ha acceso i motori per ripristinare l'assetto di un sistema sanitario ormai alla deriva. Le riforme attuate e i piani di programmazione sanitaria intrapresi riflettono l'obiettivo principale verso cui aspira il Governo: dar vita a una sanità che dia la possibilità a tutte le sfere della popolazione di curarsi. In primo luogo, è stato rivisitato e aggiornato il sistema assicurativo (come visto in precedenza), anche se i risultati ottenuti non hanno soddisfatto le aspettative iniziali. Il Governo ha però continuato lungo questa strada, proponendo nuove pianificazioni volte a soddisfare le esigenze della popolazione cinese.

Nell'aprile dell'anno 2009 è stata varata una riforma sanitaria composta da due documenti ufficiali, il primo del Consiglio di Stato e il secondo del Ministero della Salute. Il Consiglio di Stato ha delineato una panoramica generale degli obiettivi della riforma, che si traducono nella creazione, entro il 2020, di un sistema sanitario accessibile a tutti, gestito centralmente dallo Stato e coadiuvato a più livelli dalle forze di mercato. Il titolo di questo documento è “*Considerazioni del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'approfondimento della riforma sanitaria*” (中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见).³⁵ Il documento stilato dal Ministero della Salute, dal titolo “*Comunicazione del Consiglio di Stato sul programma di attuazione (2009-2011) riguardante i punti principali della recente riforma sanitaria.*” (国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案 (2009-2011年)的通知),³⁶ prevede invece un piano d'azione fattiva, da realizzare nel biennio 2009-2011, che si articola in cinque punti fondamentali:

- copertura universale del sistema assicurativo di base;
- creazione di un sistema di farmaci essenziali (National Essential Drug List, NEDL);

³⁴Brombal, D. (2010). “Riforma del welfare sanitario, stabilità sociale e sviluppo economico”. *Mondo cinese, rivista di studi sulla Cina contemporanea della Fondazione Italia Cina*, 142, pp. 81-83.

³⁵Sinclair, J.A.C. (2009). *China Healthcare Reform, our prognosis for Multinational Healthcare players*, InterChinaConsulting, 英特华投资咨询有限公司. www.InterChinaConsulting.com (data di consultazione: 4/11/2013).

³⁶中华人民共和国中央人民政府 (2010). 国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知. http://www.gov.cn/zwgc/2010-12/03/content_1759091.htm (data di consultazione: 3/12/2013).

- potenziamento delle cure primarie soprattutto nelle aree rurali;
- riforma degli ospedali pubblici attraverso dei corretti protocolli di cure e un aumento dei finanziamenti;
- potenziamento della medicina preventiva e della formazione sanitaria specialmente nelle campagne.³⁷

Il Governo ha inoltre concesso la possibilità agli studenti fuori sede e ai lavoratori migranti di scegliere se farsi curare nel villaggio di provenienza o nell'area di residenza.³⁸

I fondi stanziati per la realizzazione di questo piano d'azione ammontano a un valore di 850 miliardi di yuan, articolati in tre anni; il 60% della cifra è stanziato dalle autorità locali, il 40% dal Governo centrale.³⁹

Il piano d'attuazione 2009-2011 è stato integrato dal documento di riforma pubblicato in aprile 2012 dal Consiglio di Stato. È un programma che approfondisce i temi trattati dal precedente piano e che porterà avanti, fino al 2020, le linee guida per lo sviluppo del sistema sanitario.⁴⁰

Le parole dell'attuale Primo Ministro Li Keqiang (l'allora vice premier) testimoniano l'impegno e l'entusiasmo con cui il Governo affronta le nuove riforme da attuare:

“la riforma sanitaria è una sfida di portata globale (...) che bisogna portare avanti. Siamo giunti a una fase cruciale, in cui le difficoltà dovute a questioni sempre più spinose sono destinate ad aumentare. L'unico modo di procedere è quello di guardare avanti. Dobbiamo adoperarci per il futuro e basarci su ciò che abbiamo ottenuto nelle prime fasi [della riforma], se vogliamo riscuotere maggiori successi. Al fine di raggiungere gli obiettivi fissati a breve termine e di spianare la strada per

³⁷ 国家卫生计生委体制改革司 (2009). 国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案 (2009—2011 年) 的 通 知 . <http://www.nhfpc.gov.cn/tigs/s3576/201309/579e6ab479a4497c98c362c778f977ae.shtml> (data di consultazione: 3/12/2013).

³⁸ Casarsa, F. (2010). *La sanità in Cina, tante ombre e qualche luce in fondo al tunnel*. <http://www.fusiorari.org/world/attualita/163-il-sistema-sanitario-cinese-tante-ombre-e-qualche-luce-fuori-dal-tunnel.html> (data di consultazione: 5/01/2014).

³⁹ Daniele Brombal, D. (2010). “Riforma del welfare sanitario, stabilità sociale e sviluppo economico”. *Mondo cinese, rivista di studi sulla Cina contemporanea della Fondazione Italia Cina*, 142, p. 194.

⁴⁰ Ceccotti, W. (2012). *Cina. Cambiamento di rotta sul sistema sanitario*. <http://www.contropiano.org/esteri/item/8358-cina-cambiamento-di-rota-sul-sistema-sanitario> (data di consultazione: 7/01/2014).

la realizzazione dei quelli fissati per il 2020, è fondamentale volgere lo sguardo al futuro e muovere ulteriori passi in avanti nelle aree cruciali”⁴¹

(Li, 2012)

La riforma sanitaria viene considerata un passo importante non solo per assicurare il diritto di salute alla popolazione, ma anche una base per assicurare e migliorare il benessere pubblico dei cittadini. È intesa come una solida rete di collegamento tra lo sviluppo socio-sanitario e quello economico, che permette la nascita di un *welfare* pubblico, non solo dal punto di vista sanitario, ma anche dal punto di vista della qualità di vita e del progresso economico. Per questo motivo, è importante soddisfare le priorità della nuova riforma, che si riassumono in tre punti chiave alla base del piano regolatore presentato nel 2012:

- *estendere l'assicurazione sanitaria di base*, che in sostanza si concretizza nell'inserire nelle liste mediche sia gli abitanti delle zone rurali sia i residenti disoccupati delle aree urbane e fornire loro la possibilità di sostenere le spese mediche. A questo proposito il Governo rimborserà ai pazienti il 70% delle spese di ospedalizzazione, per un tetto massimo di 50.000 yuan.
- *aggiustare i prezzi e il sistema di distribuzione dei farmaci*, per evitare che gli ospedali e i medici prescrivano farmaci costosi e inutili. Per il raggiungimento di questo obiettivo, il Governo ha deciso di uniformare l'acquisto dei farmaci, promuovendo la vendita di farmaci di base senza ricarico del prezzo, assicurandone la qualità e l'efficienza.
- *riformare gli ospedali pubblici* e creare una rete di collaborazione tra i medici di base, le strutture sanitarie di distretto e gli ospedali pubblici, rendendo possibile lo scambio di trattamenti, personale medico e conoscenze tra i vari enti. Gli ospedali di distretto, che hanno in carico circa 900 milioni di persone, rappresentano una ponte tra i grandi ospedali e i medici di base, per questo motivo la riforma mira a trasformare gli ospedali pubblici in strutture di distretto, in modo da monitorare al meglio la sanità pubblica, abolendo inoltre la possibilità per gli ospedali di finanziare le proprie casse tramite la vendita di farmaci.⁴²

Il piano stilato dal Governo è un programma molto ambizioso, che mira a creare un Sistema sanitario nazionale al pari degli altri Paesi. Data la situazione in cui versa e l'importanza che ormai ha assunto a livello mondiale, la Cina non può permettersi di fare passi indietro. La tutela del diritto alla salute è uno degli emblemi che delineano

⁴¹ Li, K. (2012). *Deepening the Reform of Health Care*. http://english.qstheory.cn/leaders/201204/t20120401_149156.htm (data di consultazione: 29/10/2013).

⁴² 国家卫生计生委体制改革司 (2013). *国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2013 年主要工作安排的通知*. <http://www.nhfpc.gov.cn/tigs/s7846/201307/e32ef659410449baa79808a00849eb91.shtml> (data di consultazione: 3/12/2013).

un Paese moderno, all'avanguardia e soprattutto civile, caratteristiche da cui la Cina ormai non può più prescindere.

4. Differenze fra i due sistemi sanitari.

Il Servizio sanitario nazionale italiano e il Sistema sanitario cinese rappresentano due elementi molto diversi e difficilmente paragonabili.

Il Servizio sanitario italiano considera il diritto alla salute un valore imprescindibile per il benessere della società. Come ribadito anche dall'art. 32 della Costituzione, la salute è un diritto fondamentale dell'individuo, il cui rispetto non può essere violato da nessuno, men che meno dalla legge. La struttura e i principi che regolano il nostro servizio sanitario si attengono a quanto stabilito dalla Costituzione, tanto che in Italia l'intera popolazione gode della possibilità di accedere alle cure, dalla classe dei più ricchi alla classe dei più poveri.

Dall'altra parte del mondo, l'art. 45 della Costituzione che sancisce il diritto alla salute dei cittadini recita così:

I cittadini della Repubblica Popolare Cinese hanno il diritto all'assistenza da parte dello Stato e della società in condizioni di anzianità, malattia o disabilità. Lo Stato fornisce l'assicurazione sociale, l'assistenza sociale e i servizi medici e sanitari necessari ai cittadini per godere del suddetto diritto.

Lo Stato e la società garantiscono i mezzi di sussistenza ai membri disabili delle forze armate, erogano pensioni alle famiglie dei martiri e offrono privilegi alle famiglie dei militari.

*Lo Stato e la società contribuiscono agli accordi per il lavoro, per i mezzi di sussistenza e per l'istruzione di non vedenti, sordomuti e di altri cittadini portatori di handicap.*⁴³

Il diritto alla salute viene considerato come garanzia di cura agli indigenti ma non come diritto assoluto dell'individuo. Con il tempo, ci si è trovati davanti a un servizio che ha relegato in fondo alla scala delle priorità il benessere sia individuale sia collettivo, facendo emergere, di contrasto, gli interessi di coloro che dovrebbero generare e garantire condizioni ottimali di salute. La differenza sostanziale sta proprio in questo: il Ssn italiano si adopera per il rispetto dell'individuo e del suo bisogno di salute, il Servizio sanitario cinese, invece, pecca nel non riuscire a salvaguardare il benessere di un individuo, parte di una società, considerando come aventi diritto alle cure solo gli indigenti e altre categorie sociali, oltre che favorendo gli interessi economici propri e contribuendo all'arricchimento di molti medici e ospedali.

Con questo non si sta condannando l'uno ed elogiando l'altro; il Sistema sanitario italiano fallisce infatti in molte occasioni. Se da una parte è vero ed è dimostrato che

⁴³ 中国人民代表大会 (2004). 2004年3月14日第十届全国人民代表大会第二次会议通过的《中华人民共和国宪法修正案》修. <http://www.npc.gov.cn/> (data di consultazione: 3/12/2013).

la salute è garantita a tutti, dall'altra bisogna tenere conto delle lunghe liste di attesa per ricevere le cure di cui si necessita. Un paziente che ha il diritto all'esenzione, o colui che, non potendosi permettere visite private, si rivolge all'Asl di appartenenza per sottoporsi a visite ed esami, si trova molto spesso a dover aspettare mesi e mesi prima di poter accedere alle prestazioni di cui ha bisogno. Chi ha le possibilità economiche si rivolge a strutture private o a liberi professionisti, pagando anche centinaia di euro per una prestazione, chi invece non può resta in balia del proprio destino.

Di contro, se è vero che il Sistema cinese fallisce in molti ambiti, è pur vero che sta attuando tutte le riforme necessarie per risanare il debito contratto con il benessere della società.

Altra nota dolente del Sistema sanitario cinese è la contraffazione dei farmaci. Come recita un articolo di giornalismo d'inchiesta pubblicato nel febbraio 2013:

“La gran parte dei farmaci contraffatti, sia quelli sotto brevetto che gli equivalenti, è prodotta in Asia, Cina e India soprattutto. Farmaci estremamente simili agli originali - continua Brovelli - tanto da trarre in inganno. A parte la forma, il colore e il tipo di confezionamento, però, non hanno altro in comune con il farmaco legale, e anzi spesso contengono eccipienti molto rischiosi, soprattutto i coloranti. Inoltre passa per la rete il mercato illegale degli ormoni della crescita e delle sostanze per il doping”.

(Naselli, 2013)⁴⁴

Molto spesso si tratta di sottodosaggi e farmaci a base di essenze vegetali con residui inquinanti, che scatenano una diffidenza crescente verso le case farmaceutiche, sempre più al centro di scandali ed episodi di corruzione. A pagare le conseguenze dell'illegalità di queste azioni è in particolare la MTC. Chi ci si rivolge, infatti, ha estrema fiducia nei suoi rimedi naturali ed episodi del genere provocano un malcontento generale che porta i pazienti, insieme all'opinione pubblica, ad allontanarsene.

Il Drug Administration Law è l'atto volto a regolamentare la produzione, la vendita e il controllo dei farmaci: contiene i requisiti da rispettare per la creazione di un farmaco, le linee guide che ne regolano la vendita e le sanzioni che ne puniscono la contraffazione (si va da sanzioni pecuniarie fino alla privazione della licenza per produrre). Nonostante ci sia ancora molto da fare, gli interventi dello Stato, non ultima una *taskforce* del 2009 volta a chiudere ed eliminare siti *web* e pubblicità di farmaci contraffatti e a sensibilizzare i cittadini tramite programmi di educazione all'acquisto di medicinali tramite canali legali,⁴⁵ hanno avuto e stanno continuando ad avere risultati positivi.

⁴⁴ Naselli, E. (2013). *Mondo tarocco. Occhio ai farmaci, uno su dieci è contraffatto*. http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2013/02/11/news/mondo_tarocco_farmaci_contraffatti-52084074/ (data di consultazione: 10/09/2013).

⁴⁵ Sun, L. (2010-2012). *Anti-counterfeiting Situation in China*. www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/cdraWM-1_2Dec.pdf (data di consultazione: 28/10/2013).

Al termine di questo *excursus* sulle differenze tra i due sistemi sanitari, non può non essere citata la MTC che in Cina, fatta eccezione per gli scandali di contraffazione dei farmaci, gioca un ruolo ancora importante. È parte integrante del Sistema sanitario nazionale, nonché una valida alternativa per determinati tipi di patologie croniche, a costi inferiori della Medicina Occidentale. Inoltre, anche se le grandi strutture ospedaliere offrono servizi sanitari sempre più in linea con la Medicina Occidentale, c'è ancora un 40% della popolazione che continua a rivolgersi alla MTC, per la provata efficacia nei confronti di determinate patologie, per la minore invasività, oltre che per motivi economici.

CAPITOLO TERZO

1. Cinesi e sanità italiana: incontro o scontro?

La Conferenza Internazionale della Sanità, tenutasi a New York nel 1946, definì il concetto di salute come:

uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del miglior stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate.

Alla luce di queste parole, la mia attenzione si è focalizzata sulla condizione di salute delle comunità cinesi presenti in Italia e su quanto sia possibile trovare, all'interno delle loro situazioni, tracce concrete del testo appena riportato.

Osservandoli dall'esterno, i cinesi vengono considerati come un insieme di persone accomunate dalle stesse origini e dagli stessi tratti somatici che, chiuse nel loro gruppo di appartenenza, dedicano il proprio tempo al lavoro. Avvicinandosi di più, però, il quadro si allarga: sono persone che, insieme alle loro famiglie e ai propri amici, chi presente in maniera regolare chi da clandestino, hanno esigenze e bisogni proprio come noi italiani, tra questi il bisogno di salute è uno dei più importanti. A differenza degli autoctoni però, si trovano di fronte a barriere linguistico-culturali che impediscono loro di vivere in "un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale" (Conferenza Internazionale della Sanità, 1946).

La mia ricerca è partita chiedendomi come facessero i cinesi a curarsi, a chi si rivolgessero nel caso di una semplice influenza o di problemi più gravi, dando il via al mio lavoro. Mi sono recata in alcune delle città con maggior numero di presenze cinesi, Reggio Emilia, Prato e Roma, cercando di capire come si muovessero i cinesi nel momento del bisogno, a chi chiedessero aiuto e come si adoperassero le strutture sanitarie, sia pubbliche sia private, insieme o separatamente dalle associazioni di volontariato, per soddisfare la richiesta di salute di questa popolazione, considerando come primo ostacolo da risolvere il fattore linguistico.

Il risultato mostra spaccati diversi a seconda delle città visitate: a Reggio Emilia e Prato, l'intervento delle Aziende sanitarie è più visibile di quanto accada a Roma, dove l'unico posto in cui un paziente cinese privo di mezzi materiali e culturali può esprimersi liberamente è il Poliambulatorio della Caritas. Nelle prime due città, in seguito ad una necessità pratica dovuta all'elevato numero di presenze cinesi, le strutture sanitarie si sono adoperate per salvaguardare la salute dell'intera popolazione nella sua collettività. Nella capitale, pur essendoci l'evidente necessità di risolvere la situazione di disagio in cui si trovano le comunità cinesi, manca un interesse effettivo alla questione.

Nel paragrafo successivo illustrerò più nello specifico le misure intraprese dalla sanità italiana nelle varie città per riuscire a rispondere in maniera adeguata alla richiesta di salute della popolazione cinese o quanto meno per riuscire a migliorare la situazione socio-sanitaria.

1.1. La sanità italiana e la sua risposta alla domanda di salute della popolazione cinese: varie organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie.

L'interesse della sanità italiana verso la richiesta di salute delle comunità cinesi presenti sul territorio si traduce in provvedimenti e progetti applicati a livello locale dalle singole Aziende sanitarie o organizzazioni di volontariato che si occupano dell'ambito socio-sanitario. Questo spiega il perché delle differenze tra le varie aree della nostra Nazione. Non c'è infatti una direttiva a livello nazionale che guidi il lavoro delle regioni o delle ASL a seconda delle situazioni concrete che si trovano a fronteggiare, ma ci sono decreti e leggi presenti nel Testo Unico sull'immigrazione, il testo che contiene le indicazioni legislative necessarie in materia di immigrazione e di cui tratterò più avanti al paragrafo 1.2, che garantiscono in linea generale le cure agli immigrati. Partendo da queste legislazioni, ogni ASL opera in base alle proprie esigenze e alla propria realtà.

Le città visitate per cercare di fotografare le varie situazioni italiane, oltre che per il numero di presenze cinesi, sono state scelte grazie alla disponibilità dei vari enti e delle varie strutture a presentare il proprio lavoro.

1.1.1. L'esperienza di Reggio Emilia.

Reggio Emilia, capoluogo dell'omonima provincia, è una città che ormai da decenni convive con la presenza di immigrati cinesi. Anno dopo anno, con l'aumentare dei residenti registrati, le attività commerciali di proprietà cinese sono diventate sempre più numerose: bar e locali multietnici stanno ormai spopolando,¹ ma, di pari passo con i regolarmente soggiornanti, è aumentato anche il numero degli irregolari. Se da un lato, i primi, lavorando e integrandosi, riescono a usufruire dei servizi erogati dal Ssn, pur con le relative difficoltà linguistiche, dall'altro, gli immigrati clandestini versano in condizioni precarie per motivi economici oltre che linguistici.

Nell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia (AUSL), dall'ottobre 1998 opera il Centro per la Salute della Famiglia Straniera, che eroga prestazioni sanitarie ai pazienti stranieri presenti sul territorio privi di permesso di soggiorno,² di concerto con la Caritas. Le due strutture, che collaborano ormai da anni, offrono ai cittadini non aventi diritto all'assistenza sanitaria visite con medici di base o specialistiche,

¹ Manini, F. (2013). *Reggio, un bar su tre è dei cinesi*. <http://gazzettadireggio.gelocal.it/cronaca/2013/07/21/news/nuovi-imprenditori-la-tendenza-1.7455843> (data di consultazione: 5/8/2013).

² Sun, S., M. Sparano, L. Panna, P. Bevolo & M. Manghi. *Il Drago e la Fenice*. Reggio Emilia: Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia.

informazioni e consulenze legali, visite ginecologiche e pediatriche e farmaci essenziali. Gli ambulatori sono ubicati in zone diverse della città e per potersi sottoporre ad una visita occorre presentarsi all'apertura degli ambulatori, che, negli orari di lavoro, forniscono un servizio di mediazione culturale in lingua cinese, araba, russa, albanese, inglese, francese. Attraverso una cartella clinica informatizzata, i due ambulatori possono visualizzare in tempo reale, e in qualsiasi momento ne abbiano bisogno, i dati dei pazienti, garantendo in questo modo un servizio veloce ed efficace.

L'ambulatorio che ho visitato nel mese di settembre 2013 è ubicato nella struttura dell'AUSL, in Viale Monte San Michele 8/A. L'accesso è generalmente libero in quanto non bisogna prendere alcun appuntamento, nei giorni di apertura i pazienti muniti di codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), un codice rilasciato esclusivamente ai cittadini stranieri senza permesso di soggiorno per accedere alle cure mediche, si presentano all'ambulatorio, vengono accolti da un operatore socio-sanitario che, dopo aver raccolto i nominativi, gestisce l'afflusso degli utenti. Possono accedere alle cure di medicina di base, al servizio ostetrico-ginecologico e alle cure pediatriche, sempre accompagnati da un interprete.³ Per quanto riguarda le visite specialistiche, tramite la cartella clinica informatizzata, viene preso l'appuntamento con lo specialista presso l'ambulatorio della Caritas.

Le interpreti collaborano con l'ambulatorio tramite una convenzione stipulata tra l'AUSL e la Cooperativa sociale e di solidarietà "Dimora D'Abramo", dalla quale vengono stipendiate. La loro presenza è fondamentale per lo svolgimento delle visite. Ho potuto assistere personalmente alcune di queste interpreti, riscontrando una completa fiducia da parte del paziente nei loro confronti che, essendo madrelingua, rappresentano un punto di riferimento per qualsiasi tipo di chiarimento. Il servizio di mediazione ha fatto sì che il numero di utenti cinesi crescesse negli anni e soprattutto ha funzionato come calamita per le donne, soprattutto in gravidanza.

Di fronte a un'utenza femminile sempre più numerosa è nata l'idea di avviare un corso per donne cinesi in gravidanza, in modo da permettere loro di uscire da una condizione di "solitudine linguistica, relazionale e familiare che a volte impedisce di utilizzare pienamente i corsi per le donne italiane" (Sun, Sparano, Panna, Bevolo & Manghi) e di poter affrontare con più consapevolezza i mesi della gravidanza, il momento del parto e il periodo post-parto.

Il corso, condotto da un'ostetrica del Consultorio, dalle psicologhe e dall'interprete, ha permesso alle donne in dolce attesa di arrivare preparate al fatidico momento, sia da un punto di vista psicologico sia da un punto di vista pratico, mostrando loro i reparti specifici dell'ospedale e gli esami a cui sarebbero state sottoposte. I punti trattati sono stati molteplici e il confronto con esperti ha permesso l'incontro tra due culture molto diverse, tra superstizioni e tradizioni lontane che unite hanno alleviato le preoccupazioni delle pazienti.

L'attenzione è stata posta sul concepimento e la gravidanza, sul parto e la relativa assistenza, sull'accudimento del bambino, l'allattamento e la contraccezione, senza

³AUSL Reggio Emilia. *Centro per la Salute della Famiglia Straniera*. <http://www.ausl.re.it/centro-per-la-salute-della-famiglia-straniera.html> (data di consultazione: 13/09/2013).

trascurare gli aspetti simbolici della cultura cinese. Di fondamentale importanza è stata la presenza dell'interprete che, lavorando di concerto con l'ostetrica, non ha semplicemente spiegato al meglio i passi fondamentali da compiere, ma ha permesso alle donne di aprirsi, di condividere le proprie esperienze e opinioni, in modo da sentirsi meno sole.

Il nome, “*Drago e Fenice*”, è stato scelto insieme alle partorienti, in modo da farle sentire parti integranti del tutto. È stato proposto da una delle mamme del primo ciclo di incontri, in quanto riassume sia il desiderio di avere un maschio sia il desiderio di avere una femmina. Il Drago, nella cultura cinese, indica l'Imperatore, la potenza; la Fenice invece, con la sua tenacia, l'Imperatrice, da qui il nome dato in maniera unanime al corso.⁴

Alle future mamme è stato fornito del materiale didattico, opportunamente tradotto dall'interprete, e insieme alle nozioni basi di ginecologia, sono state fornite lezioni di italiano, inserendo le parole utili attinenti al parto, come per esempio “spingi”, “non spingere” e così a seguire. Questa parte del corso, insieme alla parte che comprendeva la visita all'ospedale, sono stati i momenti a partecipazione più intensa. Tutte le donne, con *block notes* alla mano, hanno cercato di fissare più parole e informazioni possibili, non senza difficoltà, ma accompagnate da un forte entusiasmo.⁵

A conclusione di tutto, il corso pre-parto si è rivelato un grande successo. Le future mamme non solo hanno imparato nozioni fondamentali per la propria salute e per quella del bambino, ma hanno trovato un ambiente ospitale dove poter sfogare le proprie ansie e dove poter allacciare rapporti di amicizia con le connazionali.

Il corso e l'intero lavoro svolto dai due ambulatori rappresentano un esempio efficace ed efficiente di ciò che vuol dire rispondere al bisogno di salute di un popolo. Il lavoro sincrono di due strutture diverse, come l'AUSL e la Caritas, ha portato e porta a buoni risultati, fondamentali sia per la popolazione cinese sia per la popolazione totale presente sul territorio. La salute della collettività infatti dipende dalla salute del singolo.

1.1.2. L'esperienza di Prato.

La realtà di Prato è molto più variegata rispetto a quella di Reggio Emilia. Conosciuta come la città emblema della presenza cinese in Italia, la città toscana si è adeguata alle esigenze di questi cittadini grazie alle misure prese da più figure: singoli medici, Caritas, enti privati e ASL 4.

⁴Sun, S., M. Sparano, L. Panna, P. Bevolo & M. Manghi. *Il Drago e la Fenice*. Reggio Emilia: Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, p. 20.

⁵Sun, S., M. Sparano, L. Panna, P. Bevolo & M. Manghi. *Il Drago e la Fenice*. Reggio Emilia: Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia. p. 22.

La conoscenza di un ragazzo cinese di nome Lin Aqiu mi è stata molto utile per riuscire a visitare i posti frequentati dai suoi connazionali. Lin Aqiu vive a Prato da circa tre anni, lavora a cottimo in una fabbrica di *jeans* e vive in un appartamento con altri suoi colleghi. Mi racconta di riuscire a confezionare in media 70 capi al giorno, per una paga di un euro a *jeans*, ritenendosi però soddisfatto in quanto le spese dell'appartamento e del vitto sono a carico del datore di lavoro. Non ha potuto dirmi nulla sulla questione sanitaria in quanto non ha mai avuto bisogno di cure mediche, ma si è offerto di farmi conoscere le zone d'interesse cinese della città. La prima impressione che ho avuto è stata quella di una città che, da una parte, stanca della loro presenza, vorrebbe che andassero via; dall'altra invece, rendendosi conto di trovarsi di fronte ad una popolazione sempre più stabile all'interno del proprio territorio, ha cercato un punto d'incontro. Ed ecco che saltano agli occhi farmacie italiane con insegne cinesi e con servizio di mediazione, ambulatori con medici che di propria iniziativa hanno assunto interpreti madrelingua e altri centri medici che forniscono un servizio prevalentemente attento alle esigenze di questa comunità, con interpreti alla *reception* e presenti durante le visite. In questa realtà così diversificata, un grande lavoro è svolto anche dalla Caritas e altre misure sono state prese dalla ASL 4.

La caratteristica rilevante di questa realtà è che i servizi offerti riescono a incontrare sia le esigenze dei cittadini regolarmente presenti sia i bisogni dei cittadini senza permesso di soggiorno, tutelando così entrambe le fasce della popolazione immigrata.

Le strutture che ho personalmente visitato sono:

- *Ambulatorio della Caritas;*
- *Centro medico;*
- *Studio medico in via Pistoiese, cuore della Chinatown pratese.*⁶

L'*ambulatorio della Caritas* è ubicato nei locali del Centro Socio Sanitario "Roberto Giovannini" dell'ASL 4 di Prato, con la quale da anni intercorrono rapporti di collaborazione. Il servizio è rivolto agli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno, muniti di codice STP. Le visite garantite sono visite di medicina di base, erogate da medici volontari, e servizi infermieristici. Durante i giorni di apertura è presente un medico di base, un'infermiera, una psicologa e un interprete madrelingua. L'*ambulatorio* apre circa un'ora prima dell'arrivo del medico, per garantire lo svolgimento delle pratiche burocratiche necessarie. Il paziente che deve effettuare la prima visita, appena arrivato viene accolto dall'infermiera con la quale ha un breve colloquio per capire i motivi della visita, riceve poi un numero e viene accompagnato dalla psicologa, la dottoressa Alessandra Bondi che, responsabile dell'accoglienza straniera, registra i vari dati del paziente in un sistema informatizzato e crea una cartella clinica completa, uguale alla cartella clinica ospedaliera. Successivamente viene visitato e, in caso abbia bisogno di un consulto da uno specialista, riceve una prescrizione medica per poter prendere l'appuntamento con chi di dovere. L'unico specialista presente nell'*ambulatorio* è un cardiologo volontario che, portando la propria attrezzatura, eroga esami strumentali come

⁶I nomi del Centro medico e dello Studio medico sono stati omessi per questioni di privacy.

l'Elettrocardiogramma. Questo accade perché molto spesso, in situazioni delicate, non è possibile attendere la lungaggine dei tempi del CUP (Centro Unico di Prenotazione).

Il lavoro appena descritto, nel caso dei pazienti cinesi, è possibile grazie alla presenza dell'interprete che li accompagna passo dopo passo nel percorso sanitario. Essa, remunerata dalla Caritas, è una figura fondamentale, di cui i pazienti ormai hanno piena fiducia e alla quale si affidano completamente. Come afferma anche uno dei medici volontari con cui ho avuto la possibilità di parlare, il dottor M. A., "l'interprete è un tramite indispensabile per poter giungere a una diagnosi e una terapia effettiva". "La lingua è un grande ostacolo – continua il dottor M. A. – e nonostante con la presenza dell'interprete venga meno il rapporto diretto con i pazienti, è l'unico modo per comunicare con loro. Le problematiche non si limitano alla sfera linguistica, abbracciano anche quella culturale: è difficile far capire cosa sia una malattia cronica e come bisogna curarla, non riescono a concepire il fatto che non possa essere curata immediatamente. E questo è un problema, perché molti sono affetti da diabete e malattie gastroenterologiche che necessitano di terapie a lungo termine. Si potrebbe fare un passo verso di loro, cercando di imparare la lingua, anche se è complicato".

Il *Centro medico*, nato nella *Chinatown* di Prato, è un centro giovane, fondato circa tre anni fa. L'iniziativa è sorta dalle osservazioni di ragazzi italiani che frequentando la zona di Prato e stringendo amicizia con cittadini cinesi, si sono resi conto della condizione di isolamento in cui versavano, soprattutto dal punto di vista medico. Allora perché non aiutarli? Nasce così questo centro, con insegne italo-cinesi. I pazienti sono arrivati spontaneamente, tramite il passaparola dei connazionali che sottolineavano la presenza dell'interprete. Le prestazioni erogate corrispondono a servizi ambulatoriali e prelievi ed inoltre ai pazienti viene fornito il giusto sostegno in caso di difficoltà burocratiche e sociali. I medici sono italiani, coadiuvati dalla presenza dell'interprete quasi obbligatoriamente madrelingua, in quanto si è riscontrata una tendenza dei pazienti a fidarsi di più dei propri connazionali. In altre realtà come poste o banche, infatti, la nazionalità dell'interprete non è così rilevante come lo può essere quando si parla della propria salute. Le prestazioni erogate sono a pagamento, ma anche chi ha diritto ad accedere al Ssn preferisce rivolgersi al centro e pagare, piuttosto che rispettare e seguire i tempi d'attesa della sanità pubblica. Ciò che viene evidenziato dalla ragazza addetta all'accoglienza, indicata di seguito con le iniziali V. B., è che la maggior parte dei pazienti sono persone che lavorano e, come spesso affermato anche dagli stessi pazienti, non hanno tempo da perdere dietro alle cure, ecco perché preferiscono pagare, ma essere serviti velocemente.

Intervista a una dottoressa del Centro e a V.B. Dialogando con V. B. sono riuscita a raccogliere dati e testimonianze sull'approccio dei pazienti cinesi alla nostra realtà, completamente diversa dalla loro. "Sono abituati a risolvere tutto e subito e non si fidano di una terapia per via orale. Dopo la prima pasticca si aspettano di guarire e se questo non accade tornano a lamentarsi, chiedendo flebo e punture, così come erano abituati a fare in Cina", afferma la ragazza. "Il nostro non è un lavoro limitato a curare le malattie e quindi a permettere la guarigione, cerchiamo di diffondere un'educazione sanitaria più corretta, a cui non sono abituati. Molto

spesso, infatti, accade che pazienti appena tornati dalla Cina ci vengano a chiedere la prescrizione di un farmaco acquistato lì, fermi nella volontà di volersi curare solo con quel medicinale.”

È un rapporto complicato, quindi, che va oltre la lingua, si radica nella diversità di due culture e due approcci molto diversi. La dottoressa M. B. ce lo conferma: “descrivono sintomi in modo diverso dal nostro, per poter capire il loro problema bisogna lavorarci un po’ su, ovviamente con l’aiuto dell’interprete che, essendo madrelingua, riesce a capire cosa vogliono dire. Hanno difficoltà nell’accettare la terapia e per far capire il perché di tante mie scelte devo spiegare come funziona il nostro corpo e l’anatomia. Richiedono subito gli esami specialistici. Le problematiche riscontrate maggiormente sono ipertensione, diabete, gastroenterite, calcoli renali ed epatite B perché non vaccinati. Con il tempo fortunatamente sono state abbandonate le pratiche di aborti facili. Molti sono stati i casi di problemi psicologici, come depressione, ansia e schizofrenia, ma a questi pazienti consiglio il ritorno in Cina, in quanto la presenza dell’interprete non permette la nascita del rapporto empatico tra paziente e medico, anche se loro non comprendono la gravità di queste malattie, non considerandole tali.”

Lo *Studio medico in via Pistoiese* sorge nel cuore della *Chinatown* pratese, come del resto il centro appena descritto. La posizione strategica vuole che sia adiacente ad una farmacia che si avvale ormai da anni della collaborazione di quattro interpreti cinesi.⁷ Entrando nello studio, ciò che si nota immediatamente sono gli avvisi scritti in caratteri cinesi e la presenza di pazienti cinesi in attesa. Alla *reception* mi viene fatto il nome di un medico che lavora prevalentemente con cinesi e che mi riceverà poco dopo. Il dottor P.T. è un medico generalista convenzionato con l’ASL 4 di Prato. Negli studi di via Pistoiese svolge prevalentemente attività di medicina generale e ad un certo punto, trovandosi di fronte a un’affluenza di pazienti cinesi sempre maggiore, ha deciso di trovare un punto d’incontro con questo gruppo di clienti così particolari, assumendo una segretaria cinese madrelingua che fungesse anche da interprete, garantendo così la possibilità ai cinesi di curarsi.

- *Intervista al dottor P. T.* Il dottor P. T. mi dedica volentieri un po’ del suo tempo per parlare di questi curiosi pazienti, con i quali afferma di avere un bellissimo rapporto. “Il rapporto con i pazienti cinesi è un rapporto diretto, scevro da chiacchiere, non hanno tempo da perdere, vengono qui per risolvere e andare via. Espongono con chiarezza ciò che sentono, senza troppo pudore, l’importante è che il medico risolva il problema, anche nel caso in cui sia una donna di fronte a un medico uomo. Inoltre, se hanno da lavorare non vengono, sottovalutano i propri sintomi. Ho circa 950 pazienti cinesi – continua – con i quali non ho nessun tipo di problema, purché ci sia l’interprete. È una figura in cui ho investito, perché fondamentale, ma se invece che cinese fosse stata italiana non sarebbe stata la stessa cosa, i pazienti avrebbero avuto meno fiducia e ci sarebbero state più difficoltà nello svolgimento della visita. Il Ssn non ha affrontato tempestivamente la

⁷ Lardara, M. (2013). *Chinatown è un affare per gli italiani*. <http://iltirreno.gelocal.it/prato/cronaca/2013/08/23/news/chinatown-e-un-affare-per-gli-italiani-1.7622644> (data di consultazione: 13/09/2013).

questione dei cinesi e della loro richiesta di salute e questi ultimi, per cercare di risolvere i propri problemi, si sono organizzati tra di loro, tramite prescrizioni clandestine; ora per fortuna si inizia ad assumere interpreti, ma molti continuano con le proprie abitudini, come per esempio aborti clandestini, medici cinesi non autorizzati e anche medici italiani che se ne approfittano. Non chiedo mai se è soddisfatto o meno – continua il dottore – se hanno delle rimostranze da fare, le fanno senza problemi”. Per quanto riguarda le malattie, afferma che “il diabete e l’ipercolesterolemia sono patologie molto diffuse. Ulcere e ipertensione occupano una percentuale altrettanto alta. Una caratteristica è che credono che siano sufficienti gli esami di diagnostica strumentale per curarsi, perché in Cina sono abituati a pagare, fare l’esame e tornare a casa”.

La sua interprete C. parla delle problematiche dei cinesi, del fatto che spesso anche i cittadini regolari non sanno orientarsi negli iter da seguire per poter accedere ad un servizio sanitario. Capita che, per problemi linguistici, si facciano inviare medicinali dalla Cina; preferiscono spendere soldi, piuttosto che andare dal medico.

Ulteriori luoghi a cui la comunità cinese indigente può rivolgersi sono:

- la *ASL 4 di Prato*, dove è presente un servizio di mediazione in lingua cinese per il reparto di Ostetricia e Ginecologia;
- il centro *Futura Medical srl* in via Marini, nato nell’anno 2011. È un centro a capitale misto, i cui soci maggioritari sono cinesi. Il paradosso nasce proprio da questo: se fino ad ora ci si è dovuti impegnare per stampare volantini e brochure in cinese, adesso lo stabile di via Marini “presto stamperà le brochure in italiano” (Lardara 2011), afferma uno dei soci di maggioranza. Il centro è infatti indirizzato alla comunità cinese presente sul territorio ed eroga quindi servizi in lingua cinese. È uno studio medico non convenzionato con la ASL che offre svariati servizi, da Medicina Generale a sedute di Fisioterapia.⁸

La realtà di Prato, come già affermato in precedenza, presenta diverse sfaccettature che tendono a includere tutte le tipologie di richiesta di salute. A differenza delle situazioni che si possono trovare a Reggio Emilia o a Roma, come si vedrà in seguito, a Prato i cinesi non rappresentano solamente la parte debole della popolazione, ma sono anche dei cittadini ben integrati, con un lavoro e una stabilità economica che permettono loro di poter ricevere cure in strutture private o di fare donazioni per migliorare i servizi sanitari della città.

La comunità cinese, infatti, ben radicata nel territorio pratese, a differenza di quanto si dica è molto attenta alle problematiche della città, tanto che, nel 2013, fece un’ingente donazione all’area materno-infantile del nuovo ospedale di Prato, permettendo l’acquisto di attrezzature utili e di ridisegnare il look del reparto. Grazie a questo contributo, è stato possibile attuare “un intervento importante per offrire

⁸ Lardara, M. (2011). *Nuovo centro medico italo-cinese*. <http://iltirreno.gelocal.it/prato/cronaca/2011/11/09/news/nuovo-centro-medico-italo-cinese-1.2789981> (data di consultazione: 13/09/2013).

familiarità e comfort a questi ambienti e per creare sinergie tra la vita ospedaliera e quella quotidiana” (Azienda ASL 4 Prato: 2014).

1.1.3. Roma.

La città di Roma si è rivelata essere la più disorganizzata dal punto di vista sanitario. Se nelle strutture sanitarie di altre città è possibile avere la garanzia della presenza di un interprete di lingua cinese, ciò non accade nella capitale. Fatta eccezione per il Poliambulatorio della Caritas, di cui parlerò dettagliatamente nel paragrafo 4.4 del capitolo 4, è difficile trovare ospedali o strutture sanitarie che assicurino la presenza di una figura fondamentale come quella dell'interprete.

In passato ci sono stati dei progetti nati in aiuto delle popolazioni immigrate, come per esempio il “*Counseling telefonico nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS*” parte del progetto “*Creazione e coordinamento di una rete tra Servizi telefonici governativi e non, impegnati nella prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS*” portato avanti dall'Istituto Superiore di Sanità fino all'anno 2009, che sono stati però interrotti a causa di mancanza di fondi.

Il progetto, che vedeva la partecipazione di interpreti di diverse lingue, tra cui quella cinese, aveva lo scopo di aiutare le persone affette da tale virus, instaurando “una vera e propria relazione d'aiuto tra un operatore, con competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali specifiche e una persona/utente che esprime una richiesta, un bisogno, una necessità, all'interno di un processo intenso, limitato nel tempo, focalizzato sul problema “emergente” nel qui ed ora”. (Istituto Superiore di Sanità, 2009). L'operatore telefonico, dopo una prima fase di ascolto, vagliava insieme all'utente le strade da poter percorrere in vista di una soluzione, forniva le giuste informazioni e, attraverso le sue indicazioni, permetteva al paziente di adottare un approccio diverso nei confronti del problema, facendo sì che l'utente uscisse dalla sua condizione di solitudine e lo affrontasse in maniera concreta.

Cercare di capire l'offerta attuale della sanità a Roma non è stato semplice e, dai dati e dalle testimonianze che ho avuto modo di raccogliere, le risposte non sono confortanti. Ho effettuato delle interviste sia all'ospedale Umberto I sia all'ospedale San Gallicano, ma le risposte ricevute sono state negative: di interpreti non ce ne sono e per ora non c'è in atto nessuna iniziativa concreta per aiutare i pazienti cinesi, i quali spesso sono accompagnati da amici o parenti che conoscono qualche parola d'italiano in più, nonostante l'ospedale San Gallicano non sia nuovo del campo. In passato, infatti, per cercare di aiutare la comunità cinese, si è dotato di un servizio di mediazione, interrotto però nel 2010. A questo punto forse ci si dovrebbe interrogare sul perché a Roma, capitale, città multietnica, non ci si interessa delle condizioni di salute della popolazione immigrata, che rappresenta uno dei motori dell'economia cittadina.

Una nota positiva è invece il progetto di tesi, parte di uno studio sulle partorienti immigrate affette da epatite B, portato avanti da due studenti di medicina dell'Università “La Sapienza”, Luca Farogli e Susanna Giaché, guidati dalla professoressa G. Taliani. Lo studio ha come obiettivo principale quello di stimare la

prevalenza delle donne in gravidanza positive all'antigene dell'epatite B e in seguito, in caso di positività, sottoporre le donne, i neonati e i familiari conviventi alla profilassi necessaria al caso. Tutto questo sarà seguito da sei mesi di *follow-up* dei nuclei familiari per monitorare la situazione.⁹

Gli studenti hanno rilevato un'alta percentuale di donne cinesi portatrici dell'antigene (questo perché alle fine degli anni Ottanta in Cina si praticava la raccolta di sangue di villaggio in villaggio utilizzando sempre le stesse siringhe e gli stessi aghi)¹⁰ e si sono attivati per trovare un interprete disposto ad aiutarli. Una volta trovato, sono riusciti ad avvicinare sempre più donne cinesi e quindi a permettere loro di controllarsi e curare se stesse e l'intera famiglia in caso ce ne fosse bisogno.

Anche in questo caso, tutto è stato possibile grazie alla presenza dell'interprete, ma soprattutto grazie all'interesse di persone che, di fronte alla richiesta di salute di un individuo, si sono adoperate per cercare di soddisfarla. Inoltre, molto spesso l'accesso alle cure è limitato perché i pazienti non conoscono adeguatamente la propria situazione; questo studio ha infatti dimostrato che, permettendo loro di comprendere il proprio stato di salute, di venire a conoscenza di ciò che si può fare per migliorarlo, i pazienti cinesi rispondono in modo positivo, ancor più se aiutati linguisticamente, sfatando così il mito di essere una popolazione "chiusa".

1.2. Il rapporto con gli immigrati: legislazioni.

1.2.1. Il percorso verso il riconoscimento dell'assistenza sanitaria agli stranieri.

Il percorso del diritto all'assistenza sanitaria per gli immigrati, nel corso degli ultimi vent'anni, ha incontrato non poche difficoltà e attraversato non pochi cambiamenti. Avendo per molti anni ignorato il fenomeno migratorio che stava interessando l'Italia, i vari governi che si sono susseguiti si sono trovati a fronteggiare una situazione complicata anche sotto il punto di vista sanitario, portando alla nascita di leggi, provvedimenti d'emergenza, decreti e sanatorie *ad hoc*. Nell'anno 1995, infatti, il numero di norme emanate per garantire il diritto alla salute e l'accesso alle cure agli immigrati era pari a 27 Provvedimenti legislativi: 3 Leggi, 2 Decreti del Presidente della Repubblica (DPR), 6 Decreti Legge (DL), 16 Decreti Ministeriali (DM);¹¹ un insieme di norme che hanno reso ancor più difficile la fruibilità dei servizi sanitari, senza considerare che ciascuno di questi provvedimenti non menzionava in nessun caso i termini "clandestino" o "cittadino irregolare",

⁹Sagnelli, E. & G. Taliani. *Studio sulle partorienti immigrate HBsAg positive e i loro familiari: aspetti epidemiologici, di diagnosi, clinica e terapia*. Roma.

¹⁰Casti, L. & M. Portanuova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi*. Milano: BUR Futuropassato, p. 104.

¹¹Geraci, S. (2010). *Salute e immigrazione in Italia: il percorso dell'assistenza sanitaria*, in Bria, P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo, p. 453.

escludendo dal diritto alla salute una fetta estesa della popolazione immigrata presente sul territorio.

Dopo il 1995, sono stati emessi ulteriori decreti legge e note di chiarimento che hanno spianato la strada per la legge n. 40 del 1998, “*Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*”,¹² confluita successivamente in un *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero*, le cui disposizioni hanno rappresentato una svolta rispetto al quadro normativo precedente.¹³ Nel suddetto Testo Unico sono comparse infatti frasi come “non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno”¹⁴, dando in questo modo la possibilità di accedere alle cure anche alla fascia più debole della popolazione immigrata. È stata data importanza al principio di equità, tramite il quale i cittadini regolarmente soggiornanti potevano godere degli stessi diritti sanitari di un cittadino italiano e, per non discriminare i cittadini clandestini, è stato introdotto il divieto di segnalazione alle autorità giudiziarie da parte delle strutture sanitarie, permettendo loro di ricevere prestazioni sia essenziali sia urgenti.

Il TU è stato un punto di partenza dal quale hanno preso piede ulteriori iniziative volte a sostenere quanto stabilito dalle relative leggi e disposizioni ivi presenti. Un esempio è il Piano Sanitario Nazionale (PNS) per il triennio 1998-2000, che tra le priorità del Ssn italiano ha annoverato la salute degli immigrati stranieri, considerandoli parte dei soggetti deboli cui garantire assistenza sanitaria e copertura vaccinale al pari della popolazione italiana,¹⁵ così come il PNS per il triennio 2003-2005, che ha dedicato una propria sezione all’assistenza sanitaria per gli immigrati.

Durante il biennio 2006-2007 si è assistito a riflessioni di più ampia portata sull’argomento. Non ci si è limitati a considerare il diritto alla salute come diritto universale da concedere a ciascun individuo, sia esso italiano o straniero, ma le parole dell’allora Ministro della Salute Livia Turco hanno gettato le basi per nuove piattaforme di lavoro:

¹²Geraci, S. (2010). *Salute e immigrazione in Italia: il percorso del assistenza sanitaria*, in Bria, P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo, p. 455.

¹³Marceca, M. (2000). *La normativa sanitaria e l’accessibilità ai servizi*, in Geraci, S. *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Edizioni Anterem, p. 108.

¹⁴Geraci, S. (2010). *Salute e immigrazione in Italia: il percorso del assistenza sanitaria*, in Bria, P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo, p. 455.

¹⁵Marceca, M. (2000). *La normativa sanitaria e l’accessibilità ai servizi*, in Geraci, S. *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Edizioni Anterem, p. 111.

(...) Non è efficace l'integrazione a senso unico: non è solo la persona immigrata che si deve <integrare> col sistema salute; è anche il sistema salute che si deve integrare con i nuovi italiani! (...) Il nostro Sistema Sanitario è perfettamente in grado di curare i nuovi italiani senza costruire ghetti di isolamento. (...) Oggi un immigrato, sia pure illegale, può ricevere un set di servizi essenziali dal servizio pubblico. (...) Allora che manca? (...) ¹⁶

(Turco, 2006)

Questa domanda ha portato a profonde discussioni tanto da costituire, nel novembre 2006, presso il dicastero del Ministro Turco, la *Commissione Salute e Immigrazione*, volta a sanare le lacune emerse, rispondendo all'interrogativo sopra citato: mancano un giusto approccio culturale all'immigrato, sia regolare che non, la dovuta umanità nei rapporti con quest'ultimo, la mediazione culturale e la comunicazione in contesti a volte delicati, un'omogenea contribuzione alla spesa e l'adeguata prevenzione. ¹⁷

I buoni propositi e l'entusiasmo che hanno portato alla nascita della Commissione non si sono però rivelati sufficienti per raggiungere gli obiettivi prefissati: tutto ciò che è stato stabilito, tutti i documenti stilati, non sono stati mai tradotti in atti formali; inoltre, le azioni intraprese in seguito sono state avvolte da un'aurea di incertezza che ha reso sempre più difficile la condizione degli immigrati. Nel 2008, infatti, sono emersi nuovi quesiti riguardo la sicurezza sanitaria e le segnalazioni di stranieri irregolari richiedenti cure e assistenza medica. C'è stato un ribaltamento della situazione: in sede di discussione in Senato del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" (atto 733), in commissione congiunta Giustizia ed Affari Costituzionali, quattro senatori ed una senatrice della Lega Nord hanno proposto un emendamento che prevedeva l'abrogazione del comma 5 dell'articolo 35 del TU del 1998, in base al quale si vietava alle strutture sanitarie di segnalare l'accesso di uno straniero non in regola, salvo il caso in cui fosse obbligatorio un referto, a parità del cittadino italiano, e una modifica del comma 4 e 6 dello stesso articolo, che disponevano a carico del Ssn le spese per le prestazioni erogate a favore degli immigrati privi di risorse economiche sufficienti. ¹⁸ A questo è seguito un periodo di continua incertezza che non ha fatto altro che alimentare paure tra gli immigrati irregolari, i quali molto spesso sceglievano di non curarsi pur di non correre il rischio di essere denunciati oppure, pur volendosi curare, non potevano a causa delle difficoltà economiche, trasformandosi così in una minaccia sia per la propria salute sia per quella dell'intera nazione.

Successivamente, anche grazie all'impegno delle regioni, l'emendamento non è stato accolto, ma il clima di incertezza ormai creatosi non è stato d'aiuto per garantire una sicurezza sanitaria collettiva. Attualmente la posizione in ambito medico degli

¹⁶Geraci, S. (2007). *La salute degli immigrati: luci ed ombre*, in Caritas/Migrantes a cura di. *Dossier Statistico Immigrazione 2007. XVII Rapporto*. Roma: Idos edizioni.

¹⁷Geraci, S. (2007). *La salute degli immigrati: luci ed ombre*, in Caritas/Migrantes a cura di. *Dossier Statistico Immigrazione 2007. XVII Rapporto*. Roma: Idos edizioni.

¹⁸Geraci, S. (2010). *Salute e immigrazione in Italia: il percorso dell'assistenza sanitaria*, in Bria, P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo, p. 460.

immigrati è gestita da politiche locali che però fanno riferimento alle disposizioni del Testo Unico aggiornato al 13 ottobre 2013, presenti al titolo V, capo I, articoli 34, 35 e 36 che rinviano al capo VI, articoli 42, 43 e 44 del Regolamento d'attuazione per i dettagli operativi.¹⁹

L'art. 34, dal titolo *Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale*, stila le norme che gestiscono gli immigrati "regolarmente soggiornanti" sul nostro territorio in possesso di un permesso o carta di soggiorno validi. Ad essi viene riconosciuta l'uguaglianza di diritti e doveri con i cittadini italiani, tra cui l'iscrizione al Ssn. Inoltre, in caso di mancata residenza, il cittadino straniero e i suoi familiari a carico (comma 2) possono essere iscritti negli elenchi dell'Azienda sanitaria dove dimorano effettivamente (art. 42, comma 1).²⁰

L'art. 35, dal titolo *Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale*, contiene le norme sulle possibilità di ricevere assistenza sanitaria da parte di stranieri presenti in Italia per un breve periodo (comma 1) e inoltre

ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (...).

(Testo Unico sull'immigrazione, art. 35, comma 3, 4, 5 e 6)²¹

Per quanto riguarda questi ultimi, è previsto un codice dal nome Straniero Temporaneamente Presente, che può essere rilasciato da qualsiasi struttura sanitaria e riconosciuto su tutto il territorio nazionale (art. 43, comma 3). Tale codice non costituisce un documento di riconoscimento e non è valido come permesso di soggiorno, è un mezzo per accedere ai servizi sanitari che rende possibile la rendicontazione e il rimborso delle prestazioni effettuate e la prescrizione, su ricettario regionale, delle visite specialistiche e dei farmaci. Ha validità di sei mesi ed è sempre rinnovabile fino all'eventuale ottenimento del permesso di soggiorno.²²

¹⁹ Ministero della Salute. (1998), *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero*. <http://www.immigrazione.biz/legge.php?id=99> (data di consultazione: 3/10/2013).

²⁰ Marceca, M. (2000). *La normativa sanitaria e l'accessibilità ai servizi*, in Geraci, S. *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Edizioni Anterem, p. 110.

²¹ Ministero della Salute. (1998). *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero*. http://www.immigrazione.biz/upload/Articolo_35_TU.pdf (data di consultazione: 3/10/2013).

²² Oriti, A. (2007). *Accesso alle cure degli stranieri presenti in Italia*. <http://www.stranieriinitalia.it/briguglio/immigrazione-e-asilo/2007/agosto/oriti-accesso-sanita'.html> (data di consultazione: 9/10/2013).

L'art. 36, dal titolo *Ingresso per cure mediche*, regola le condizioni (precisate nell'art. 44 del Regolamento di attuazione) cui uno straniero deve sottostare per l'ottenimento di un visto d'ingresso o di un permesso di soggiorno per ricevere cure in Italia. Tale straniero necessita di una dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo e la durata della cura e il deposito di una cauzione pari al 30% del costo complessivo delle prestazioni richieste.²³

Parlando di stranieri presenti sul territorio italiano bisogna fare però una distinzione tra “comunitari”, che però non interessano il mio caso di studio, “non comunitari” e “non comunitari irregolarmente soggiornanti”.

1.2.1.1. Il Sistema sanitario nazionale e i cittadini comunitari.

La categoria dei cittadini comunitari residenti in Italia, nella quale non sono inclusi gli immigrati cinesi in quanto extra-comunitari, prevede che i cittadini comunitari residenti in Italia per periodi superiori ai tre mesi abbiano diritto all'iscrizione al Servizio sanitario regionale, condizioni necessarie sono quelle di non essere già iscritti in un altro Stato membro, di non ricevere immunità e privilegi diplomatici o di rimanere soggetti alla legislazione di sicurezza sociale dello Stato di invio. Inoltre, i cittadini comunitari presenti per periodi superiori a tre mesi, ma che continuano ad avere il loro centro d'interesse nel Paese d'origine e muniti della tessera TEAM (Tessera europea assistenza malattia), hanno diritto alle prestazioni mediche per il periodo di soggiorno e in base allo stato di salute.

Possono iscriversi al Servizio sanitario regionale per periodi di permanenza inferiori ai tre mesi solamente i lavoratori stagionali, i titolari di modello E 106 e le cittadine comunitarie che aderiscono ai programmi di assistenza e integrazione sociale.

I cittadini comunitari hanno diritto di soggiornare, nel territorio nazionale, per un periodo non superiore a tre mesi, senza nessuna condizione o formalità. Durante questa fase la copertura sanitaria è assicurata dalla TEAM.

Le donne hanno diritto ai controlli in gravidanza, al parto qualora non programmato (urgente, prematuro). Per l'evento parto programmato è da richiedere il modello E 112/S. L'interruzione di gravidanza è garantita solo se medicalmente necessaria.²⁴

1.2.1.2. Il Sistema sanitario nazionale e i cittadini extra-comunitari.

I cittadini non comunitari, tra cui anche gli immigrati cinesi, si distinguono tra:

²³ Marceca, M. (2000). *La normativa sanitaria e l'accessibilità ai servizi*, in Geraci, S. *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Edizioni Anterem, p. 111.

²⁴ Zili, B. (2013). *Assistenza sanitaria. Cittadini comunitari e stranieri*. http://www.assl.sanita.fvg.it/info/allegati/Opuscolo_Stranieri2013.pdf (data di consultazione: 9/12/2013).

- *Non comunitari regolarmente soggiornanti ed iscrivibili obbligatoriamente al Ssn*, i quali iscrivendosi nelle liste della ASL di appartenenza godono della piena uguaglianza con i cittadini italiani, compresi i familiari a carico del richiedente. Coloro che appartengono a questa categoria sono in possesso del permesso di soggiorno per lavoro subordinato e autonomo, per attività lavorativa *part-time*, per motivi familiari, per asilo politico e/o rifugiato, per asilo e motivi umanitari e per protezione sussidiaria, per richiesta di protezione internazionale, per tutela sociale, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza, sono i minori di 18 anni non accompagnati, i minori soggiornanti per recupero psico-fisico, i possessori di carta o permesso di soggiorno e soggiornanti a lungo periodo, i detenuti in carcere, in semilibertà, sottoposti a misure alternative alla pena, con o senza permesso di soggiorno;
- *Non comunitari regolarmente soggiornanti ed iscrivibili volontariamente al Ssn*, vale a dire che gli stranieri non appartenenti ai casi sopra elencati devono assicurarsi contro il rischio malattia, infortunio, maternità con l'iscrizione volontaria al Ssn o tramite una polizza assicurativa con istituto italiano o estero. In questa categoria possono inserirsi anche gli studenti cinesi immigrati che frequentano istituti o università italiane;
- *Non comunitari regolarmente soggiornanti e non iscrivibili al Ssn*, sono gli stranieri in possesso di un permesso di soggiorno per turismo o altro permesso di breve durata. A questa categoria di stranieri vengono garantite le cure urgenti, il cui onere deve essere saldato al momento della dimissione, e le cure elettive, il cui onere deve essere saldato al momento della prescrizione.
- *Non comunitari irregolarmente soggiornanti e non iscrivibili al Ssn*, sono i cosiddetti stranieri clandestini che possono accedere alle cure tramite il tesserino STP. A loro sono garantiti inoltre interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlati, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, come ad esempio gravidanza, vaccinazioni, salute del minore, profilassi delle malattie infettive, tossicodipendenza.²⁵ In questa fascia di popolazione rientrano numerosi cinesi, tra cui molti dei pazienti che si rivolgono al Poliambulatorio della Caritas.

2. Medicina Tradizionale Cinese o Medicina Occidentale?

2.1. Accenni sui principi della Medicina Tradizionale Cinese.

La prima precisazione da fare quando si parla di Medicina Tradizionale Cinese riguarda il titolo. Il termine “tradizionale” nella definizione cinese non esiste, la

²⁵Geraci, S. (2010). *Salute e immigrazione in Italia: il percorso dell'assistenza sanitaria*, in Bria, P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo, p. 460.

parola infatti è composta dai caratteri 中 *zhōng* e 医 *yī*, “Cina” e “medicina”, che abbracciano un arco temporale che parte dai tempi dell’Imperatore Giallo e arriva a quelli attuali. Per essere precisi infatti sarebbe più opportuno parlare di “Medicina Cinese”, per indicare quella diffusa in passato e di “Medicina Tradizionale Cinese” per indicare quella utilizzata attualmente. La prima, in ambito classico, si basava sulla prevenzione, la conoscenza e il rispetto dei ritmi naturali, la saggezza nell’evitare gli eccessi per guadagnare la longevità e l’eziologia; mentre in ambito clinico si basava sulla diagnostica, sul particolare rilievo dei fattori climatici e virali nell’eziologia e sull’uso di fitofarmaci; la seconda invece può essere definita come una sintesi semplificata degli ambiti classico e clinico che formavano la prima medicina.²⁶

La Medicina Tradizionale Cinese, o più precisamente “l’eredità del pensiero classico che si riflette nella MTC” (Boschi, 2003: 9), si fonda su concetti e principi molto diversi da quelli della nostra medicina. Se da una parte la Medicina Occidentale è una scienza analitica in quanto tende ad analizzare, raggruppare, classificare e separare gli elementi, dall’altra la Medicina Cinese è caratterizzata da una natura olistica, tende cioè a considerare la realtà come un’unica dimensione in cui tutti gli elementi rappresentano le diverse trame di una stessa rete.²⁷

Secondo il pensiero cinese, l’universo è caratterizzato da realtà dinamiche, ciascuna delle quali è in continua trasformazione e “deriva da un unico flusso articolato che va sotto il nome *Qi* (气)” (Boschi, 2003: 9). Il *Qi*, spesso tradotto in italiano come energia vitale che racchiude gli aspetti materiali e immateriali dell’universo²⁸, è un flusso continuo che, dal punto di vista spaziale e temporale, presenta le caratteristiche di bipolarità e alternanza di condensazione e rarefazione, che vanno a inserirsi nei concetti di *Yin* 阴 *Yang* 阳, due poli opposti e complementari il cui equilibrio permette il fluire armonioso del *Qi*. L’universo, che rappresenta l’espressione più autentica di questo *Qi*, è una realtà inscindibile formata da elementi che non possono essere considerati separatamente²⁹ e che sussistono grazie a rapporti di interdipendenza.

Dato che le leggi che regolano gli eventi macrocosmici, come quelli dell’universo, sono le stesse che regolano gli eventi microcosmici, come per esempio quelli interni all’organismo di un essere umano, anche quest’ultimo non può essere considerato

²⁶Boschi, G. (2003). *Medicina Cinese: radici e fiori. Corso di sinologia per medici e appassionati*. Bologna: Casa Editrice Ambrosiana, pp. 11-14.

²⁷Confaloni, E. a cura di (2000). *Medicina cinese - gli aghi celesti*. Roma: Rai Educational. <http://www.raiscuola.rai.it/articoli/medicina-tradizionale-cinese-i-fondamenti/8584/default.aspx> (data di consultazione: 27/11/2013).

²⁸Paparo, S.B. & C.S. Messina. (2008). *Medicina Occidentale e Medicina Tradizionale Cinese*. Roma: Aracne editrice.

²⁹Boschi, G. (2003). *Medicina Cinese: radici e fiori. Corso di sinologia per medici e appassionati*. Bologna: Casa Editrice Ambrosiana, p. 9.

come separato dall'ambiente,³⁰ in quanto è un elemento indivisibile, in cui tutti gli organi sono funzioni interconnesse tra di loro. Il *Qi*, attraverso canali presenti nel nostro corpo chiamati meridiani, scorre all'interno dell'organismo, connettendo organi, visceri e tessuti, in modo da determinare lo stato di salute dell'uomo.³¹ È, inoltre, "quell'elemento di coesione che fa sì che il Sangue non fuoriesca dai vasi e gli organi restino al loro posto" (Boschi, 2003: 182), oltre che a rappresentare un elemento fondamentale dell'attività cognitiva, spirituale e psichica dell'essere umano, le cui emozioni dipendono da come e quando il *Qi* fluisce nell'organismo. Considerando infatti quanto riportato dalla professoressa Giulia Boschi nel libro "Medicina Cinese: radici e fiori. Corso di sinologia per medici e appassionati", tre sono gli aspetti che possono essere analizzati quando si parla di *Qi* nell'organismo umano o microcosmico:

- Aspetto sostanziale, la natura intrinseca dell'organismo e di conseguenza gli atteggiamenti esteriori sono determinati dal fluire del *Qi* e del Sangue, che considerati in relazione rappresentano rispettivamente lo *Yang* e lo *Yin*;
- Aspetto funzionale, il fluire del *Qi* è relativo alle funzioni vitali dell'organismo, come il respiro, ecco il perché di un'ulteriore accezione conferitagli dalla lingua italiana "soffio vitale". Può essere associato al concetto di *pneuma* appartenente alla Medicina Occidentale o ippocratica;
- Aspetto psicologico e spirituale, si riferisce alla sfera emotiva, razionale e cognitiva, insieme al principio, conosciuto come 神 *Shen*, Spirito, di trascendenza e conoscenza superiore.³²

Per comprendere ulteriormente il carattere di indivisibilità che caratterizza l'organismo umano, si può considerare il carattere 心 *xīn* che significa cuore, ma che viene usato anche per indicare la mente, raffigurando quindi il cuore e la mente come due organi collegati in cui hanno sede i nostri pensieri e le nostre emozioni.³³

In base a quanto detto, anche la concezione di malattia differisce tra le due Medicine. Per la Medicina Cinese, infatti, la malattia consiste in un'alterazione dell'equilibrio generale e non in uno stato di sofferenza limitato ad un singolo organo o ad un punto preciso del corpo. Per approcciarsi al paziente bisogna inoltre considerare che ognuno porta dentro di sé caratteristiche individuali proprie, che ai fini della cura sono più importanti di quelle collettive; questo perché ogni evento che si manifesta deve intendersi da un punto di vista qualitativo non quantitativo, considerando la

³⁰Boschi, G. (2003). *Medicina Cinese: radici e fiori. Corso di sinologia per medici e appassionati*. Bologna: Casa Editrice Ambrosiana, p. 9.

³¹Paparo, S.B. & C.S. Messina. (2008). *Medicina Occidentale e Medicina Tradizionale Cinese*. Roma: Aracne editrice.

³²Boschi, G. (2003). *Medicina Cinese: radici e fiori. Corso di sinologia per medici e appassionati*. Bologna: Casa Editrice Ambrosiana, p. 182-183.

³³Boschi, G. (2003). *Medicina Cinese: radici e fiori. Corso di sinologia per medici e appassionati*. Bologna: Casa Editrice Ambrosiana, p. 10.

singularità e l'irripetibilità come basilari. Ecco perché in MTC si parla di quadri clinici e non di malattie.³⁴ Da ciò scaturisce che la diagnosi in Medicina Tradizionale Cinese si basa su otto criteri diagnostici raggruppati in quattro coppie di opposti: malattia *Yin* o *Yang* (con annesse caratteristiche tipiche), interno o esterno (in riferimento alla direzione di sviluppo della patologia), caldo o freddo, vuoto o pienezza (in merito al livello di energie dell'organismo).³⁵ Per ripristinare lo stato di salute dell'organismo bisogna quindi riportare l'equilibrio tra le varie componenti del *Qi* e per raggiungere un tale obiettivo bisogna applicare le varie tecniche della Medicina Tradizionale, tra cui l'agopuntura e la fitoterapia sono quelle maggiormente conosciute dal mondo occidentale.

Spesso capita di riflettere sulle cure prestate in Cina e uno dei miti più diffusi in Occidente è che i cinesi in madrepatria si curino solo ed esclusivamente con la Medicina Tradizionale Cinese, senza conoscere la Medicina Occidentale. È giunto il momento di sfatare questo mito. In Cina, la Medicina Occidentale è praticata ormai da più di un secolo ed è diventata molto importante, tanto che le università di Medicina Occidentale sono più del doppio rispetto a quelle di Medicina Cinese.³⁶

E in Italia invece cosa accade? Le comunità cinesi radicate nel nostro territorio che rapporto hanno con le due medicine, in particolare con la loro medicina? Per rispondere a questo interrogativo ho intervistato la dottoressa Sonia Baccetti, responsabile del Centro di Medicina Tradizionale Cinese "Fior di Prugna".

2.2.Intervista alla dottoressa Sonia Baccetti.

La dottoressa Baccetti ha spiegato cosa accade nella realtà in cui opera, mostrando uno spaccato sulla comunità cinese italiana e sul rapporto tra quest'ultima e le due medicine. Dopo un'iniziale presentazione del servizio e degli utenti che lo frequentano, ha poi risposto alle mie domande riguardo al ricorso alle due medicine.

Il Centro di Medicina Tradizionale Cinese "Fior di Prugna", centro pubblico collocato dall'Azienda sanitaria di Firenze nell'area di San Donnino, è nato nel 1995, periodo in cui la popolazione cinese rappresentava circa l'8% della popolazione autoctona. Tenendo conto del fatto che in quegli anni l'entità della migrazione era inferiore rispetto a quella odierna, l'8% rappresentava una percentuale importante, tanto che l'area di San Donnino venne soprannominata San Pechino.

Per lunghi anni è stato un punto di riferimento importante per la comunità cinese, tant'è che in passato i pazienti cinesi rappresentavano circa il 5% dell'utenza del

³⁴Boschi, G. (2003). *Medicina Cinese: radici e fiori. Corso di sinologia per medici e appassionati*. Bologna: Casa Editrice Ambrosiana, p. 10.

³⁵Casarsa, F. (2010). *La sanità in Cina, tante ombre e qualche luce in fondo al tunnel*. <http://www.fusiorari.org/world/attualita/163-il-sistema-sanitario-cinese-tante-ombre-e-qualche-luce-fuori-dal-tunnel.html> (data di consultazione: 5/01/2014).

³⁶Confaloni, E. a cura di (2000). *Medicina cinese - gli aghi celesti*". Roma: Rai Educational. <http://www.raiscuola.rai.it/articoli/medicina-tradizionale-cinese-i-fondamenti/8584/default.aspx> (data di consultazione: 27/11/2013).

Centro. Nel tempo, però, si sono verificate migrazioni sia interne alla regione Toscana, e in particolare verso Prato, sia esterne, in Veneto e in Sicilia, provocando quindi una conseguente diminuzione del numero degli utenti cinesi, che attualmente si aggira intorno al 2%. Le motivazioni di questo cambiamento vanno ricercate in più ambiti. In primo luogo sono mutate le condizioni socio-economiche, i cinesi hanno iniziato a riscontrare difficoltà nel pagamento delle cure, il cui *ticket* ammonta a 24€. In secondo luogo, ha iniziato a verificarsi un fenomeno attualmente sempre più diffuso, quello della migrazione sanitaria di ritorno, che ha visto molti cinesi, in particolare coloro che sono in regola e che hanno le possibilità economiche, tornare in Cina a curarsi, per poi partire nuovamente per l'Italia. In Cina, nonostante la medicina sia basata su un sistema sanitario orientato maggiormente verso un modello privato, i costi sono inferiori o al massimo uguali a quelli italiani e inoltre i cinesi si trovano in un ambiente a loro familiare che rende tutto più semplice. Un ulteriore motivo del decremento dell'affluenza presso il Centro è la presenza, sul territorio italiano, di numerosi medici cinesi irregolari o muniti di permesso di soggiorno che però esercitano in maniera clandestina a causa del mancato riconoscimento del titolo. L'organizzazione delle Aziende sanitarie che prevede il rispetto di turni e regole ben precise gioca un ruolo altrettanto importante nell'allontanamento degli utenti dal Centro: gli orari e il dover prendere un appuntamento hanno contribuito al decremento del numero di utenti cinesi del servizio, che in passato oltre a un *ticket* più basso, garantiva, molto più facilmente di quanto accada oggi, l'accesso diretto ai pazienti di nazionalità cinese.

Le patologie per le quali si rivolgono principalmente al Centro sono legate a dolori osteo-muscolo-scheletrici. Essendo popolazioni giovani, i pazienti cinesi sono affetti da dolori della colonna causati dal duro lavoro in fabbrica. L'affluenza della popolazione anziana è molto limitata, soprattutto perché giunti ad una certa età, gli anziani preferiscono tornare a casa.

Per quanto riguarda le due Medicine, quale uso ne facciano e se si rivolgano maggiormente a una o all'altra, la questione è abbastanza articolata. I cinesi si rivolgono alla Medicina Occidentale sia in Italia sia in Cina, usufruendo soprattutto della parte strumentale. Presso il Centro Fior di Prugna sono presenti un ambulatorio ostetrico-ginecologico e un ambulatorio pediatrico di Medicina Occidentale a cui si rivolgono in maniera assidua molte donne cinesi, estremamente attente ai controlli e alla scadenza delle vaccinazioni dei bambini. Bisogna aggiungere che la maggior parte dei giovani pazienti cinesi visitati, di fronte al controllo del polso o della lingua, sono rimasti perplessi, non riuscendo a capire il perché di questa visita e molti altri non hanno compreso, o a volte addirittura rifiutato, un ago nel piede dal momento che lamentavano dolori alla schiena. I rapporti con la tradizione dei cinesi emigrati in giovane età o di quelli nati in Italia, quindi, sono pressoché inesistenti o comunque limitati. Anche quando il Centro, insieme a una scuola di alfabetizzazione per immigrati, ha organizzato iniziative formative di agopuntura per giovani che frequentavano corsi di italiano, si è riscontrata un'ignoranza verso questa tecnica o verso il *qigong*, considerato ormai "roba da vecchi". Per alcuni versi non conoscono affatto le proprie tradizioni, non hanno idea di cosa sia la cultura dell'alimentazione, tanto che accade spesso che a bambini di circa un anno vengano date bibite zuccherate, gassate e contenenti eccitanti. Questo avviene perché spesso si tratta di

immigrati molto giovani che, non avendo la guida delle generazioni precedenti, non riescono a conoscere e ad avvicinarsi alla propria cultura.

L'utilizzo della Medicina Cinese in Italia è legata alle pratiche "fai da te". È molto diffusa, e con il tempo aumentata, l'importazione di farmaci dalla Cina. Le persone ricevono dalla madrepatria o comprano nei grossi supermercati cinesi presenti in tutta la zona ciò di cui hanno bisogno per auto-curarsi. Fanno maggiormente ricorso alla fitoterapia e molto spesso si ritrovano ad essere vittime di inganni: ci sono stati casi in cui sono arrivati al Centro con medicinali che credevano fossero erbe contro l'astenia, per poi scoprire essere farmaci occidentali per i disturbi del sistema nervoso non più utilizzati dai medici italiani.

L'intervista è poi proseguita ponendo l'accento sulle difficoltà dei cinesi a divincolarsi all'interno di una struttura sanitaria. Il Centro Fior di Prugna dispone del CUP dove, due volte alla settimana, è presente un interprete che effettua le prenotazioni a nome dei pazienti cinesi, ma, una volta superato questo ostacolo, i pazienti si ritrovano al punto di partenza, in quanto non in tutte le realtà è presente un servizio di mediazione. Nella ASL di Firenze ne è stato attivato uno a distanza, tramite il quale l'operatore può contattare telefonicamente un interprete e permettere al paziente di esprimersi, ma, in casi di situazioni delicate, è chiaro che si tratta di un sistema non idoneo. Accade quindi che spesso si presentino accompagnati dai bambini o, nel caso in cui non conoscano il cinese *standard* parlato dall'interprete, da amici o parenti creando una comunicazione a quattro alquanto complicata: il paziente parla all'amico, l'amico all'interprete, quest'ultimo al medico e viceversa.

"C'è molto da fare per cercare di migliorare le condizioni sanitarie dei cinesi ed aiutarli nelle cure. – afferma la dottoressa – L'educazione alla salute in lingua è molto importante". I cinesi fumano tanto e sono esposti a patologie serie come tumori ai polmoni in maniera maggiore, anche rispetto alle popolazioni di altra etnia. L'alcol e la corretta alimentazione sono ulteriori temi su cui insistere e il campo della mediazione è un campo in cui si dovrebbe investire, sia per una corretta operazione dal punto di vista umano, sia per quanto riguarda i risparmi in ambito sanitario. La maggior parte dei cinesi rimangono esclusi dalle campagne di prevenzione perché non ne vengono a conoscenza, inoltre, se non riescono a comunicare con il proprio medico si rivolgono al pronto soccorso, facendo lievitare i costi della spesa sanitaria. È altrettanto importante, inoltre, la preparazione culturale degli interpreti che, essendo per la maggior parte madrelingua, riscontrano difficoltà nella comprensione di termini scientifici. "Sarebbe una buona idea diffondere interpreti in farmacie e ambulatori dei medici di base in alcuni giorni alla settimana" – dichiara la dottoressa – "nel Centro sono presenti interpreti al CUP, al consultorio e in ambulatorio ed inoltre è attivo un ambulatorio STP con servizio di mediazione.

Le parole della dottoressa permettono di comprendere, almeno in parte, una realtà molto complicata. La Medicina Tradizionale Cinese, se per alcuni versi non è contemplata nelle abitudini sanitarie dei cinesi, per altri è molto presente. Se pratiche come il *qigong* o l'agopuntura sono ormai più diffuse tra gli italiani, i cinesi però non abbandonano la loro farmacopea, a cui sono ancora molto legati. Ci si trova di fronte a situazioni di integrazione tra le due Medicine: da una parte gli esami strumentali

utili a diagnosticare determinate patologie, dall'altra la fitoterapia e le erbe cinesi per curarne altre.

3. Confronto tra le diverse realtà.

Le realtà visitate, insieme a quella del Centro "Fior di Prugna" che ho potuto conoscere attraverso le parole della dottoressa Baccetti, presentano delle comunità cinesi accomunate da alcuni aspetti e differenziate da altri.

La necessità dell'interprete è il filo conduttore che lega tutti i pazienti cinesi, indipendentemente dalla situazione giuridica. Ho rilevato infatti che ad aver bisogno di una presenza che permetta loro di comunicare con il medico non siano solamente i cinesi appartenenti alle fasce più deboli, come per esempio gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno, ma anche quelli che vivono in Italia ormai da anni in una condizione di stabilità economica. Entrambe le categorie, infatti, seppur riuscendo a comprendere un minimo la nostra lingua, non sono però in grado di poter intavolare una discussione con il medico, con il quale c'è bisogno di una buona base linguistica per giungere alla giusta anamnesi e alla giusta cura. Sia nelle due città toscane, che a Reggio Emilia, una delle prime risposte alla loro richiesta dovrebbe essere quindi quella di fornire un servizio in lingua, che si potrebbe tradurre sia in informazione sanitaria tramite campagne di sensibilizzazione in lingua sia nella presenza dell'interprete.

Ciò che però vorrei evidenziare è la differenza di approccio alla sanità nelle diverse aree. Ripercorrendo le interviste fatte, le parole dell'interprete del dottor P.T e dell'addetta all'accoglienza del Centro medico V. B. si contrappongono a quanto affermato dalla dottoressa Baccetti: i primi infatti affermano che "la maggior parte dei pazienti sono persone che lavorano e, come spesso affermato anche dagli stessi pazienti, non hanno tempo da perdere dietro alle cure, ecco perché preferiscono pagare, ma essere serviti velocemente" e inoltre "capita che, per problemi linguistici, si facciano inviare medicinali dalla Cina; preferiscono spendere soldi, piuttosto che andare dal medico", al contrario invece i cinesi che frequentano o frequentavano il Centro "Fior di Prugna", i quali "hanno iniziato a riscontrare difficoltà nel pagamento delle cure, il cui *ticket* ammonta a 24€" e hanno preferito allontanarsi dal Centro, provocando un decremento dell'utenza cinese.

All'interno di un'unica area si riscontrano quindi realtà molto diverse: è possibile incontrare cinesi che si sono ambientati, possiedono un lavoro e le possibilità economiche per saltare il passaggio delle strutture pubbliche e rivolgersi direttamente ai privati; immigrati non in regola con il permesso di soggiorno che si rivolgono alla Caritas per ricevere cure gratuite; altri, come quelli di San Donnino che, nonostante il lavoro, risentono di difficoltà socio-economiche a causa delle quali non possono permettersi di pagare l'importo del *ticket*; e immigrati che pur essendo nelle condizioni economiche di potersi rivolgere a strutture private, a causa delle difficoltà linguistiche, si rivolgono alla madrepatria per auto-curarsi, come afferma anche la dottoressa Baccetti riguardo l'utilizzo differenziato che fanno delle due Medicine.

La realtà di Reggio Emilia è caratterizzata sia da immigrati con codice STP, che si rivolgono quindi al Centro per la Salute della Famiglia Straniera, sia da cittadini in regola con il permesso di soggiorno, con cui però non ho avuto un contatto diretto, che pagano, come un regolare cittadino italiano, le cure di cui necessitano.

Alla luce di quanto ho rilevato, escludendo per il momento la realtà di Roma, che riprenderò nel capitolo 4 al paragrafo 3, posso affermare che le varie categorie di immigrati cinesi presenti sul nostro territorio incarnano a pieno i vari stadi che questa popolazione attraversa qui in Italia. Come ho riportato anche nel primo capitolo, lo *status* sociale di un cinese passa attraverso vari *step*: al momento dell'arrivo si trovano nella condizione di immigrati clandestini, anche se non sempre, che vengono sfruttati e costretti a ritmi di lavoro incessanti contro misere paghe per saldare il debito contratto con l'immigrazione, e sono coloro che si rivolgono alle strutture sanitarie che offrono assistenza gratuita come la Caritas di Prato, il Centro per la Salute della Famiglia Straniera di Reggio Emilia; successivamente, chi riesce a saldare il debito e a venire assunto, inizia a mettere da parte il denaro necessario per riuscire ad aprire un'attività in proprio e diventare quindi *laoban*. Coloro che riescono a permettersi di pagare privatamente le cure sono i *laoban* e i dipendenti che percepiscono salari adeguati, gli altri si rivolgono alle strutture sanitarie pubbliche che prevedono il pagamento del *ticket* e se non riescono a sopportare questa spesa, si arrangiano auto-curandosi o rivolgendosi a medici clandestini. Vorrei sottolineare inoltre che gli immigrati clandestini che, dopo aver saldato il debito con chi di dovere, non riescono ad uscire dalla condizione di irregolarità, nonostante abbiano le possibilità economiche per accedere a strutture pubbliche o anche private, non possono farlo dal punto di vista giuridico perché non in regola; la soluzione temporanea alla loro condizione è quella di fare affidamento sul codice STP, che però ha validità di sei mesi e non sempre viene rinnovato, o sulle strutture di volontariato che erogano prestazioni senza chiedere in cambio nessun documento, se non quello di identità.

La richiesta di salute dei cinesi è legata tanto alla condizione giuridica in cui si trovano quanto alla presenza dell'interprete; in base alle proprie possibilità decidono a quale struttura rivolgersi, ma tutto è condizionato dalla presenza dell'interprete: anche chi ha la possibilità di usufruire del Ssn, se non ha un tramite che gli permetta di dialogare con il medico, non può ricevere le cure. A questo si collegano le patologie da cui sono affetti, se per alcuni la mancanza dell'interprete non costituisce una grande difficoltà in quanto presentano problemi che si possono risolvere con terapie antidolorifiche, non vale la stessa cosa per chi presenta patologie più gravi come il diabete, l'ipertensione o l'epatite B, per le quali sono necessarie cure specifiche, controlli continui e approfonditi e terapie che devono essere ben comprese e seguite alla lettera.

Concludo quindi affermando nuovamente che in qualsiasi situazione si trovino e in qualsiasi città o realtà vivano sono accomunati dalla stessa necessità di poter dialogare con le strutture sanitarie cui hanno il diritto di rivolgersi. Bisogna quindi attivarsi concretamente in questo senso perché, torno a ribadire, occuparsi di questa comunità non significa dedicare del tempo e delle risorse semplicemente a loro, ma a tutta la popolazione presente sul territorio italiano, come forma di tutela collettiva della salute.

4. Curiosità.

Nel corso del mio lavoro, descrivendo la tesi a diverse persone, mi è capitato spesso di ricevere risposte come: “*Interessante, ma tanto loro non hanno bisogno di noi, hanno la loro medicina*”, “*Se non si avvicinano a noi, significa che stanno bene così*” o ancora “*Ma se vivono in dieci in una stanza, stanno sempre tra di loro, è normale che stiano male. Tanto poi se la rivedono fra di loro*”, “*Ma sei matta? Quelli portano le malattie*”. Tutte queste affermazioni mi hanno portato a riflettere su quanto possa essere difficile per la comunità cinese, nel momento in cui si rivolgono a noi, districarsi tra pregiudizi, burocrazia e malelingue che non mancano di influenzare il comportamento di molti italiani (fortunatamente non di tutti) in molti ambiti, tra cui anche quello sanitario. Da dove provengono tutte queste dicerie? Perché continuano a girare di bocca in bocca? Sono fondate o meno? Nel paragrafo successivo analizzerò i luoghi comuni più diffusi per cercare di rispondere a queste domande.

4.1. Come gli italiani vedono il vicino cinese.

Per anni l’immigrato cinese è stato considerato come un modello da seguire sia per gli altri immigrati sia per gli italiani stessi; nell’immaginario collettivo appariva come un instancabile lavoratore rispettoso degli altri, che non chiedeva nulla e soprattutto che non infastidiva gli italiani; ma poi qualcosa è cambiato. Sono diventati tanti, sempre di più, hanno invaso strade e interi quartieri con negozi pieni di roba a buon mercato, si sono trasformati in immigrati chiassosi e sporchi, chiusi, pieni di soldi che non si sa da dove arrivino, immischiati nella mafia cinese e onnipresenti.³⁷ Così, da cittadino per bene, il cinese è diventato un malfattore pronto a intascare soldi in qualsiasi momento. Perché è accaduto tutto questo? Perché i cinesi hanno fatto strada, hanno ottenuto grandi successi economici e hanno iniziato a far paura agli italiani che, piano piano, hanno dato vita a leggende metropolitane più o meno fondate.

Ma è vero che i cinesi, una volta morti, vengono fatti sparire per poter vendere i loro documenti ad un altro connazionale? L’allarme è stato lanciato nel 1985 dalla sinologa francese Marie Holzman che, attraverso il testo *L’Asie à Paris*, si pose la domanda del perché il tasso di mortalità fra i cinesi parigini fosse così basso. La risposta data alzò un polverone destinato a durare nel tempo: i cinesi muoiono, ma non dichiarano i propri morti, preferiscono disfarsene senza dare troppo nell’occhio per poi rivendere i documenti a un membro della famiglia entrato in Francia illegalmente.³⁸ La leggenda impiegò poco tempo ad arrivare in Italia, dove ancora oggi se ne sentono di simili, facilmente confutabili attraverso semplici dati. Mettendo da parte il discorso sull’importanza degli antenati nella cultura cinese, che può sembrare una giustificazione poco credibile, è possibile confutare concretamente questa teoria: in primo luogo, non poche sono state le inchieste avviate dalle Questure italiane così come dalla Guardia di Finanza per cercare di appurare quanto

³⁷Casti, L. & M. Portanuova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi*. Milano: BUR Futuropassato, pp. 30-31.

³⁸Casti, L. & M. Portanuova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi*. Milano: BUR Futuropassato, pp. 50-51.

sostenuto dalle mille voci, ma portate a termine con la chiusura del caso a favore delle comunità cinesi, in quanto il reato a loro imputato non sussisteva per mancanza di prove concrete; in secondo luogo, è vero che il tasso di mortalità cinese in Italia è basso, ma lo è semplicemente perché si tratta di una popolazione giovane e i pochi anziani presenti, ad un certo punto della loro vita, preferiscono rientrare in Patria, fedeli al tradizionale detto: 落叶归根 *luòyèguīgēn*, vale a dire “le foglie cadono vicino alle proprie radici”. È bene ricordare, inoltre, che l’emigrazione è una scelta difficile da fare, adatta solo a chi possiede le caratteristiche psico-fisiche per affrontare un cammino così impervio, quindi, coloro che giungono in Italia sono persone giovani con la pelle dura e in buona salute.³⁹

Sembra quindi che i cinesi muoiano, ma allora perché non si assiste alla celebrazione dei loro funerali? La risposta è semplice: non ci si imbatte in funerali cinesi così come non ci si imbatte in funerali marocchini, bengalesi o filippini. Inoltre, visitando i cimiteri italiani, in particolare quelli di Roma e Milano, non è difficile incontrare tombe con nomi cinesi e fotografie di volti con occhi a mandorla, così come non è difficile trovare almeno un’impresa funebre per ogni grande città che si sia occupata dell’organizzazione di funerali in loro memoria.⁴⁰ Risulta difficile credere quindi che sia un popolo così crudele da stipare i corpi dei propri defunti in mercantili al fine di trarre guadagno dal commercio di documenti, come afferma Saviano nell’*incipit* di *Gomorra*.

I cinesi stanno sempre tra di loro, vivono da anni qui e non parlano una parola d’italiano: sono queste le affermazioni che spesso si sentono fare. I più maliziosi azzardano anche l’ipotesi che facciano finta di non capire. Scavando a fondo nella loro realtà ci si rende conto però che se non conoscono la lingua italiana è perché le difficoltà che incontrano sono tante e non si limitano semplicemente all’aspetto prettamente linguistico-grammaticale: oltre alla grammatica, alla pronuncia, alla declinazione e alle desinenze, i cinesi si scontrano con un mondo e una cultura diversi; in più, come già spiegato nel primo capitolo, non hanno tempo per socializzare perché devono lavorare per saldare il debito contratto con l’immigrazione. Non fanno finta di non capire, hanno reali difficoltà ad avvicinarsi alla nostra lingua e al nostro mondo, tanto che molto spesso anche imprenditori di successo che vivono in Italia da anni e anni, in quartieri residenziali lontani dalle *Chinatown*, con figli laureati nelle nostre università, conoscono a mala pena qualche parola. Tendono a ricostruire l’ambiente familiare che hanno lasciato in Cina, non perché non gliene importa nulla di integrarsi, ma perché non riescono a farlo.⁴¹ Non è vero inoltre che sono una comunità chiusa, che rifiuta il contatto con l’autoctono: come si legge nel libro di Raffaele Oriani e Riccardo Staglianò, *I cinesi non muoiono mai*, i cinesi intervistati e incontrati nel corso delle loro ricerche hanno risposto volentieri alle loro domande, anche a quelle indiscrete, hanno permesso ai due autori di entrare nelle case e conoscere le proprie famiglie, a differenza di quanto abbiano

³⁹Oriani, R. & R. Staglianò. (2008). *I cinesi non muoiono mai*. Milano: Chiarelettere editore, p. 17-18.

⁴⁰Casti, L. & M. Portanuova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi*. Milano: BUR Futuropassato, pp. 44-45.

⁴¹Casti, L. & M. Portanuova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi*. Milano: BUR Futuropassato, pp. 190-193.

fatto gli italiani, che si sa “sono un po’ riservati...” (Oriani & Staglianò, 2008) e non di certo chiusi come i cinesi. Il motivo della mancata integrazione va ricercato in entrambe le popolazioni: “dicono che hanno poca voglia di integrarsi, ma non è che gli italiani facciano a gara a conoscerli” (Oriani & Staglianò, 2008).

Nel 2003, l’epidemia SARS seminò sgomento ovunque, i cinesi divennero soggetti pericolosi da cui stare lontani e la nuvola di terrore che si alzò investì soprattutto i ristoratori, la maggior parte dei quali fu costretta a chiudere bottega a causa della mancanza di clientela e a ricominciare da capo, in un altro posto o investendo in altre attività.⁴² Da quel momento in poi, la paura che i cinesi fossero portatori di malattie è rimasta viva tra gli italiani, tanto che spesso, nonostante i locali siano puliti e a norma di legge, non mancano i soggetti titubanti a entrare in uno dei loro ristoranti, mettendo in difficoltà queste persone che magari non tornano in Cina da anni, ma che hanno l’unica “colpa” di avere gli occhi a mandorla.

Vengono additati come delinquenti perché in possesso di ingenti somme di denaro contante, stipate in valigette ventiquattrore pronte all’acquisto di immobili e attività. Se da una parte è tutto vero, dall’altra è sbagliato utilizzare il termine “delinquente”. Questi provengono da fonti sicure: sono i risparmi di un vita di lavoro pronti ad essere investiti. I cinesi, infatti, hanno un rapporto con i soldi e soprattutto con le banche differente dal nostro: noi italiani tendiamo a sistemare i nostri averi in libretti e conti bancari, i cinesi invece operano in tutt’altro modo, versano i soldi in banca solo nel caso in cui debbano effettuare dei pagamenti, altrimenti li tengono in tutt’altri posti. Ecco spiegato il motivo del perché dispongano di una somma così elevata di denaro contante: non perché siano delinquenti, ma perché hanno un diverso modo di custodire i risparmi.⁴³ E se si presentano all’interno di attività con l’intento di comprare, di certo la loro pretesa non è quella di procedere per vie illegali: conoscono l’*iter* italiano e lo seguono alla lettera, senza voler imbrogliare nessuno, anzi, spesso accade che siano i venditori italiani a voler imbrogliare gli acquirenti cinesi e non viceversa.

Ho cercato qui di chiarire, anche se in maniera non esaustiva, il perché di molte abitudini dei nostri vicini cinesi che noi italiani non riusciamo a spiegarci e che spesso ci inducono ad adottare comportamenti ingiusti nei loro confronti, come a volte accade quando ci chiedono aiuto. Nel 2007, a Milano, nel pieno della rivolta dei cinesi contro la polizia municipale nel quartiere Sarpi, un uomo si è recato in ospedale per sottoporsi ad una visita ma, prima di poter fare l’esame di cui necessitava, è stato aggredito da un infermiere che gli ha urlato contro parole come: “tornatene a casa, tu e i musci gialli come te” (Oriani & Staglianò, 2008) e questo solo perché aveva gli stessi tratti somatici dei manifestanti di cui sopra.⁴⁴ È possibile che anche in luoghi come un ospedale debbano accadere degli episodi così gravi?

⁴²Oriani, R. & R. Staglianò. (2008). *I cinesi non muoiono mai*. Milano: Chiarelettere editore.

⁴³Oriani, R. & R. Staglianò. (2008). *I cinesi non muoiono mai*. Milano: Chiarelettere editore, pp. 142-144.

⁴⁴Oriani, R. & R. Staglianò. (2008). *I cinesi non muoiono mai*. Milano: Chiarelettere editore, p. 11.

Bisognerebbe avvicinarsi a loro, cercare di conoscerli invece di additarli e costringerli a chiudersi nelle loro comunità.

Osservando da vicino questa popolazione, tuttavia mi sono resa conto del fatto che esistono fenomeni e modi agire della comunità cinese che si prestano a giudizi negativi e che non vanno dimenticati. Non si può negare che esistono organizzazioni criminali cinesi responsabili di aver introdotto immigrati e manodopera clandestina. Sono loro i primi sfruttatori dei connazionali che lavorano nelle fabbriche cinesi in condizioni per noi inaccettabili. Il recente tragico rogo in una fabbrica di Prato, dove si sono trovati intrappolati sette operai senza via di scampo, è sintomatico del modo poco umano di lavorare imposto dai *boss* cinesi, ma con complicità nostrane a più livelli.

Due ragazzi pratesi, Alessandro e Ombretta Ciulli, che vivendo a San Giorgio a Colonica (PO) attraversano tutti i giorni la zona industriale del Macrolotto 1, sostituendosi a Lin Aqiu, mi hanno accompagnata nelle varie zone della città e le frasi che spesso mi sono sentita ripetere davanti alle fabbriche della zona industriale suonavano così: “*queste son tutte fabbriche cinesi*”, “*questa zona è piena di cinesi che lavorano nelle fabbriche tessili*”. La forte presenza cinese nella zona industriale di Prato è dovuta al fatto che la città sia la capitale del pronto moda, quel tipo di fabbricazione e produzione tessile che implica ritmi lavorativi molto stressanti, sopportabili solo dai cinesi, spesso costretti a lavorare in condizioni molto lontane dai nostri standard, soprattutto quando si tratta di immigrati clandestini privati anche del passaporto.⁴⁵ I luoghi in cui vivono e lavorano gli operai sono spazi adattati a cucina, dormitorio e laboratorio in stanze strette e soprattutto buie, in cui gli immigrati trascorrono l'intera giornata: alle macchine da cucire lavorano per la maggior parte del tempo, mangiano e poi riprendono fino a tarda notte, quando, giunti al momento di mettersi a letto, tirano fuori da un angolo le brandine accatastate che al mattino vengono riposte.⁴⁶ Questa descrizione è quella di una situazione tipo in cui vivono gli operai cinesi, ma non solo a Prato. Gli stessi *standard* di vita sono registrati anche in altre zone, come per esempio a Milano, dove

“i laboratori [anche quelli non clandestini] sono installati in ambienti non adeguati, in scantinati, in box, in piccoli opifici dismessi e mai ristrutturati. Gli impianti elettrici non sono a norma, le leggi sulla sicurezza e sulla salute nei luoghi di lavoro non sono rispettate, con situazioni più o meno gravi a seconda della sensibilità dei titolari. Per non parlare delle cucine, dei bagni e soprattutto dei dormitori, veri e propri loculi di compensato”.

(Casti & Portanuova, 2008: 73)

A questo si aggiunge la questione dello scambio dei passaporti, problema più che mai attuale, su cui le Forze dell'Ordine continuano ad indagare: “non ci siamo mai imbattuti in casi di passaporti trasferiti dai morti ai vivi, mentre tra i vivi lo scambio di documenti è diffuso. Chi torna ad abitare in Cina, per esempio, può lasciare il permesso di soggiorno a un clandestino che resta in Italia”, afferma un ispettore di

⁴⁵Casti, L. & M. Portanuova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi*. Milano: BUR Futuropassato, p. 54.

⁴⁶Casti, L. & M. Portanuova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi*. Milano: BUR Futuropassato, p. 59.

polizia nel libro *Chi ha paura dei cinesi* di Casti e Portanuova. A mio avviso, però, seppur riconoscendo la gravità del reato, chi versa in condizioni gravi sono gli immigrati clandestini che, oltre ad essere sottoposti a condizioni di lavoro poco ortodosse, vengono privati dei passaporti, sequestrati dalle Teste di Serpente come garanzia del debito che devono saldare o perché, essendosi avvalse dell'Accordo turistico (ADS) firmato dalla Cina e i Paesi europei dell'area Shengen, queste organizzazioni devono riportare indietro il passaporto per certificare l'avvenuto rientro in Patria del titolare, che invece si trova in Italia e il cui passaporto verrà utilizzato per far entrate nel Bel Paese un altro clandestino.⁴⁷ L'ADS infatti agevola il turismo facilitando la concessione del visto. I turisti cinesi che desiderano visitare l'Italia possono farlo più facilmente grazie a questo accordo, ma una volta tornati in Cina devono recarsi all'ufficio preposto per apporre un timbro sul passaporto come attestazione del rimpatrio. Gli immigrati guidati dalle Teste di Serpente non adempiono alla seconda parte, saranno poi queste organizzazioni a preoccuparsi del timbro grazie alla collaborazione di un funzionario cinese accondiscendente.

Considerando quanto detto, ciò che posso affermare è che è una popolazione caratterizzata da abitudini e modi di fare molto lontani dai nostri, alcuni possono non essere compresi, ma comunque accettati, per altri invece non può valere nessuna di queste due opzioni. Credo però che, dal punto di vista medico-sanitario, essendo la salute un diritto di tutti, non ci si possa far guidare da determinati pregiudizi, ma bisogna erogare i servizi e l'assistenza sanitaria senza discriminazioni.

⁴⁷Casti, L. & M. Portanuova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi*. Milano: BUR Futuropassato, p. 54.

CAPITOLO QUARTO

1. La mediazione culturale in campo medico-sanitario.

La mediazione culturale in ambito medico-sanitario

“consiste nel facilitare la comunicazione e la comprensione tra persone di culture diverse, nel dissipare i malintesi tra l’immigrato e gli operai dei servizi, dovuti in primo luogo a diversi sistemi di codici e valori culturali”.

(Barbieri, 2008: 175)

Il termine “mediazione” indica quindi la possibilità di creare un ponte tra due realtà lontane e diverse, in modo da permettere il dialogo tra le due parti e soddisfare le rispettive richieste. Per far questo bisogna tener conto del fatto che il paziente non è semplicemente un soggetto con problemi di salute da dover risolvere, ma è un individuo che porta con sé il bagaglio culturale tipico delle proprie origini, dal quale viene influenzato nel rapporto con l’altro. Il fattore cultura, quindi, gioca un ruolo fondamentale nell’azione di tessere reti per collegare due punti lontani ed ecco perché la mediazione, in quanto atto che permette la comunicazione, è stata associata alla cultura, in quanto elemento che condiziona comportamenti e gesti dell’individuo di lingua straniera.¹

Nell’ambito della mediazione culturale medico-sanitaria i partecipanti alla comunicazione sono tre: il medico, il paziente e l’interprete-mediatore che veicola il messaggio. Caratteristica fondamentale di una mediazione di questo tipo, è la *bidirezionalità*. I dialoghi che prendono forma, infatti, sono caratterizzati da battute piuttosto brevi prima in una lingua e poi nell’altra, tradotte dall’interprete-mediatore. Il dialogo fra i partecipanti è in questo caso asimmetrico, in quanto vi è una differenza di *status* tra i due interlocutori primari, che si traduce anche in un diverso modo di esporsi: il medico, infatti, membro della società del Paese ospitante e con un livello di istruzione molto alto, si trova in una posizione superiore a livello linguistico rispetto al paziente, che rappresenta invece la parte più debole.²

Una mediazione di questo tipo è caratterizzata inoltre dalla prossimità fisica tra gli attori della conversazione, tanto che uno dei ruoli fondamentali dell’interprete-mediatore, oltre a quello di trasmettere le informazioni chiave senza alterarne il significato, è quello di interagire direttamente con le parti, tenendo conto anche degli aspetti non verbali della discussione, cui può accedere direttamente.³

¹Caroppo, E. & S. Luli (2010). *La mediazione culturale*, in Bria P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo, p. 576.

²Russo, M. & G. Mack a cura di (2005). *Interpretazione di trattativa*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, pp. 77-78.

³Russo, M. & G. Mack a cura di (2005). *Interpretazione di trattativa*. Milano: Ulrico Hoepli Editore.

Inoltre, nella mediazione culturale medico-sanitaria l'interprete-mediatore non è un mezzo di comunicazione invisibile di cui si servono le parti, è un partecipante a tutti gli effetti, che agisce in prima persona e interagisce con essi. Questo comporta molti rischi in cui può incorrere e a cui un professionista ben formato deve stare attento.⁴ Prima di spiegare le dinamiche di una conversazione a tre, per poi cercare di capire l'importanza o meno della presenza di un interprete-mediatore, è bene però precisare i significati di alcuni termini.

1.1. La differenza tra interprete e mediatore.

Quando ci si riferisce alla figura di colui che traduce, dalla lingua materna verso la lingua straniera e viceversa, le parole di uno o più soggetti di provenienza diversa si usano, spesso in maniera intercambiabile, i termini "interprete" e "mediatore culturale", così come "interpretazione" e "mediazione", senza però soffermarsi sulla differenza tra le due figure. Pur essendo termini che indicano lo stesso lavoro, presentano delle sfumature che contraddistinguono le due mansioni.

Se si cerca sul vocabolario la parola "interprete", il significato che viene fuori è:

"Chi, conoscendo altra lingua oltre la propria, fa da intermediario nel colloquio fra persone tra loro straniere, traducendone i discorsi o gli scritti. - Chi è nominato come traduttore intermediario quando deve essere sentita una persona che non conosce la lingua italiana o quando deve essere interpretato uno scritto in una lingua straniera o in un dialetto difficilmente comprensibile. - Chi, nei congressi e riunioni internazionali, di solito da una cabina collegata per mezzo di microfoni con l'oratore e per mezzo di cuffie con gli ascoltatori, traduce i discorsi man mano che vengono pronunciati."

(Vocabolario Treccani)

Leggendo l'insieme di significati appena riportati, ciò che risulta evidente è che in nessuno dei casi compaiono i termini "culturale" o "cultura", in quanto la differenza sostanziale tra l'interprete e il mediatore sta proprio nel diverso approccio alla traduzione che avviene in ambienti e contesti diversi.

L'interprete, infatti, opera in situazioni più ufficiali, in cui è molto distante dal punto di vista emotivo, e a volte anche dal punto di vista fisico, da coloro che usufruiscono del suo servizio. Spesso lavora in conferenze ufficiali e internazionali, in vertici tra Capi di Stato, dove, il suo lavoro consiste principalmente nel riportare in maniera chiara e inalterata le parole e il senso di colui che parla. Anche quando i contesti sono più rilassati e i partecipanti in numero inferiore, come per esempio nelle trattative commerciali, nonostante debba tener presente delle abitudini dei due Paesi in questione per portare a buon fine la trattativa, l'interprete non deve esplorare il bagaglio culturale di una delle due parti per cercare di capire cosa voglia dire. Si tratta di contesti in cui il dialogo è simmetrico, la capacità di espressione di entrambi

⁴Carroppo, E. & S. Luli (2010). *La mediazione culturale*, in Bria P., E. Carroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo.

le parti è allo stesso livello e quindi riescono a esprimere le proprie intenzioni in maniera adeguata.⁵

Il mediatore invece, oltre a veicolare il messaggio in maniera chiara, esatta e coerente alle parole dell'oratore, come fa l'interprete, deve "decodificare le idee e i comportamenti delle parti", in quanto "ogni lingua veicola messaggi, valori e credenze che sono elementi costitutivi della comunicazione". (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2003).

La differenza tra le due figure si traduce in "molteplici sfaccettature di un fenomeno complesso e in continua evoluzione" (Russo & Mack, 2005: 10), all'interno del quale la traduzione dell'interprete è più attenta alla sfera linguistica, mentre quella del mediatore è più vicina all'ambito culturale dei partecipanti. Questo però non implica delle differenze di senso nei due termini, in quanto entrambi si riferiscono ad un soggetto che rende possibile la comunicazione ed ecco perché l'uso diffuso dell'uno o dell'altro termine in maniera intercambiabile non crea problemi di comprensione.

Nel mio lavoro, trattandosi di una tesi che si occupa anche di analizzare la figura del mediatore culturale in un ambito così delicato come quello medico, ho ritenuto opportuno precisare le differenze tra le due posizioni.

1.2. Le funzioni del mediatore.

Il mediatore, all'interno di una comunicazione dialogica, può rivestire diversi ruoli, ognuno dei quali influenza la conseguente conversazione tra il medico e il paziente.

Le funzioni che può assumere sono le seguenti:

- *Traduttore*: svolge il ruolo classico di canale di trasmissione neutro che riporta esattamente ciò che viene detto;
- *Chiarificatore*: traduce fedelmente il messaggio ma apporta lievi modifiche per far sì che la comprensione sia reciproca;
- *Mediatore culturale*: chiarisce il messaggio aggiungendo informazioni culturali in entrambe le direzioni per eliminare le possibilità di fraintendimenti; è il ruolo chiave di questa figura;
- *Mediatore di parte*: abbandona la posizione neutrale e prende le parti di uno dei due interlocutori, facendo le sue veci e negoziando direttamente con l'altra parte.⁶

⁵Russo, M. & G. Mack a cura di (2005). *Interpretazione di trattativa*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, pp. 3-9.

⁶Baraldi C., V. Barbieri & G. Giarelli a cura di (2008). *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: FrancoAngeli editore, pp. 155-156.

In base al ruolo rivestito, la conversazione tra i due partecipanti prende pieghe diverse, il mediatore, attuando delle scelte di traduzione imprecise, può privilegiare uno dei due partecipanti, oppure riserva lo stesso trattamento a entrambi quando opera in maniera attenta e adeguata.

Di seguito, prima di comprendere meglio le relazioni che intercorrono tra gli attori della conversazione, mi soffermerò sulle difficoltà che nascono durante la comunicazione medico-paziente, in modo da capire se la presenza del mediatore è indispensabile alla buona riuscita dell'interazione dialogica oppure rappresenta il cosiddetto "terzo incomodo".

2. Il triangolo "medico-mediatore-paziente cinese in Italia": c'è qualcuno di troppo?

Il rapporto tra medico e paziente è influenzato in gran parte, oltre che dall'aspetto linguistico, dalle aspettative che il migrante ripone nella Medicina Occidentale. Egli infatti arriva in Italia con diversi sogni da realizzare, tra cui quello di essere curato da una medicina supertecnologica che, attraverso strumentazioni all'avanguardia, fa miracoli per i malati. Questa immagine così fantasiosa e allo stesso tempo utopica della medicina in Occidente, spesso trasmessa dalle serie tv, si scontra con quella che è la realtà con cui viene a contatto il paziente, il quale si trova davanti ad una medicina sicuramente avanzata, dotata di macchinari diagnostici molto efficienti, ma pur sempre messa in atto da essere umani.⁷

Uno dei fattori che, insieme alle aspettative del paziente, disturba la comunicazione tra il migrante e il medico è infatti il comportamento assunto da quest'ultimo durante le visite. Il medico, abituato a dialogare con persone della sua stessa cultura e che parlano la sua stessa lingua, imposta la conversazione in modo da arrivare presto alla diagnosi e quindi alla cura del caso, non considerando un approccio più personale verso chi ha di fronte. Inoltre, come il migrante ha lo stereotipo di una Medicina Occidentale dotata di diagnostica strumentale estremamente efficace, altrettanto fa il medico con il paziente cinese o più in generale con il paziente extra-comunitario, attribuendogli un carattere "esotico" che diventa la spiegazione a molti dei casi per i quali non riesce a trovare una soluzione immediata.⁸

È importante sottolineare, inoltre, il fatto che ogni cultura ha il proprio modo di intendere la malattia e i sintomi, quindi ad esempio, per il medico occidentale che ogni giorno si trova di fronte a malattie gravi come il cancro, la malaria è semplicemente una febbre curabile in breve tempo, mentre, per il paziente africano, che nel proprio Paese ha visto morire molti bambini a causa di questa infezione,

⁷Colasanti, R. & S. Geraci (1995). *I livelli d'incomprensione medico-paziente migrante*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Perì Tecnés, p. 213.

⁸Tarricone, I. & D. Berardi (2010). *La competenza culturale nella relazione medico-paziente*, in Bria, P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo, pp. 524-525.

scoprire di essere affetto da malaria può rappresentare un grande problema che, in un Paese straniero, può trasformare la preoccupazione in vera e propria paura.

La conversazione tra le due parti, quindi, è caratterizzata da diverse incomprensioni che si articolano in cinque livelli, tre appartengono alla sfera della comunicazione e due alla sfera della cultura:

- a. Comunicazione:
 1. Prelinguistico
 2. Linguistico
 3. Metalinguistico

- b. Cultura:
 4. Differenze culturali dei costumi antropologici
 5. Differenze ideologiche nei valori esistenziali, filosofici e religiosi.⁹

Il livello *prelinguistico* si riferisce alle difficoltà che un individuo incontra nell'esternare le proprie sensazioni. L'incomprensione non deriva dalla mancata capacità del paziente di parlare la stessa lingua del medico, ma dall'impossibilità di utilizzare la comunicazione verbale per descrivere determinate sensazioni. È il livello legato al diverso modo di percepire la malattia e che molto spesso porta l'immigrato ad autocensurarsi prima di iniziare la visita. Nella cultura occidentale, infatti, il concetto di *illness* inteso come "ciò che sente il paziente quando va dal medico" (Mazzetti, 2003: 35), è stato trascurato in favore del *disease*, inteso come malattia in senso scientifico, in quanto i nostri medici sono più attenti ai sintomi riportati dal paziente e non alle sue emozioni. Quest'ultimo, consapevole di ciò, tende a modulare i propri pensieri tenendo conto di quello che pensa sia più giusto dire al medico, trascurando spesso dettagli importanti.¹⁰

Il livello *linguistico* interessa prettamente l'ambito della lingua, abbracciando però due sfere diverse. La prima è quella più ovvia: l'incomprensione nasce perché uno dei due interlocutori non conosce la lingua dell'altro. È però una difficoltà che spesso con gli anni si supera in quanto il paziente acquista una padronanza maggiore della lingua d'arrivo. La seconda sfera interessa invece il campo del significato e del significante: se ad un significante di una lingua corrisponde un significante dell'altra, questo non accade per il significato. I significati semantici di due parole non sempre si sovrappongono, quindi per esempio,

“un paziente somalo e un medico italiano possono capire benissimo il termine “reni”, e dare per scontato di essersi capiti. Mentre può sfuggire il significato semantico, che può orientare verso una lombalgia quella che potrebbe essere una diagnosi di sintomatologia colitica”.

(Mazzetti, 2003: 37)

⁹Colasanti, R. & S. Geraci (1995). *I livelli d'incomprensione medico-paziente migrante*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Perì Tecnés, p. 216.

¹⁰Mazzetti, M. (2003). *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari a altre professioni di aiuto*. Roma: Carocci Faber editore, p. 35-36.

Di conseguenza, a causa della mancata corrispondenza della lingua in campo scientifico, il medico può incappare in errori di diagnosi.

Il livello *metalinguistico* si riferisce a quanto ho riportato in precedenza sulla diversa percezione della malattia. L'incomprensione, quindi, nasce dal diverso peso che viene dato da entrambe le parti a una stessa malattia.

Il quarto livello, chiamato anche livello *culturale*,¹¹ abbraccia la sfera della diversità culturale tra medico e paziente. Ognuno porta con sé elementi distintivi che emergono in determinate situazioni per ricordarci chi siamo; il migrante però, dopo essersi allontanato dal Paese di appartenenza, con il quale ancora non rompe definitivamente i ponti, si trova a vivere in un Paese verso cui si sente attratto, ma di cui non ha ancora fatto propri i segni culturali. I diversi stati d'animo che coesistono dentro di lui vanno ad influenzare quindi l'approccio con il medico, che si trova di fronte ad un paziente confuso, che non ha abbandonato le proprie abitudini e non conosce a fondo quelle del Paese adottivo.¹² I pregiudizi giocano, inoltre, un ruolo significativo anche in questo caso: il medico e gli operatori sanitari sono influenzati da una visione cristiana del dolore, che considera il paziente mite, che soffre in silenzio, più meritevole di cure immediate rispetto ad un soggetto malato che mette in mostra, in maniera plateale, le proprie sofferenze, senza considerare però il *background* che caratterizza entrambi i malati e soprattutto le condizioni di difficoltà in cui versano, che emergono in maniera diversa a seconda del soggetto e della sua emotività.¹³

Il quinto e ultimo livello, il livello *metaculturale* che considera le differenti concezioni filosofiche e religiose degli attori della conversazione, è quello in cui il paziente mostra ciò che a livello culturale appare implicito. Il migrante dichiara dettagli importanti che il medico non può tralasciare, come per esempio l'importanza del Ramadan, nella prescrizione della cura e in quella farmacologica. L'incomprensione può nascere in quanto il medico, limitandosi all'esplicito, non coglie il bisogno di appartenenza che l'immigrato cerca di comunicare implicitamente celandolo dietro la necessità di seguire le tradizioni.¹⁴

La comunicazione tra medico e paziente viene quindi disturbata da una serie di incomprensioni che ostacolano il corretto scambio di informazioni. Insieme ai livelli appena descritti, svolgono un ruolo importante all'interno dell'interazione dialogica

¹¹Mazzetti, M. (2003). *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari a altre professioni di aiuto*. Roma: Carocci Faber editore, p. 42.

¹²Colasanti, R. & S. Geraci (1995). *I livelli d'incomprensione medico-paziente migrante*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Perì Tecnés, p. 218.

¹³Colasanti, R. & S. Geraci (1995). *I livelli d'incomprensione medico-paziente migrante*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Perì Tecnés, p. 218.

¹⁴Mazzetti, M. (2003). *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari a altre professioni di aiuto*. Roma: Carocci Faber editore, p.45.

il pudore che ognuno di noi, in base alla propria cultura, ha nel raccontare il dolore e la differenza nella descrizione del sintomo, che cambia da paziente a paziente.¹⁵

Per ovviare ai vari problemi che si creano durante lo svolgimento di una visita, entra in gioco la figura del mediatore culturale. È bene precisare però che, quando si parla di mediatore, ci si riferisce ad un professionista formato adeguatamente per affrontare una conversazione tra medico e paziente e non il cosiddetto “mediatore occasionale” rappresentato da amici, parenti o connazionali che, conoscendo qualche parola in più di italiano, si improvvisano ponti che permettono la comunicazione tra due soggetti di diversa cultura. Tornando alla figura del mediatore professionista, il suo intervento si traduce in diverse scelte linguistiche e comportamentali che si adeguano alle varie situazioni che si trova a fronteggiare.

Le scelte strategiche però a volte si trasformano in azioni che spesso portano a sbilanciare la comunicazione verso l'una o verso l'altra parte. Può accadere infatti che il mediatore, conoscendo la situazione del paziente, risponde in prima persona alle domande del dottore, senza permettere al diretto interessato di partecipare attivamente alla conversazione. In questo caso crea un'interazione a due (mediatore-operatore sanitario) che si conclude con un riassunto per il paziente, molto spesso privato di dettagli riguardanti la diagnosi e le cure. In questo caso, l'empatia tra medico e paziente viene meno e il mediatore non ha più le caratteristiche di “ponte” ma assume quelle di attore primario. Quando si verificano situazioni del genere, nonostante le varie difficoltà precedentemente elencate possano essere superate, si crea un *deficit* di comunicazione tra i due partecipanti principali, sbilanciando la conversazione a discapito del paziente.¹⁶ In casi come questi il medico reputa la presenza del mediatore in maniera negativa, in quanto non consente un contatto, seppur indiretto, con l'assistito.¹⁷ Nonostante sia fondamentale per permettere all'immigrato di spiegarsi, rappresenta però una terza presenza ingombrante.

L'azione del mediatore di moderare anche l'emotività che il paziente lascia emergere al momento della visita provoca ulteriori complicanze nella comunicazione medico-paziente. Accade spesso infatti che il mediatore, dell'intero discorso del paziente, riporti solamente le parti che contengono informazioni mediche, tralasciando le preoccupazioni che l'immigrato confessa, oppure che operi in maniera contraria, riportando al paziente un riassunto del discorso del medico, senza tradurre le informazioni che potrebbero destare timore, ma sostituendole con parole di conforto. Anche in questo caso compie delle ingiustizie nei confronti di entrambe le parti, in quanto non permette loro di venire a conoscenza della vera realtà dei fatti.¹⁸ La sua

¹⁵Mazzetti, M. (1995). *Come curare il paziente immigrato? I percorsi della relazione terapeutica*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Parma: Peri Tecnés, p. 224.

¹⁶Barbieri, V. (2008). *Forme di comunicazione interculturale nell'incontro medico mediato*, in Baraldi, C., V. Barbieri & G. Giarelli a cura di. *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: FrancoAngeli editore, pp. 159-160.

¹⁷Maisano, B. (1995). *La mediazione come relazione di un corpo*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Peri Tecnés, pp. 245-247.

¹⁸Barbieri, V. (2008). *Forme di comunicazione interculturale nell'incontro medico mediato*, in Baraldi, C., V. Barbieri & G. Giarelli a cura di. *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: FrancoAngeli editore, pp. 166-169.

funzione di filtro è così alterata e non consente l'avvicinamento emotivo tra le parti in quanto persone, ma lascia che il medico consideri il paziente solo come "un caso da risolvere" e non come individuo con emozioni e paure.

Un mediatore non all'altezza del suo compito, come nei casi sopradescritti, è percepito come una figura invadente che ostacola la comunicazione fra i due partecipanti primari della conversazione. Agisce come *mediatore di parte*, non dando modo di esprimersi alla persona di cui fa le veci. Questo però accade quando non agisce secondo i dettami che delineano il buon mediatore, incappando in errori che creano squilibrio nell'interazione dialogica fra malato e medico. Se andiamo invece a considerare come si dovrebbe muovere un attento mediatore culturale, ci si rende conto che egli non è il "terzo scomodo" della situazione, ma rappresenta una figura "ponte" indispensabile alla buona riuscita della mediazione e che fa sì che il paziente si senta soddisfatto e ben considerato e che il medico senta di aver costruito un rapporto empatico e diretto con il malato.

La comunicazione medico paziente viene infatti preservata e garantita se il mediatore attiva un meccanismo che prevede la formazione di un dialogo interculturale basato su due punti fondamentali: dare la stessa possibilità ai partecipanti di esprimere liberamente ciò che sentono il bisogno di dire e fare in modo che si venga a creare empatia tra i due attori, in modo che entrambi possano comprendere e immedesimarsi nel punto di vista dell'altra persona. Tutto ciò è possibile grazie all'abilità del mediatore di rispettare i turni di parola, non interrompendo l'interlocutore e facendo seguire a ogni intervento una traduzione corretta, coerente e completa di quanto espresso da ognuno dei due, promuovendo la partecipazione attiva del paziente e permettendo "la costruzione sociale della persona del paziente; la narrazione dell'esperienza personale; la valorizzazione delle aspettative affettive". (Baraldi, Barbieri, Giarelli, 2008: 184).

In sintesi, il mediatore deve permettere a entrambe le parti di esporre quanto desiderato, tradurre i loro pensieri apportando le dovute aggiunte per una migliore comprensione della controparte, senza sostituirsi a nessuno dei due. Attraverso la realizzazione di un dialogo interculturale, deve dar voce a ciascun partecipante, considerando il punto di vista di ognuno come essenziale alla comunicazione. Agendo in questo modo, diviene la figura fondamentale nel rapporto medico-paziente, trasformandosi in un punto di riferimento di cui entrambe le parti hanno fiducia e dal cui servizio vengono soddisfatte.

A mio avviso, svolgere la propria professione al meglio spesso è un principio morale dettato dal proprio buon senso. In condizione di bisogno, il paziente, sia per ignoranza in materia sia per preoccupazioni diverse e più importanti, pur rendendosi conto di essere tagliato fuori dalla discussione, ringrazia l'interprete per avergli permesso di comunicare con il medico, nonostante non sia soddisfatto della visita. È qui che entra in gioco il buon senso di ogni mediatore che, immedesimandosi nel paziente, comprende di dovergli dare lo spazio che merita, così come si rende conto che il medico, per poter effettuare una buona diagnosi e quindi dare la giusta cura, ha bisogno di essere messo al corrente di tutto ciò che esprime il paziente, anche di dettagli che all'orecchio di un inesperto in materia potrebbero sembrare insignificanti.

3. Il Poliambulatorio per immigrati della Caritas di Roma.

3.1. Il modello di salute senza esclusioni del Poliambulatorio e il *Progetto Cina*.

Il Poliambulatorio di via Marsala, appartenente all'Area Sanitaria Caritas, nasce nel 1983 sotto i binari della Stazione Termini, "crocevia indiscusso di storie e di approdi di persone incredibili" (Maisano, 2010: 44). L'obiettivo dell'Ambulatorio, vero e proprio laboratorio per una medicina transculturale, era e rimane ancora oggi quello di incontrare gli immigrati irregolarmente presenti sul nostro territorio per permettere loro di accedere a una salute *senza esclusioni* e di garantire le cure a ciascun individuo che ne abbia bisogno, a prescindere dalla cultura e dalla provenienza, aiutandolo a recuperare la dignità in una condizione difficile. La *mission* che guida il lavoro dell'ambulatorio recita:

*“mettersi in relazione con ogni persona
partendo dalla stima e dal valore di ciascuno,
a qualsiasi cultura o storia appartenga,
per conoscere, capire e farsi carico con amore
della promozione della salute
di coloro che sono più svantaggiati,
affinché vengano riconosciuti, riaffermati e promossi
ad ogni livello, dai singoli, dalla comunità
e dalle istituzioni, diritti e dignità di tutti,
senza nessuna esclusione”*

(Maisano, 2010: 45)

“Senza nessuna esclusione” sono le parole che hanno fatto interrogare i responsabili dell'Area Sanitaria sul perché un servizio così attento alle esigenze di tutti gli immigrati, nel 2000, dopo circa diciotto anni di attività, avesse registrato nel proprio database solo ottantasette pazienti di nazionalità cinese.¹⁹

Questo interrogativo portò a riflettere sugli ostacoli incontrati dalla comunità cinese nell'accedere ai servizi del Poliambulatorio, nonostante il modello gestionale sperimentato fosse quello di un ambulatorio a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale e, con l'aiuto di Willie, un giovane fisioterapista che aspirava a diventare mediatore culturale in ambito sanitario, l'Area Sanitaria si incamminò verso un percorso volto all'incontro con la comunità cinese. Il primo passo fu quello di sottoporre un questionario per poter capire quali fossero le difficoltà che i cinesi riscontravano nel momento in cui si rivolgevano ad una struttura sanitaria.

¹⁹Geraci, S. & B. Maisano (2010). *Una porta aperta. La salute come occasione di incontro con la comunità cinese. Storie e cronache di immigrazione*. Bologna: LombarKey editore, p. 46.

Gli esiti del questionario riportarono tre risposte sulle quali poter lavorare per cercare di eliminare le barriere esistenti: paura, difficoltà burocratiche e impossibilità di comunicazione linguistica erano i motivi per i quali continuavano a non avvicinarsi al Poliambulatorio. I cinesi avevano paura della Polizia, di essere scoperti senza il permesso di soggiorno, di essere licenziati, di non capire, di subire ritorsioni. Erano paure che derivavano dal non conoscere chi avevano di fronte. Per ovviare a questo problema, i responsabili dell'Area Sanitaria, insieme ai volontari e ovviamente a Willie, crearono un volantino scritto in lingua cinese per diffondere l'esistenza del Poliambulatorio e dei servizi erogati, quasi sconosciuti ai cinesi.

La principale barriera burocratica consisteva nel passaporto. Molti di loro non ne erano in possesso, ma questo era l'unico documento richiesto dal Centro d'Ascolto della Caritas per poter accedere al Poliambulatorio. Il problema venne risolto non chiedendo più ai pazienti cinesi di fornire il documento per espletare le varie pratiche burocratiche, trasformando così il modello gestionale dell'ambulatorio in un modello con nessuna soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale. Le difficoltà linguistiche iniziarono ad essere affrontate traducendo le domande principali per compilare la cartella clinica e creando una bozza di glossario medico costituito da un centinaio di vocaboli essenziali.

A questo punto, i responsabili dell'Area Sanitaria, insieme ai volontari, si sentirono più preparati ad affrontare la comunità cinese, ma il tirocinio di Willie terminò e il Poliambulatorio tornò ad essere sprovvisto di mediatore proprio nel momento in cui si presentò un ragazzo molto sofferente che non parlava italiano. La fortuna volle che Willie, ancora nelle vicinanze della stazione, riuscì a correre in suo soccorso e insieme a medici preparati e competenti e al calore dei volontari addetti all'accoglienza, l'ambiente che soccorse il ragazzo fu un ambiente amico ed efficiente. Da quel momento in poi, un numero sempre più cospicuo di cinesi iniziò ad affacciarsi alle porte del Poliambulatorio, tanto che i responsabili pensarono bene di coinvolgere le altre strutture sanitarie, iniziando con il Policlinico Umberto I, dove ottennero il tesserino STP. Proprio mentre si trovavano tutti all'Ufficio Stranieri per espletare le pratiche burocratiche attinenti al rilascio del codice, una donna cinese in gravidanza accusò dei forti dolori addominali e venne accompagnata dal ginecologo, che di fronte alle evidenti difficoltà linguistiche della paziente, propose di contattare sua madre, già studentessa di cinese negli anni '50 che si dichiarò felice di poter dare una mano. La signora Maria Grazia, insieme all'interprete di cinese Alessandro Listuzzi contattato dalla sinologa Anna Bujatti, iniziò così il percorso di volontariato presso il Poliambulatorio.

Il numero dei pazienti, in seguito alla notizia della presenza degli interpreti, aumentò visibilmente, in particolare il mercoledì pomeriggio, giorno in cui i mediatori avevano dato la loro disponibilità e in cui erano presenti quattro medici di medicina generale esperti nell'approccio transculturale. I volontari pian piano iniziarono ad acquisire sempre più familiarità con questa comunità, tanto che il 30 gennaio 2002, proprio di mercoledì pomeriggio, si tenne un incontro tra i responsabili e i volontari per dare vita al *Progetto Cina*, che si rivelò essere la punta di diamante del Poliambulatorio.

Gli obiettivi del progetto si tradussero nella volontà comune a tutti i partecipanti di procedere insieme verso una salute accessibile e aperta a questa comunità che per tanti anni aveva relegato i propri bisogni in secondo piano. I punti chiave erano sei:

- formare gli operatori del progetto;
- confrontare la propria esperienza con quella delle altre strutture per capire il rapporto dei cinesi con il Ssn;
- gettare le basi per la nascita di un servizio fruibile dai pazienti cinesi a livello di sistema sanitario e non solo a livello di volontariato;
- creare una rete di collaborazione con altre strutture socio-sanitarie per orientare i cinesi che chiedono aiuto;
- creare strumenti di facilitazione per la comunicazione;
- sensibilizzare la comunità cinese sul diritto alla salute e sui servizi erogati dal Poliambulatorio.

I volontari, animati da un grande entusiasmo, vennero affiancati da una squadra di interpreti che, insieme alla conoscenza della lingua cinese e della lingua italiana, era caratterizzata da una forte motivazione e da una buona attitudine al volontariato. L'embrione del progetto era così formato, gli ingredienti principali erano presenti, ora bisognava solo aspettare i pazienti cinesi, che non si fecero attendere. Il numero aumentò in maniera costante, tanto che si decise di aprire il Poliambulatorio ai cinesi anche negli altri giorni della settimana, formando gli interpreti in modo da farli diventare parte integrante dell'accoglienza. Continuando di questo passo, anche il Centro Ascolto in via delle Zoccolette si dotò di un servizio di mediazione, arrivando così al faticoso momento della Carta Caritas, il documento da esibire all'accoglienza per poter accedere ai vari servizi erogati, anche per i cinesi. Il *Progetto Cina*, sempre più completo, fece sì che tutti i volontari dessero il proprio contributo per raccogliere i vari termini medici imparati nel corso delle visite in un glossario continuamente aggiornato negli anni, tanto che dalle circa duecento parole nel 2000 si arrivò, nel 2010, a settemila voci pubblicate in un unico volume curato dal professor Listuzzi: "Le parole della salute. Glossario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese".

Arrivati ad un certo punto, i responsabili del Poliambulatorio si resero conto che senza l'aiuto di altre strutture sanitarie non ce l'avrebbero fatta a soddisfare la richiesta di salute della comunità cinese, anche perché i pazienti, oltre che delle visite di medicina generale, necessitavano di visite specialistiche da effettuare necessariamente in altre strutture sanitarie. Per cercare di rendere possibile una collaborazione con il resto della sanità e per cercare di avvicinarla alla richiesta di salute dei cinesi, l'Area Sanitaria della Caritas propose un *Progetto pilota* alla Direzione Sanitaria del Policlinico Umberto I, in base al quale una volta alla settimana, per un determinato periodo di tempo, due volontari Caritas avrebbero offerto un servizio di mediazione all'Ufficio Stranieri. Il progetto riscosse successo, raggiunse l'obiettivo, ma una volta terminato, tutto tacque, il Policlinico non prese in considerazione la possibilità di assumere interpreti e si tornò al punto di partenza: la Caritas, pur con le varie difficoltà, si ritrovò da sola a cercare di soddisfare le richieste di salute della fascia più debole della comunità cinese, senza che nessuna

delle altre strutture pubbliche se ne interessasse.²⁰ La situazione oggi non è poi tanto diversa da allora.

La storia che ho riportato racconta come la sensibilità di alcune persone abbia reso possibile la realizzazione di un'impresa che sembrava irraggiungibile: cercare di capire perché la popolazione cinese non accedesse alle cure e aiutarla ad entrare in contatto con una salute *senza esclusioni*. Ancora oggi, il Poliambulatorio della Caritas si batte per le stesse finalità e lo fa con lo stesso entusiasmo di sempre, provando ad abbattere qualsiasi tipo di barriera, anche e forse soprattutto quella dei pregiudizi che si riversano contro la comunità cinese.

Il Poliambulatorio, ancora ubicato in via Marsala, ristrutturato e ampliato, oltre all'ala riservata agli uffici della direzione e al centro studi, è dotato di una farmacia e di quattro ambulatori medici, più l'infermeria. Coloro che prestano servizio in queste aree sono tutti volontari che, a turno, durante la settimana, si recano al Poliambulatorio per mettersi a disposizione degli immigrati.

L'accesso ai servizi è consentito ai pazienti muniti della Carta Caritas che, dopo un colloquio volto ad accertare la reale idoneità del richiedente a riceverla, viene rilasciata dal Centro Ascolto Stranieri sito in via delle Zoccolette, 19. La Carta viene di norma rilasciata a coloro che non hanno diritto all'iscrizione al Ssn e che non sono in regola con il permesso di soggiorno. Ai pazienti cinesi, proprio per le difficoltà che incontrano nelle varie realtà romane, vengono spesso concesse delle eccezioni, anche se limitate ai casi più gravi. Una volta in possesso di questa Carta, il paziente può accedere sia alle visite sia alla farmacia, dove è possibile ritirare liberamente farmaci da banco, come per esempio sciroppi e aspirine, e presentando, oltre alla Carta Caritas, la prescrizione di un medico del Poliambulatorio è possibile ritirare gli altri farmaci. La farmacia continua a funzionare, oltre che per la presenza di farmacisti volontari, per le continue donazioni fatte da persone esterne. Per accedere al servizio, basta presentarsi nei giorni di apertura, prendere il numero e aspettare il proprio turno.

Le visite vengono effettuate per appuntamento, che viene rilasciato dagli addetti all'accoglienza dopo aver verificato che il paziente sia in possesso della Carta Caritas. L'appuntamento può essere preso liberamente per visite di medicina generale e ginecologiche, mentre per le visite specialistiche, a meno che il paziente non sia già in cura dallo specialista, c'è bisogno della prescrizione del medico generale. Alla prima visita, un volontario dell'accoglienza riempie la cartella clinica, munita di un codice numerico identificativo che verrà poi riportato sulla Carta Caritas del paziente. Sulla cartella clinica verranno registrati i contenuti di tutte le visite in modo che la situazione del paziente possa essere accessibile a tutti i medici che lo visiteranno anche in futuro. A questo punto, i successivi appuntamenti verranno presi riportando sull'apposito registro il codice numerico e non più il nome del paziente, come accaduto per la prima visita. Quest'ultimo, il giorno della visita,

²⁰Per la parte relativa alla storia dell'approccio della Caritas con i pazienti cinesi ho fatto riferimento al testo: Geraci, S. & B. Maisano (2010). *Una porta aperta. La salute come occasione di incontro con la comunità cinese. Storie e cronache di immigrazione*. Bologna: LombarKey editore, pp. 41-78.

presentando all'accoglienza il biglietto dell'appuntamento, dovrà poi aspettare di venir chiamato dal medico. I volontari, infatti, una volta controllato che il biglietto riporti la data del giorno in cui si è presentato e la visita di cui necessita, andrà a prendere la cartella clinica posizionandola in ordine di arrivo all'accoglienza e, dopo aver sistemato gli utenti muniti di appuntamento, si dedicheranno agli altri.

Le visite garantite abbracciano diverse branche specialistiche, per quanto riguarda invece gli esami strumentali e di laboratorio ci sono degli accordi con i vari ospedali che, dietro presentazione di specifici moduli, Carta Caritas e prescrizione medica, erogano le prestazioni richieste in maniera gratuita.

Le informazioni di ogni paziente sono registrate su una specifica banca dati gestita da volontari che si occupano di decodificare le cartelle a seguito delle visite.

Al punto accoglienza sono presenti i volontari addetti al dialogo con i pazienti. Il loro compito è quello di indirizzare il paziente verso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate, dare gli appuntamenti e soprattutto quello di creare un ambiente amico in cui il paziente che attende di essere visitato si trovi a proprio agio. Si tratta generalmente di persone molto tolleranti verso la diversità e verso il prossimo e che, attraverso un percorso formativo, hanno acquisito le capacità necessarie per affrontare le situazioni più difficili. Vengono coordinati da un responsabile e da un medico di sportello che ha sia la funzione di gestire i casi più semplici, in modo da snellire l'afflusso presso i medici, come per esempio la prescrizione di farmaci dopo aver consultato appropriatamente la cartella clinica del paziente, sia di intervenire nei casi di urgenza. È presente inoltre un servizio di infermeria al quale possono rivolgersi tutti indistintamente e per il quale non c'è bisogno dell'appuntamento.

Il Poliambulatorio è una struttura completa, con specialità presenti in funzione dei bisogni primari dei pazienti, come ginecologia, pediatria, dermatologia, cardiologia e che presenta attualmente un'affluenza massiccia di stranieri, tra cui circa 2000 pazienti cinesi. È un punto di riferimento per tutti coloro che non riescono a ricevere nessun tipo di cura e un punto di orientamento per coloro che hanno diritto all'assistenza sanitaria ma che non ne sono a conoscenza. I pilastri su cui si poggia sono i volontari, senza i quali non potrebbe erogare tanti servizi. Coloro che donano il proprio contributo in questo ambiente sono caratterizzati da storie e vissuti diversi, si possono incontrare giovani studenti universitari, allegre signore in pensione, neolaureati in medicina pronti ad affiancare i medici durante le visite, laureati in tutti i campi che sentono il bisogno di fare un'esperienza di vita come questa, sono presenti le combinazioni più disparate, ma tutte accomunate dalla volontà di servire il prossimo.

3.2. La mia esperienza presso il Poliambulatorio.

La mia esperienza è nata come base di partenza per la tesi e si è trasformata poi in un'esperienza di vita.

Ho iniziato il mio servizio al Poliambulatorio ad ottobre 2012, di mercoledì pomeriggio e, dopo aver affiancato il professor Listuzzi nelle prime visite, dato l'alto numero di presenze cinesi ho iniziato ad assistere da sola medico e paziente, scontrandomi con una realtà di cui non conoscevo alcunché. L'impatto iniziale è stato forte sotto tanti punti di vista: il primo timore era quello di non riuscire a comprendere i problemi e i sintomi che gli utenti cinesi mi raccontavano, unito poi alla paura di non riuscire a spiegare le parole del medico, dato il lessico così specifico a me sconosciuto. A tutto questo si aggiungeva il problema della lingua parlata: il cinese a cui ero abituata era il cinese *standard*, il cosiddetto *pǔtōnghuà* 普通话, conosciuto meglio come *mandarino*, che non ha nulla a che vedere con quello parlato dai pazienti. La maggior parte, infatti, provenendo dal Sud della Cina, parlava un cinese influenzato dalla pronuncia del posto e quindi, prima di poter comprendere ciò che dicevano, dovevo riflettere sulle corrispondenze che ci potessero essere tra un suono in *pǔtōnghuà* e le parole da essi pronunciate. Bastarono poche visite però per familiarizzare con i nuovi suoni e quindi superare l'ostacolo.

I primi tempi, infatti, sono serviti a me per entrare in confidenza con questa nuova situazione, solo dopo aver superato altre paure, come quella di allungare i tempi delle visite perché avevo bisogno di più tempo per comunicare con i pazienti, sono riuscita a concentrarmi su di loro, cercando di individuare le difficoltà che riscontravano sia nel Poliambulatorio e sia fuori, dato che durante l'attesa, incuriositi dal fatto che io parlassi cinese, avevano piacere a conversare con me.

Nel superare i primi intoppi mi hanno aiutato anche i medici che, comprendendo le difficoltà che incontravo e considerandomi come l'unica persona che poteva mandare avanti la conversazione, hanno sempre avuto la pazienza di aspettare che il paziente avesse recepito il messaggio, paziente che, a sua volta, si impegnava per cercare di spiegarsi al meglio. Il glossario medico era ed è anche oggi lo strumento fondamentale per la buona riuscita della visita.

Dopo una prima esperienza vissuta il mercoledì pomeriggio ho preso poi servizio di venerdì per poi diventare volontaria del lunedì; conoscere le realtà di tutti e tre i giorni, che sono quelli con maggior affluenza di pazienti cinesi, mi è stato molto utile per entrare di più nella loro dimensione e per riuscire a cogliere le varie sfumature di questa comunità. Ciò che ho potuto notare è stato il loro atteggiamento di fiducia nei confronti del medico al quale raccontano tutto, come se sentissero il bisogno di condividere le proprie difficoltà con una terza persona. A differenza di quanto ho potuto riscontrare a Prato, dove alcune delle persone che ho intervistato mi hanno parlato dei cinesi come pazienti sbrigativi che non hanno tempo da perdere, nella realtà del Poliambulatorio della Caritas di Roma i cinesi invece istaurano un rapporto con il medico tale da descrivere il problema partendo dagli albori, a volte raccontando di quando vivevano in Cina. A livello del rapporto con il medico, il dilungarsi troppo comporta spesso una perdita di pazienza di quest'ultimo che, sia per i tempi stretti del Poliambulatorio, sia a causa dell'abitudine del medico

occidentale di voler comprendere subito di cosa abbia bisogno il paziente, vorrebbe che dichiarasse in modo più diretto i propri sintomi (è questo un esempio di difficoltà a livello culturale).

A mio avviso, la differenza di approccio con il medico tra le due comunità esiste perché i cinesi di Prato e i cinesi di Roma conducono stili di vita diversi: a Prato, lavorando maggiormente nelle fabbriche tessili, non hanno il tempo di andare dal medico e confidarsi con lui, per loro rappresenta semplicemente la figura che può farli stare meglio dal punto di vista fisico; a Roma svolgono principalmente lavori in attività commerciali e nel caso delle donne, oltre ai tipici lavori nei ristoranti e nel campo dell'abbigliamento, lavorano anche come baby-sitter e collaboratrici domestiche. Questo tipo di lavori permette loro di prendersi più tempo con il medico, anche se questo non vuol dire che siano liberi da orari e responsabilità lavorative. Per prendere un appuntamento cercano di organizzare al meglio le proprie giornate, in modo da poter fare delle visite senza togliere del tempo agli altri impegni e non mancano casi in cui chiedano di essere visitati prima a causa di problemi di lavoro.

Stando a contatto con loro tutte le settimane, dopo un primo periodo esplorativo, hanno iniziato a fidarsi di me e nonostante le difficoltà linguistiche che abbiamo incontrato da ambo le parti, al loro arrivo mi hanno rivolto sorrisi vedendomi lì all'accoglienza. Anche se non è stato sempre così. Le visite si sono svolte generalmente in maniera tranquilla, con la massima tolleranza da parte tutti i partecipanti, anche se con qualche eccezione: alcuni cinesi, per la maggior parte quelli con inflessioni dialettali molto marcate o che parlano molto velocemente, si sono spesso spazientiti per le mie richieste di chiarimenti, senza accogliere la mia preghiera di parlare più lentamente, ma come si dice "sono le eccezioni che confermano la regola". Per quanto riguarda il rapporto paziente-interprete dal punto di vista umano non ho riscontrato difficoltà, che invece ho avuto dal punto di vista della lingua e, insieme al medico, nel far comprendere l'entità di una malattia. In riferimento agli ostacoli linguistici, sono riuscita a superarli grazie al glossario e alla familiarità che piano piano ho acquisito con il gergo medico; per il fattore malattia invece ha giocato un importante ruolo la pazienza del medico per spiegare in maniera semplice e comprensibile il motivo per cui dovessero seguire scrupolosamente determinate indicazioni. Come si leggerà nelle interviste ad alcuni medici che riporterò nel paragrafo 3.2.2, la terapia, anche se dopo un po' di tempo, viene accettata e seguita, come del resto affermano anche i medici delle altre realtà italiane, l'importante è riuscire a creare un rapporto di fiducia che permette lo svolgersi della visita in maniera tranquilla. Il punto fondamentale è che, anche se accettano la terapia perché si fidano, non riescono a comprendere il concetto di malattia cronica, pensando che i medicinali da prendere saranno solo per un tempo limitato e spesso, una volta terminati, non tornano per chiedere al medico una nuova prescrizione, mettendo a rischio la propria situazione.

Dopo essere riuscita ad instaurare un rapporto diretto con i pazienti, ho potuto iniziare ad addentrarmi di più nelle loro difficoltà, a porre domande più personali per cercare di capire quali fossero le reali necessità di questa comunità. La mia volontà di esplorare i bisogni della popolazione cinese che frequentava il Poliambulatorio si è incontrata con quella di una studentessa di antropologia, Emanuela Fondacaro, che, anche se da un punto di vista diverso dal mio, stava cercando le mie stesse

informazioni. Insieme al valido aiuto di Bianca Maisano, responsabile dell'Area Sanitaria Caritas e Anna Di Nicola, esperta della banca dati, è nato così un questionario che abbiamo iniziato a sottoporre ai pazienti, seppur con svariate difficoltà.

3.2.1. Questionario sottoposto ai pazienti cinesi.

Il questionario, presente integralmente come Appendice 2 della tesi, è stato sottoposto, in forma anonima, ai pazienti del Poliambulatorio della Caritas di Roma durante i tempi morti in attesa delle visite. I giorni scelti sono stati quelli in cui l'affluenza di cinesi è più alta: lunedì, mercoledì e venerdì. Le domande sono state poste personalmente da me e da Emanuela, affiancata da altri ragazzi interpreti volontari, alcuni dei quali hanno intervistato in prima persona i cinesi, aiutandoci così a sottoporre il questionario ad un numero maggiore di persone. Durante la mia esperienza a Prato, ho inoltre posto alcune delle domande di questo questionario ai pazienti dell'ambulatorio della Caritas per cercare di capire le differenze tra le due comunità.

Le domande in tutto sono ventiquattro, la prima parte si sofferma su dati personali: età, sesso, anni di istruzione, anni di soggiorno in Italia, stato civile, figli e aspettative; la seconda interroga su esperienze fatte presso altre strutture sanitarie e su quella fatta al Poliambulatorio, su come ne sono venuti a conoscenza e sul perché vi si rivolgano, invitandoli ad esprimere un giudizio sul servizio d'accoglienza e sui medici; è stato chiesto loro un parere sulla nostra Medicina Occidentale in confronto alla MTC, terminando con domande relative alle difficoltà riscontrate nel rapporto con il medico e al ruolo dell'interprete. Il questionario prevedeva domande chiuse a risposta multipla e alcune domande aperte che però, al momento della raccolta dati, sono state catalogate come domande chiuse, data la poca disponibilità dei pazienti ad esprimere i propri giudizi, nonostante la garanzia dell'anonimato. L'intenzione iniziale era quella di porre oralmente le domande, in modo da permettere loro di esprimersi liberamente, ma in seguito ai primi questionari pilota, le cui risposte non sono state prese in considerazione al momento della raccolta dati in quanto questionari di prova, si è riscontrata in loro una propensione maggiore a rispondere in maniera privata, senza che noi interagissimo.

Nonostante la diffidenza iniziale, soprattutto quella dei pazienti non in regola con il permesso di soggiorno, tuttavia mi hanno dato l'opportunità di spiegare che erano dati di cui avevo bisogno per una tesi volta a sottolineare il loro rapporto con la sanità italiana e a capire cosa fare per aiutarli, e hanno accettato quindi di rispondere, continuando comunque ad esitare di fronte alle domande aperte.

A Prato, ho somministrato parte del questionario ai pazienti dell'ambulatorio della Caritas, nei quali ho riscontrato gli stessi atteggiamenti degli utenti di Roma. I campioni delle due città sono in numero diverso, 33 a Roma contro gli 11 di Prato, ma l'intenzione era quella di dare un'idea delle differenze tra i due gruppi, senza pretendere di trattare in maniera esaustiva la questione, del resto molto articolata.

I dati estrapolati da entrambi i gruppi registrano un'età media di 39 anni e una media di circa 9 anni di istruzione in entrambe le realtà.

Le donne intervistate sono 24, gli uomini 16, mentre 4 non segnalano il proprio sesso. La domanda numero 4, "*Motivi dell'emigrazione*" raccoglie 32 risposte per lavoro, 7 per ricongiungimento familiare, 3 sia per lavoro sia per ricongiungimento, 1 per ricongiungimento e studio e 1 risponde "altro". Su un totale di 44 risposte, alla domanda numero 5 "*È coniugato/a?*", 7 si dichiarano di non essere coniugati e 37 coniugati, tra questi 37, alla domanda numero 6 "*Suo marito/sua moglie è anch'egli/ella in Italia?*" 13 danno una risposta negativa e 24 una risposta positiva.

La domanda numero 7 chiede se hanno o meno figli, tra le donne intervistate, 22 rispondono affermativamente, 1 è incinta e 1 risponde negativamente; mentre tra gli uomini, 13 ne hanno, 2 no e 1 non risponde, in più ci sono 4 risposte affermative di cui però non si conosce il sesso. In totale ci sono 40 risposte affermative, 3 negative e 1 mancante. Alla domanda numero 8 "*I suoi figli sono in Italia o in Cina*", 27 rispondono in Cina, 12 in Italia e 1 non risponde; dei 27 che vivono in Cina, alla domanda numero 9 "*In caso siano in Cina, a chi sono affidati?*", 14 rispondono ai nonni, 3 alle mogli, 6 ai parenti, 3 sono maggiorenni, 1 è maggiorenni ma vive con i parenti.

La domanda numero 10 e la numero 11 vertono sulle aspettative che nutrivano prima di partire e sulla realizzazione delle stesse dopo aver trascorso del tempo in Italia, "*Quali erano le sue aspettative prima di partire?*", "*Una volta in Italia, si sono realizzate?*": 41 sono le risposte totali, di cui 1 dichiara di non averne, 15 di averle realizzate e 26 di non essere riuscito a concretizzarle. La domanda numero 10, inizialmente formulata come aperta con la speranza che ci raccontassero le proprie esperienze, abbiamo deciso invece di classificarla come chiusa, date le risposte brevi e molto comuni, infatti: 9 dichiarano di essere partiti con il sogno di guadagnare, di questi 9, solo in 2 l'hanno realizzato; 1 con il sogno di guadagnare e di una vita migliore, senza riuscirci; 1 di integrarsi, ma senza successo; 7 con la speranza di lavorare, realizzata da 3; 1 di lavorare e di ricongiungersi, realizzando solo la seconda; 1 con il sogno di lavorare e studiare, riuscendo in entrambi i casi; 15 dichiarano di sperare in una vita migliore e di questi 15 solo 4 hanno realizzato il proprio desiderio; 2 avevano aspettative positive, 1 è riuscito a realizzarle, mentre l'altro no; 2 sono riusciti a ricongiungersi così come speravano; 1 dichiara di aver realizzato la sua aspettativa, senza però specificare di cosa si trattasse e l'ultimo ci dice di essere partito con la speranza di visitare Roma, riuscendoci.

Con le domande numero 10 e numero 11 termina la parte riguardante le informazioni personali e familiari dei pazienti sia della Caritas di Roma sia di quelli di Prato. Dai dati raccolti, lo spaccato che si apre è quello di una popolazione abbastanza giovane che vive in Italia da minimo 5 anni, con un livello di istruzione che corrisponde indicativamente alle nostre scuole medie. Partiti con la speranza di una vita migliore o di ricongiungersi con la famiglia, i cinesi in questione si sono scontrati con le difficoltà del posto, alcuni riuscendo a superarle, altri no. Appare evidente l'abitudine di lasciare i figli in Cina o di rimandarli in Patria appena dopo la nascita, proprio per l'impossibilità di seguirli in maniera adeguata. Rappresentano quindi,

anche se in miniatura, ciò che in grande accade all'interno delle comunità cinesi in Italia, come accennato nel primo capitolo.

La domanda numero 12 *“Prima di rivolgersi alla Caritas ha avuto esperienza del Ssn per ricoveri ospedalieri o altro?”* registra una tendenza quasi opposta nelle due realtà: a Roma si riscontrano 22 risposte negative e 11 affermative, mentre a Prato 8 affermative e 3 negative. Il che è riconducibile al fatto che a Prato, l'Azienda Sanitaria si sia adoperata prima per incontrare i bisogni della popolazione cinese, anche perché le comunità cinesi presenti sul territorio pratese sono più numerose rispetto a quelle di Roma, dove l'unico posto che abbia accolto questi pazienti in maniera più vicina ai loro bisogni è stato appunto il Poliambulatorio. Alla domanda numero 12.2 *“Se sì, perché?”* non hanno risposto.

Tramite le domande numero 13 *“Come è venuto a conoscenza del Poliambulatorio della Caritas?”*, numero 14 *“Perché ha deciso di rivolgersi alla Caritas?”*, numero 15 *“Che sintomi presentava quando si è rivolto al Poliambulatorio?”*, numero 16 *“Che ne pensa del servizio di accoglienza?”* e la domanda numero 21 *“Che ne pensa dei medici?”* abbiamo analizzato il rapporto che intercorre tra i cinesi e il Poliambulatorio della Caritas di Roma e la percezione che hanno dei servizi erogati. I pazienti sono venuti a conoscenza dell'Area Sanitaria della Caritas tramite passaparola all'interno della comunità, le risposte infatti vedono 28 preferenze per gli amici, 2 per i negozi, 2 per altre strutture sanitarie e 1 per “altro” che non viene specificato. Questo dato così lampante mostra quanto le reti che collegano le diverse famiglie cinesi presenti a Roma siano forti e solide, testimoniato anche dall'aumento dell'immigrazione cinese nel periodo delle sanatorie per gli immigrati, di cui ho parlato nel primo capitolo. Le risposte alla domanda numero 14 sul perché abbiano scelto di rivolgersi alla Caritas oscillano tra difficoltà economiche e difficoltà linguistiche, si registrano 11 casi in cui vengono espresse entrambe le preferenze e i restanti distribuiti in maniera bilanciata tra queste due motivazioni. La domanda numero 15 raccoglie che i motivi clinici per cui i pazienti intervistati si rivolgono al Poliambulatorio abbracciano il campo dell'ipertensione, dolori osteo-muscolari, problemi cardiologici e gravidanze, inoltre, facendo riferimento a quanto constatato durante il periodo di volontariato un'ulteriore patologia molto diffusa è il diabete. Considerando quanto ho potuto notare durante le visite, le problematiche legate a queste patologie sono quelle di non riuscire a sensibilizzare il paziente riguardo alla serietà del caso e quindi di non riuscire a fargli capire l'importanza di seguire la terapia in maniera precisa e di assumere i farmaci in maniera corretta. Ho invece deciso di non prendere in considerazione le risposte alle domande numero 16 e numero 21 in quanto non sono obiettive, ma dettate dal rispetto che i pazienti nutrono verso il Poliambulatorio e le persone che ivi prestano servizio.

Il questionario poi si sofferma sui tempi d'attesa della sanità pubblica italiana rispetto a quelli della sanità cinese. Per quanto riguarda i pazienti di Roma, le domande si riferiscono ai tempi del Poliambulatorio della Caritas in quanto è la struttura sanitaria che hanno frequentato e frequentano più assiduamente. Le domande sono la numero 16.2 *“I tempi di attesa sono lunghi?”*, la numero 16.3 *“I tempi di attesa per prendere un appuntamento sono lunghi?”* la numero 16.4 *“In Italia, i tempi di attesa per vedere il medico rispetto ai tempi in Cina sono: più lunghi, più brevi, uguali.”* Le risposte rilevano una tendenza in entrambi i casi ad

affermare che i tempi per ricevere un appuntamento siano abbastanza (16/41 risposte) o molto lunghi (18/41 risposte), così come sono abbastanza lunghi (15/41 risposte) o molto lunghi (19/41 risposte) quelli di attesa nel giorno della visita; inoltre, nei confronti di quelli cinesi, 30 su 41 affermano che in Italia siano più lunghi, 5 più brevi e 6 uguali. La spiegazione di queste risposte può essere trovata nella differenza dei due sistemi sanitari. Come spiegato nel secondo capitolo infatti, in Cina il servizio sanitario è più orientato verso un modello privato, quindi i pazienti sono abituati a pagare la visita e a ricevere le cure in modo abbastanza veloce.

Le domande numero 17 *“In Cina, ha ricevuto cure mediche?”*, numero 18 *“Le cure che ha ricevuto in Cina si basavano sulla Medicina Occidentale o Cinese?”*, numero 19 *“Secondo lei, quali sono le differenze tra le due Medicine?”* e numero 20 *“Esprima un’opinione in merito alle due Medicine”* si soffermano sulle due Medicine e le risposte raccolte possono integrare quanto riportato nel paragrafo 2 del terzo capitolo. La maggior parte degli intervistati sia a Roma sia a Prato non ha ricevuto cure in Cina, abbiamo calcolato infatti 30 risposte negative contro 14 positive; tra i 14 pazienti che sono stati curati in Cina, 8 affermano di essere stati sottoposti a cure di Medicina Occidentale, 4 a entrambe le Medicine e 2 alla Medicina Tradizionale Cinese. Alla domanda numero 19 *“Secondo lei, quali sono le differenze tra le due Medicine?”*, 8 non hanno risposto, 12 invece non hanno saputo rispondere, affermando di non conoscere a fondo la MTC, 11 sostengono che la MTC abbia effetti più a lungo termine rispetto alla Medicina Occidentale, 2 consigliano di approfondire il campo della medicina integrata, 4 affermano che la differenza consiste nei farmaci e 6 credono nella diversa utilità di entrambe le Medicine, il restante afferma che ognuna delle due abbia effetti positivi. Il risultato di questi dati combacia con quanto detto dalla dottoressa Baccetti, riportato al paragrafo 2.3 nel terzo capitolo, le cui parole affermano che nella comunità cinese presente in Italia la MTC sia presente, ma non sia fondamentale.

La necessità di un mediatore culturale appare evidente dalle domande numero 23 *“Che ne pensa del ruolo dell’interprete?”* e numero 24 *“Esprima un’opinione sul ruolo dell’interprete: indispensabile, importante, non essenziale, insignificante”* rivolte anche ai pazienti di Prato, è proprio quello che in maniera indiretta trapela dalla domanda numero 14. L’interprete-mediatore rappresenta una figura chiave per la buona riuscita della visita; nonostante le risposte alla domanda numero 23 (pensata come aperta) siano stringate e dirette, insieme alle preferenze espresse nella domanda numero 24, sottolineano l’esigenza dei pazienti cinesi di avere, durante il colloquio con il medico, una presenza con cui poter comunicare. Le risposte infatti si bilanciano tra indispensabile e importante, accompagnate da frasi come “permette la comunicazione”, “mi aiuta ad esprimermi con il medico”, “se non ci fosse l’interprete avrei difficoltà”. Il loro bisogno di un mediatore che comprenda i propri sintomi e che spieghi in maniera chiara e semplice ciò che afferma il medico risulta chiaro anche dalle risposte date alla domanda numero 22 che recita *“Quando si rapporta al medico che tipo di difficoltà ha?”*. Anche in questo caso, nonostante si trattasse di domande aperte, le risposte sono state raggruppate in due categorie: difficoltà linguistiche e linguistiche-comunicative che testimoniano quindi la necessità dell’interprete.

3.2.2. Interviste ad alcuni medici del Poliambulatorio.

Ho ritenuto interessanti e utili ai fini del mio lavoro, le interviste fatte a tre medici volontari che hanno una lunga esperienza con pazienti cinesi. Si tratta di un ginecologo, indicato con A. M. per questioni di privacy, un medico di medicina interna, il dottor V. V. e un generalista, il dott. S. B.

- Il dottor A. M., ginecologo esperto, afferma di avere un rapporto un po' contrastante con le pazienti cinesi, in quanto, non essendo abituate ad una educazione alla gravidanza, non percepiscono come importanti alcune indicazioni da lui fornite, nonostante in Italia, a differenza di quanto accade in Cina, si fidino più di un medico occidentale che di un medico cinese.²¹ Il problema linguistico è superato grazie alla presenza dell'interprete, ma restano i problemi legati alla concezione dell'essere in gravidanza. Sono puntuali dal punto di vista dei controlli e degli esami, effettuano in maniera precisa le analisi che viene chiesto loro di fare, ma le difficoltà si incontrano nel far capire loro il determinato regime alimentare da seguire, per evitare l'insorgere di complicanze che potrebbero essere pericolose per il bambino, come il diabete gestazionale. Nonostante il dottore insista molto su questa questione, io stessa mi sono trovata a porre l'accento su ciò che devono o non devono mangiare, molte delle donne, senza far caso a quanto suggerito in sede di visita, continuano a ingrassare, perché, una credenza molto diffusa nella loro cultura, la salute del bambino è direttamente proporzionale alla grandezza della pancia, quindi più si mangia, più la pancia cresce e più il bambino sarà forte.²² Un ulteriore punto da sottolineare è l'importanza che danno all'ecografia morfologica, ritenuto in genere un esame fondamentale, ma considerato dalle puerpere cinesi semplicemente come il modo per scoprire se siano in attesa di un maschio o di una femmina.
- Il dottor S. B. afferma come primo ostacolo la lingua e mi confessa il limite personale di essere prevenuto nei confronti di persone che appartengono ad un mondo che non conosce. Secondo il dottore, l'interprete svolge il ruolo di amico nei confronti dei pazienti, che sente essere prevenuti, nonostante seguano alla lettera e senza opporsi alla terapia da lui suggerita. Le patologie maggiormente rilevate sono epatite B, ulcere e diabete. La forma di diabete che ha riscontrato è una forma intermedia che molto spesso viene scoperta per la prima volta proprio grazie alle analisi fatte fare dal Poliambulatorio. Conclude il nostro incontro affermando che negli ospedali, in base alla sua esperienza, servono interpreti.

²¹ Chinosi, L. (2002). *Sguardi di mamme: modalità di crescita dell'infanzia straniera*. Milano: FrancoAngeli editore.

²² Ferro, N. (6/07/2011). *Incinta in Cina*. <http://www.agichina24.it/focus/notizie/incinta-in-cina> (data di consultazione: 18/09/2014).

- Il dottor V.V. è, fra i tre medici intervistati, quello che ha il miglior rapporto con i pazienti cinesi. Dopo aver assodato la necessità dell'interprete, senza il quale non si potrebbero effettuare le visite, afferma di avere un rapporto molto tranquillo con loro: sono pazienti che si fidano di lui e seguono la terapia prescritta. Le patologie rilevate sono maggiormente il diabete e l'ipertensione. Ha notato che spesso si tratta di pazienti che hanno già tentato cure di MTC e che, rendendosi conto di non ricavarne beneficio, si sono rivolti al Poliambulatorio. Personalmente, ha molta stima della Cina e dei cinesi ed è ben predisposto verso questa comunità e la cultura orientale, si è occupato infatti di MTC e spesso consiglia ai pazienti che ne hanno bisogno di utilizzare alcuni farmaci cinesi.

A conclusione di questo capitolo, incentrato principalmente sull'esperienza diretta di interprete volontaria, posso affermare che gli immigrati cinesi con cui ho avuto la possibilità di interagire sono parte di una comunità che presenta una richiesta di salute da non sottovalutare e che bisognerebbe soddisfare iniziando con la diffusione di un'educazione alla salute in lingua e con la formazione e assunzione di mediatori culturali in ambito sanitario. Dall'esperienza della Caritas che ho raccontato nel paragrafo 3.1, risulta evidente che si tratti di una comunità che risponde in maniera positiva agli aiuti ricevuti. Le risposte del questionario invitano a riflettere sulle difficoltà linguistiche-culturali che riscontrano nel rapporto con i medici, confermate anche da questi ultimi. L'elemento che risulta evidente sono i diversi approcci dei medici con cui ho avuto il piacere di colloquiare, elemento importante perché ancora una volta ribadisce, anche se in maniera indiretta, l'importanza dell'interprete che riesce a mediare tra le due figure partecipanti alla conversazione. Nel caso del ginecologo, per esempio, l'interprete-mediatore potrebbe lavorare sulla questione dell'educazione alla gravidanza per migliorare i comportamenti delle donne cinesi e un suggerimento potrebbe essere quello di fare prevenzione e informazione in questo ambito. Quello che emerge, e che viene affermato anche dal dottor S. B., è che le altre strutture sanitarie dovrebbero dotarsi di un servizio di mediazione per accogliere le richieste di questa popolazione che ancora non riesce ad orientarsi per bene nel nostro Ssn o che, anche se a conoscenza dei propri diritti, non riesce ad espletarli a causa dell'ostacolo lingua.

Concludo il capitolo affermando che, a fronte di questa esperienza, un Paese come il nostro dovrebbe adoperarsi in maniera più concreta nei confronti di una popolazione così numerosa, in modo da tutelare sia la salute propria dei cinesi sia la salute della collettività.

CONCLUSIONI

Gli obiettivi alla base del mio lavoro mirano all'analisi e alla comprensione di come le comunità cinesi vivano le proprie condizioni di salute in un Paese straniero e di come e quanto la sanità pubblica si interessi nel rispondere alla richiesta di salute di questa popolazione, focalizzandomi inoltre su quanto possa essere importante la presenza dell'interprete-mediatore, considerandola come possibile risposta alla richiesta suddetta.

Gli immigrati cinesi presenti in Italia si scontrano con una realtà molto diversa da quella che hanno immaginato prima di partire: oltre all'ostacolo della lingua, che come abbiamo visto non viene abbattuto neanche dalle persone più intraprendenti e meglio inserite, si imbattono nelle difficoltà dovute alla pressione psicologica del debito da saldare e, nel caso dei clandestini, nelle preoccupazioni dovute alla loro condizioni di irregolari. L'Italia, con la propria cultura, le proprie abitudini e i pregiudizi da cui nessun cittadino è immune, contribuisce al processo di isolamento socio-linguistico in cui si relega l'immigrato che, per prima cosa, deve lavorare lavorare. In questa condizione di isolamento che persiste nel tempo, dovuta a diffidenza e differenze culturali reciproche, si inserisce la richiesta di salute di questa popolazione che, per quanto sia difficile da credere, è una richiesta molto presente.

I dati che ho raccolto, infatti, testimoniano che le esigenze della popolazione cinese in Italia sono le stesse esigenze di qualsiasi comunità emigrata in un Paese straniero, che lavora e che aspira ad una vita migliore, aggravate dalla condizione di "diversi" in cui vivono. La risposta della sanità sia pubblica sia privata è una risposta ancora embrionale, che non soddisfa a pieno la loro richiesta di salute.

I risultati ottenuti descrivono una sanità molto frastagliata che opera in maniera diversa a seconda delle aree che ho analizzato. Le città con una presenza cinese più datata sono quelle che hanno agito in maniera più concreta, nonostante quelle adottate siano a volte misure che tamponano le varie richieste, ma che non garantiscono una continuità. Come affermato in una delle mie interviste, bisogna ancora fare molto per avvicinarsi alla popolazione cinese dal punto di vista medico-sanitario. I suggerimenti che ho raccolto e con cui mi trovo d'accordo propongono una sensibilizzazione al problema su larga scala e soprattutto campagne di informazione alla salute tra gli immigrati cinesi, che spesso non sono a conoscenza dei propri diritti.

Il problema principale che ho riscontrato è la mancanza di una figura professionale e stabile che garantisca la comunicazione tra l'utente cinese e l'operatore sanitario italiano. Seppur abbia riscontrato realtà che offrono un servizio di mediazione, come quelle descritte in questo lavoro, assumere nel proprio organico una figura professionale che garantisca la comunicazione tra le due parti non è diffusa come fosse una prassi abituale delle varie strutture sanitarie, ma piuttosto come novità o eccezione. La risposta della sanità italiana è infatti una risposta minima nei confronti di una situazione molto ampia.

Il mio lavoro vuole attirare l'attenzione su queste problematiche, che sono d'interesse nazionale e non solo relative alla comunità cinese. che, seppur molto diversa a causa di molti atteggiamenti per noi inaccettabili, ha bisogno di un ambiente medico-sanitario adeguato alle proprie esigenze e che spesso non trova nessuna risposta. Il passo in avanti che andrebbe fatto potrebbe essere quello di trasformare l'eccezione dell'interprete in una consuetudine, per garantire, attraverso il concetto di salute *senza esclusioni*, il rispetto del diritto alla salute di cui devono poter godere tutti gli individui, sia per il bene del singolo, sia per il bene della collettività.

A conclusione del lavoro, in seguito alle ricerche svolte e ai dati riportati, ciò che mi preme sottolineare è l'esigenza delle comunità cinesi di essere accolte sul piano comunicativo-relazionale, inserendo quindi come fulcro dell'incontro tra la nostra sanità e la loro salute la figura del mediatore culturale.

BIBLIOGRAFIA

Allodi G., A. Capetti & E. Carucci (2009). *Il sistema sanitario cinese. La transizione epidemiologica*. <http://www.saluteinternazionale.info/2009/05/il-sistema-sanitario-cinese-la-transizione-epidemiologica/> (data di consultazione: 20/11/13).

Altalex Editore (2012). *Testo Unico sull'immigrazione*. <http://www.altalex.com/index.php?idnot=836> (data di consultazione: 10/12/2013).

Aurizi, F. *La comunità cinese in Italia*. http://www.cresec.com/immigrazione/cinesi/ci_presentazione.pdf (data di consultazione: 27/08/2013).

Baraldi C., V. Barbieri & G. Giarelli a cura di. (2008). *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: FrancoAngeli edizioni.

Barbaro Paparo, S. & C. S. Messina. (2008). *Medicina Occidentale e Medicina Tradizionale Cinese*. Roma: Aracne editrice.

Barbieri, V. (2008). *Forme di comunicazione interculturale nell'incontro medico mediato*, in Baraldi C., V. Barbieri & G. Giarelli a cura di. *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: FrancoAngeli editore.

Berti, F. (2000). *Esclusione e integrazione. Uno studio su due comunità di immigrati*. Milano: FrancoAngeli edizioni.

Berzano, L., C. Genova, M. Introvignone, R. Ricucci & P. Zoccatelli. (2010). *Cinesi a Torino. La crescita di un arcipelago*. Bologna: Il Mulino.

Bianchi, C. (2013). *Vi spiego perché a Milano i cinesi non muoiono mai*. <http://www.ilgiornale.it/news/interni/vi-spiego-perch-milano-i-cinesi-non-muoiono-mai-896909.html> (data di consultazione: 30/08/2013).

Boschi, G. (2003). *Medicina Cinese: la radice e i fiori. Corso di sinologia per medici e appassionati*. Bologna: Casa Editrice Ambrosiana.

Brombal, D. & G. Cortassa. (2010). *Le riforme sanitarie in Cina*, in Salute globale Informazione. *Quarto rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*. Pisa: Edizioni ETS.

Brombal, D. (2010). "Riforma del welfare sanitario, stabilità sociale e sviluppo economico". *Mondo cinese, rivista di studi sulla Cina contemporanea della Fondazione Italia Cina*, 142.

Brun, F. & K. Ren. (2006). "L'Europe, espace de mobilité des migrants. L'exemple des Chinois d'Italie". *Migrations Société*, 18: 145-158.

Camera di commercio industria artigianato e agricoltura di Torino. (2011). *Diventare Laoban. Lavoro autonomo, percorsi imprenditoriali e progetti migratori dei cinesi in Italia e a Torino*. Torino: CCIA TO.

- Campani, G., F. Carchedi, & A. Tassinari a cura di. (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia Torino*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.
- Carroppo, E. & S. Luli. (2010). *La mediazione culturale*, in Bria, P., E. Carroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo.
- Casarsa, F. (2010). *La sanità in Cina, tante ombre e qualche luce in fondo al tunnel*. <http://www.fusiorari.org/world/attualita/163-il-sistema-sanitario-cinese-tante-ombre-e-qualche-luce-fuori-dal-tunnel.html> (data di consultazione: 5/01/2014).
- Casti, L. & M. Portanova. (2008). *Chi ha paura dei cinesi?* Milano: RCS libri Spa editore
- Ceccagno, A. & R. Rastrelli. (2008). *Ombre cinesi?* Roma: Carocci editore.
- Ceccagno, A. (1998). *Cinesi d'Italia. Storie in bilico tra due culture*. Roma: Manifestolibri editore.
- Ceccagno, A. (2003). "New Chinese Migrants in Italy". *International Migration*, 41: 187-213.
- Ceccagno, A. (2005). *L'epopea veloce: adeguamenti, crisi e successi dei nuovi migranti cinesi*, in Trentin, G. a cura di. *La Cina che arriva*. Roma: Avagliano editore.
- Cecchini, R. (2009). *Lanterne amiche, immigrazione cinese e mediazione interculturale a Reggio Emilia*. Reggio Emilia: Diabasis.
- Ceccotti, W. (2012). *Cina. Cambiamento di rotta sul sistema sanitario*. <http://www.contropiano.org/esteri/item/8358-cina-cambiamento-di-rota-sul-sistema-sanitario> (data di consultazione: 7/01/2014).
- Chinatown Italia. *I primi cinesi a Milano*. <http://www.chinatownitalia.it/?pag=visualizza&id=30&idsot=49&idcat=1&idmat=3> (data di consultazione: 3/09/2013).
- Chinosi, L. (2002). *Sguardi di mamme: modalità di crescita dell'infanzia straniera*. Milano: FrancoAngeli editore.
- Colasanti, R. & S. Geraci. (1995). *I livelli d'incomprensione medico-paziente migrante*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Perì Tecnés.
- Cologna, D. (2005). "Different impact of transnational ties of the socio-economic developments of origin communities". *Asian and Pacific Migration Journal*, 14: 121-147.

- Cologna, D. (2006). *L'immigrazione cinese in Italia: una realtà in rapida evoluzione*. <http://www.codiciricerche.it/eng/wp-content/uploads/2009/09/art007-cologna-immigrazione-cinese-in-italia-una-realta-in-rapida-evoluzione.pdf> (data di consultazione: 5/11/2013).
- Cologna, D. (2009). *Giovani rom e strategie di affermazione sociale*. <http://www.codiciricerche.it/download/analisi/giovani%20cinesi.pdf> (data di consultazione: 5/11/2013).
- Cologna, D. a cura di. (2002). *La Cina sotto casa. Convivenza e conflitti tra cinesi e italiani in due quartieri di Milano*. Milano: FrancoAngeli edizioni.
- Confaloni, E. a cura di. (2000). *Medicina cinese - gli aghi celesti*. Roma: Rai Educational. <http://www.raiscuola.rai.it/articoli/medicina-tradizionale-cinese-i-fondamenti/8584/default.aspx> (data di consultazione: 27/11/2013).
- Conti, C. & G.B. Sgritta. (2004). *Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri*. Milano: FrancoAngeli edizioni. Collana Salute e società.
- Cortassa, G. (2002). *La sanità cinese: i mutamenti, le sfide, le riforme*. http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/110/110_cort.htm (data di consultazione: 23/08/2013).
- Croci, M. (2011). *I cinesi sono differenti*. Milano: Francesco Brioschi editore.
- D'Arelli, F. (2007). *La Cina in Italia: una bibliografia dal 1899 al 1999*. Roma: Istituto Italiano per l'Africa e l'Oriente.
- Di Corpo, U. (2009). *L'immigrazione cinese in Italia: uno sguardo al di là dai luoghi comuni*, in Caritas/Migrantes. *Dossier Statistico immigrazione 2009. XIX Rapporto*. Roma: Idos edizioni.
- Donadei, L. (2007). "Il Dragone nel bel paese. Storia dell'immigrazione cinese in Italia a cavallo tra i due secoli". *Gli Stranieri*, 14:184-191.
- Farina, P., D. Cologna, A. Lanzani & L. Breveglieri. (1997). *Cina a Milano*. Milano: Abitare Segesta editore.
- Fazzi, G., F. Martire & C. Pitrone a cura di. (2012). *Come ci vedono e ci raccontano. Rappresentazioni sociali degli immigrati cinesi a Roma*. Milano: FrancoAngeli edizioni.
- Ferro, N. (6/07/2011). *Incinta in Cina*. <http://www.agichina24.it/focus/notizie/incinta-in-cina> (data di consultazione: 18/09/2014).
- Geraci, S. & B. Maisano. (2010). *Una porta aperta. La salute come occasione di incontro con la comunità cinese. Storie e cronache di immigrazione*. Bologna: LombarKey editore.

Geraci, S. & I. El Hamad. (2011). "Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre". *Italian Journal of Public Health*, 8, 3.

Geraci, S. (2007). *La salute degli immigrati: luci ed ombre*, in Caritas/Migrantes a cura di. *Dossier Statistico Immigrazione 2007. XVII Rapporto*. Roma: Idos edizioni.

Geraci, S. (2010). *Salute e immigrazione in Italia: il percorso dell'assistenza sanitaria*, in Bria, P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo.

Geraci, S. (Marzo 2005). "La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e diritti". *Studi Emigrazione/Migration Studies*, 42, 157: 53-74.

Gnesotto, G. (2001). "Cinesi d'Italia". *L'emigrato*, 14: 10-12.

I.M.D. (2011). *Dragoni e lupare: immigrazione e criminalità cinese in Italia tra realtà e leggende*. Palermo: Dario Flaccovio editore.

Il Sole 24 ORE. (2008). *In Cina melamina nel latte, gelati e yogurt*. <http://www.ilsole24ore.com/art/SoleOnLine4/Mondo/2008/09/cina-veleno-latte.shtml?uuid=51e36d9c-8624-11dd-96c0-d66fc13e6223&DocRulesView=Libero> (data di consultazione: 10/01/2014).

Istituto per l'Analisi dello Stato Sociale. (2002). "Etnicità e salute". *L'arco di Giano*, 31.

Lardara, M. (2011). *Nuovo centro medico italo-cinese*. <http://iltirreno.gelocal.it/prato/cronaca/2011/11/09/news/nuovo-centro-medico-italo-cinese-1.2789981> (data di consultazione: 13/09/2013).

Lardara, M. (2013). *Chinatown è un affare per gli italiani*. <http://iltirreno.gelocal.it/prato/cronaca/2013/08/23/news/chinatown-e-un-affare-per-gli-italiani-1.7622644> (data di consultazione: 13/09/2013).

Li, K. (2012). *Deepening the Reform of Health Care*. http://english.qstheory.cn/leaders/201204/t20120401_149156.htm (data di consultazione: 29/10/2013).

Liu, Y. (2004). *China's public health-care system: facing the challenges*. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862004000700011&script=sci_arttext (data di consultazione: 18/11/2013).

Ma, J., M. Lu & H. Quan. (2008). "From a National, Centrally Planned Health System to a System based on the Market". *Health Affairs*, 27, 4.

Macciocco, G. & M. Levi. (2009). *Il sistema sanitario cinese. La storia*. <http://www.saluteinternazionale.info/2009/03/il-sistema-sanitario-cinese-la-storia/> (data di consultazione: 15/11/2013).

Macciocco, G., G. Allodi, A. Cappetti, E. Carucci, C. Lorini, M. Levi & V. Vinante (2010). *Il sistema sanitario cinese: storia, contraddizioni, prospettive*, in Geraci, S. & B. Maisano. *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: LombarKey editore.

Maisano, B. (1995). *La mediazione come relazione di un corpo*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Perì Tecnés.

Mapelli, V. (2012). *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino.

Marceca, M. (2000). *La normativa sanitaria e l'accessibilità ai servizi*, in Geraci, S. *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Edizioni Anterem.

Marsden, A. (1997). *Le comunità cinesi viste dalla stampa: informazioni e stereotipi*, in Ceccagno, A. a cura di. *Il caso delle comunità cinesi. Comunicazione interculturale ed istituzioni*. Roma: Armando.

Mascellini, F. (2007). "Le migrazioni cinesi in Italia e in Europa." *Gli Stranieri*, 14: 296-307.

Mazzetti, M. (1995). *Come curare il paziente immigrato? I percorsi della relazione terapeutica*, in Geraci, S. a cura di. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Parma: Peri Tecnés.

Mazzetti, M. (2003). *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari a altre professioni di aiuto*. Roma: Carocci Faber editore.

Ministero dell'Interno & M. Morcone a cura di. (2008). *Analisi ed elaborazione dati sull'immigrazione cinese*.
http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/documenti/immigrazione/0807_publicazione_analisi_immigrazione_cinese_in_italia.html (data di consultazione: 13/09/2013).

Ministero della Salute. (1998). *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero*.
<http://www.immigrazione.biz/legge.php?id=99> (data di consultazione: 3/10/2013).

Ministero della Salute. (2013). *Finanziamento del SSN*.
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=66&area=Il_Ssn&menu=privata (data di consultazione: 15/11/2013).

Ministero della Salute. (2013). *I principi del SSN*.
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=21&area=Il_Ssn&menu=principi (data di consultazione: 15/11/2013).

Ministero della Salute. (2013). *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*.
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=111&area=Il_Ssn&menu=lea (data di consultazione: 15/11/2013).

Ministero della Salute. (2013). *Servizi al cittadino e al paziente*. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=66&area=Il_Ssn&menu=cittadino (data di consultazione: 15/11/2013).

Montrella, S. (2014). *Identikit dei cinesi in Italia*. <http://www.agichina24.it/focus/notizie/identikit-della-lsquamisteriosarsquo-comunitagrave-cinese-in-italia> (data di consultazione: 11/02/2014).

Nanni, M.P. & F. Pittau. (2012). *Asia – Italia, Scenari migratori*. Roma: Idos Edizioni.

Naselli, E. (2013). *Mondo tarocco. Occhio ai farmaci, uno su dieci è contraffatto*. http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2013/02/11/news/mondo_tarocco_farmaci_contraffatti-52084074/ (data di consultazione: 10/09/2013).

Organizzazione Mondiale per le Migrazioni. (2011). *Le migrazioni in Italia. ScENARIO attuale e prospettive*. http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/2012_OIM_1951-2011_IT.pdf (data di consultazione: 25/09/2013).

Oriani, R. & R. Staglianò. (2008). *I cinesi non muoiono mai*. Milano: Chiarelettere editore.

Oriti, A. (2007). *Accesso alle cure degli stranieri presenti in Italia*, <http://www.stranieriinitalia.it/briguglio/immigrazione-e-asilo/2007/agosto/oriti-accesso-sanita'.html> (data di consultazione: 9/10/2013).

Orlandi, R. & K. Gruppioni. (2010). *Migliorare l'esistenza senza smarrire l'identità: la comunità cinese in Italia*, in Bria, P., E.Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo.

Ospedale Niguarda Ca' Grande. (2011). *Schistosomiasi*. <http://www.ospedaleniguarda.it/content/news/SCHISTOSOMIASI-br-Malattie-del-viaggiatore.html> (data di consultazione: 23/01/2014).

P. R. (2011). *Riforme sanitarie. Se la Cina guarda all'Italia*. http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=3956 (data di consultazione: 5/01/2014).

Paparo, S.B. & C.S. Messina. (2008). *Medicina Occidentale e Medicina Tradizionale Cinese*. Roma: Aracne editrice.

Pedone, V. (2008). *Il vicino cinese*. Roma: Nuove Edizioni Romane.

Pezzuolo, S. & G. Manfrellotti. (2008). *Mafia cinese o made in China?* Firenze: Società Editrice Fiorentina.

Pieraccini, S. (2008). *L'assedio cinese*. Milano: Il Sole 24ORE.

Poisson, V. (2006). "De la diaspora auxgroupes transfrontières l'exemple des entrepreneurs en provenance du sud du Zhejiang". *Migrations Société*, 18: 159-176.

Rastrelli, R. (2000). *Immigrazione cinese e criminalità. Analisi e riflessioni metodologiche*.
http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/105/105_rast.htm#.UkFi6dIvWgE (data di consultazione: 14/10/2013).

Ricci, A. (2006). *Uno sguardo ad Oriente: la Cina nel panorama migratorio internazionale*, in Caritas/Migrantes. *Dossier Statistico Immigrazione 2006*. Roma: Idos edizioni.

Russo, M. & G. Mack a cura di. (2005). *Interpretazione di trattativa*. Milano: Ulrico Hoepli Editore.

Sagnelli, E. & G. Taliani. *Studio sulle partorienti immigrate HBsAg positive e i loro familiari: aspetti epidemiologici, di diagnosi, clinica e terapia*. Roma.

Santangelo, P. & V. Varriano. (2006). *Dal Zhejiang alla Campania. Alcuni aspetti dell'immigrazione cinese*. Roma: Nuova CultuRa edizioni.

Sinclair, J.A.C. (2009). *China Healthcare Reform, our prognosis for Multinational Healthcare players*, InterChinaConsulting, 英特华投资咨询有限公司.
www.InterChinaConsulting.com (data di consultazione: 4/11/2013).

Sun, L. (2010-2012). *Anti-counterfeiting Situation in China*.
www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/ncdra/WM-1_2Dec.pdf (data di consultazione: 28/10/2013).

Tarricone, I. & D. Berardi. (2010). *La competenza culturale nella relazione medico-paziente*, in Bria, P., E. Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti & B. Callieri. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo.

Tognetti Bordogna, M. (2007). *Arrivare non basta. Complessità e fatica della migrazione*. Milano: FrancoAngeli edizioni.

Trentin, G. a cura di. (2005). *La Cina che arriva*. Roma: Avagliano editore.

Trinidad, O., D. Carrillo & A. Sarli. (2013). *The Health Dimension of Asian Migration to Europe*. Manila: De La Salle University Publishing House for the Asia-Europe Foundation (ASEF).

Vendramel, L. (2013). *L'identikit dell'immigrato cinese*.
<http://www.chinanewsitaly.com/4/2013/1205/190.shtml> (data di consultazione: 15/12/2013).

Vendramel, L. (Ottobre 2013). *Come si curano i cinesi in Italia*.
<http://www.lindro.it/societa/societa-news/societa-news-italia/2013-10-10103443-come-si-curano-i-cinesi-in-italia> (data di consultazione: 28/12/2013).

Vietti, F. *Cinesi D'Italia-In viaggio nelle nostre Chinatown*. http://www.alpcub.com/cinesi_08.htm (data di consultazione: 12/09/2013).

Zili, B. (2013). *Assistenza sanitaria. Cittadini comunitari e stranieri*. http://www.ass1.sanita.fvg.it/info/allegati/Opuscolo_Stranieri2013.pdf (data di consultazione 9/12/2013).

中国人民代表大会 (2004). *2004年3月14日第十届全国人民代表大会第二次会议通过的《中华人民共和国宪法修正案》修*. <http://www.npc.gov.cn/> (data di consultazione: 3/12/2013).

中华人民共和国中央人民政府 (2010). *国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通*. http://www.gov.cn/zwggk/2010-12/03/content_1759091.htm (data di consultazione: 3/12/2013).

国家卫生计生委体制改革司 (2009). *国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案 (2009—2011年) 的通知*. <http://www.nhfpc.gov.cn/tigs/s3576/201309/579e6ab479a4497c98c362c778f977ae.shtml> (data di consultazione: 3/12/2013).

国家卫生计生委体制改革司 (2013). *国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2013年主要工作安排的通知*. <http://www.nhfpc.gov.cn/tigs/s7846/201307/e32ef659410449baa79808a00849eb91.shtml> (data di consultazione: 3/12/2013).

国家卫生计生委体制改革司 (2013). *国务院医改办关于开展县级公立医院综合改革试点现场评估工作的通知*. <http://www.nhfpc.gov.cn/tigs/s3581/201308/fe3fd8aae177445f8e8763b09d52d955.shtml> (data di consultazione: 3/12/2013).

APPENDICE 1

本文摘自：浙江大学 2007 年博士学位论文 作者：李德成原标题：合作医疗与赤脚医生研究（1955—1983 年）

“二元结构”社会下的无奈选择

“二元结构”的社会保障模式迫使农民探寻一条自身保障之路。新中国的成立，不仅标志着社会性质发生了根本变化，结束了半殖民地半封建社会的历史，开始从新民主主义到社会主义转变的历史时期，而且沿袭了几千年之久的城乡关系格局也发生了历史性的变化，开始形成城乡平等互助的新型关系。然而，当一个古老的饱经战乱忧患的中华民族获得新生的时候，人们又感到强烈的反差：一方面，人民群众载歌载舞欢庆解放，处处充满生机与活力；另一方面，旧中国遗留下来的经济千疮百孔，百废待兴。国内外形势严峻而复杂，中华民族生存和发展面临着巨大的压力。为了尽快改变国家贫穷落后的面貌，和出于对国防军事的考虑，国家加快工业化的进程。但我国属于后发型的国家，资本原始积累不可能像欧洲资本主义国家一样实行海外掠夺。国家走上了模仿前苏联模式施行重工业超前的发展战略之路，通过工农业产品交换的剪刀差方式从农村汲取经济剩余来推动工业发展，实现原始积累。于是，国家在牺牲农民利益的同时，构建了以户籍制度为中心的二元社会结构。

二元社会结构理论是美国著名经济学家、诺贝尔奖得主威廉·阿瑟·路易斯在 1954 年到 1955 年提出来的。路易斯在比较系统地考察印度、埃及等许多发展中国家后认为，发展中国家经济发展的典型特点是二元经济结构，一元是以古代村落为载体的农业部门，另一元是以现代城市为标志的现代工业体系，我们习以为常的一些现象，如现代城市文明与愚昧肮脏的穷乡僻壤并存，先进的工业流水线与千年不变的农具并存，就是二元经济结构的外在表现。

二元经济结构又是以二元社会结构为基础的。二元社会结构是指城市社会为一元，农村社会为另一元，它的内涵是由 14 种具体制度构成的。即以户籍制度为核心，包括住宅制度、粮食供应制度、副食品和燃料供应制度、生产资料供给制度、教育制度、医疗制度、婚姻制度等等。由这些制度构成的阀门把整个社会切成泾渭分明的两大板块——由市民组成的城市社会和由农民组成的农村社会。路易斯的二元社会结构理论虽然是对发展中国家一般状况所作出的概括，同样也适合于作为世界上最大的发展中国家的中国，而且中国更具典型性与代表性。

新中国成立之初，由于历史的原因，城乡差别悬殊，农村十分贫穷，大批农民涌入城市谋生，给城市的交通、住房、供应、就业、入学等带来了一定的压力，同时也影响到农业生产，给社会带来不确定因素。加之 20 世纪 50 年代后期，城市工厂减少劳动力，下放到农村，而农村又出现了暂时的饥荒，农民开始外流。面对这样的情况，为了避免农民盲目流入城市，政府在 1954 年全

国户口登记的基础上，逐渐建立并推行一套新的户籍制度。1956 和 1958 年，国务院连续发了四个文件，要求各级政府防止农村人口盲目外流。1957 年底，中共中央、国务院联合发出制止农村人口盲目外流的指示。文件特别强调公安机关要严格户口管理，严格禁止粮食部门供应没有城市户口人员的粮食。盲目流入城市和工矿企业的农民必须遣返原籍，并且严禁他们乞讨，防止农民弃农经商，保姆等临时工也应优先从城市居民中招雇。‘1958 年 1 月 9 日，第一届全国人大常委会第 91 次会议制定《中华人民共和国户口登记条例》。标志着中国的人口迁移政策的重大调整，改自由迁移政策为控制城市人口规模政策。《条例》以法律的形式对户籍管理的宗旨、户口登记的范围、主管户口登记的机关、户口簿的作用、户口申报与注销、户口迁移及手续、常住人口与暂住登记等方面都作了明确规定。

制定这个条例，固然有掌握人口分布和变动情况、证明公民身分、堵塞治安空隙等作用。但其主要目的，是加强户口管理，限制户口迁移，主要是“制止农村人口盲目流入城市”，同时“适当控制迁往边防地区的户口”。该《条例》第 10 条第 2 款对农村人口进入城市做出了约束性的规定：“公民由农村迁往城市，必须持有城市劳动部门的录用证明，学校的录取证明，或者城市户口登记机关的准予迁人的证明，向常住地户口登记机关申请办理迁出手续。”’

《条例》的制定，标志着以城乡分割为基本特征、以严格限制农村人口向城市流动为核心的户籍制度正式形成，它成为此后户籍管理的基本法律依据。这样到 1961 年，国家逐渐确立了几十项固化的分割城乡的制度。这些制度体系把中国社会分成截然不同而彼此难以转换的社会身份体系，一类是拥有城镇居民户口，拿工资、吃商品粮、享受多种优惠待遇的城市居民；一类是只有农村户口，挣工分的农民。后一类人不享受国家规定约商品粮供应、副食品补贴、医药费用报销、住房分配、就业安置等一系列待遇。不仅如此这道闸门两侧的社会还有遗传性与先赋性，农民的孩子永远是农民，只有通过上大学、当兵提干、子女顶替等狭小渠道才“能“跳农门”，而城市居民的孩子一生下来就有非农户口以及相关福利待遇，除非长大以后犯罪才被注销城市户口，二元社会结构由此正式形成，并不断凝固化。‘这种固化了的二元社会结构，属于行政主导型的二元结构，它从制度上截断了城乡之间的双向流动，造成了城乡之间的割裂，使大部分农民无法离开土地，也无法享受城市居民的社会保障。

这种以户籍制度为基础的城乡壁垒，事实上是已将城乡居民分成了两种不同的社会身份，这两种不同的社会身份又造就了在地位上的差别，这种差别就构建了对健康的呵护、对生命的尊重、对人生的认知、对生存的依附的城乡落差。由此，国家在福利分配上有针对性采取了城乡有别的福利提供原则，即从 50 年代初开始，我国逐步建立了与计划经济相适应的医疗保障制度，由国家向城镇公有单位机构提供公费医疗和劳保医疗福利。早在 1951 年 2 月，政务院就发布了《劳动保险条例》，21/9/53 年又进行了修改。该条例详细规定了城市国营企业职工所享有的各种劳保待遇，主要包括职工病伤后的公费医疗待遇、公费修养与疗养待遇，职工退休（职）后的养老金待遇，女职工的产假及独生子女保健待遇，职工伤残后的救济金待遇以及职工死后的丧葬、抚恤待遇等。

条例还规定了职工供养的直系亲属享受半费医疗及死亡时的丧葬补助等。国家机关、事业单位工作人员的劳保待遇，国家是以病假、生育、退休、死亡等单项规定的形式逐步完善起来的。城市集体企业，大都参照国营企业的办法进行劳保。国家每年为城镇居民提供数量庞大的各类社会保障费用，而农民生老病死伤残几乎没有任何保障。在这种情况下，缺乏医疗保障的农民开始采取自发的互助形式来解决农村缺医少药的公共问题。这是农村合作医疗制度的产生的诱导因素。也可以说合作医疗是中国城乡二元结构的产物。

Il testo che segue è la traduzione, che ho curato personalmente, del testo “合作医疗与赤脚医生研究（1955—1983年）” inserito in Appendice.

L'articolo è tratto da una tesi di dottorato del 2007 conseguita presso la Zhejiang University. Autore: Li Decheng.

Titolo originale: Studio sul Sistema Medico-Sanitario Cooperativo e i medici scalzi (1955-1983).

Scelta inevitabile in una società caratterizzata da una “struttura dualistica”.

Il modello di previdenza sociale a “struttura dualistica” costringe i contadini ad adottare misure di auto-previdenza. La fondazione della Nuova Cina non ha segnato solo un cambiamento fondamentale nella natura della società, ponendo fine alla sua storia semi-coloniale e semi-feudale, dando avvio al periodo storico noto come transizione dalla Nuova Democrazia al Socialismo, ma ha anche prodotto un cambiamento epocale nel rapporto millenario tra città e campagna, iniziando a dar forma ad una nuova tipologia caratterizzata da uguaglianza e assistenza reciproca.

Tuttavia, quando il popolo cinese, ormai dilaniato da tempo dalle sofferenze della guerra, si è trovato di fronte all'occasione di una nuova vita, ha avvertito un forte contrasto interno: da un lato le masse popolari ballavano e cantavano per celebrare la liberazione, ed era ovunque un tripudio di esuberanza e vitalità; dall'altro, la rovinosa eredità economica lasciata dalla vecchia Cina era in attesa di essere rimessa in piedi. Lo scenario interno ed esterno al Paese risultava minaccioso e complicato; lo sviluppo e la sopravvivenza della popolazione cinese subivano una forte pressione. Al fine di modificare il prima possibile la condizione di povertà e arretratezza della Cina ed inoltre, per considerazioni di carattere militare legate alla difesa nazionale, il Paese ha accelerato il processo di industrializzazione. Tuttavia la Cina apparteneva alla categoria dei Paesi arretrati e l'accumulo di capitale iniziale non poteva eguagliare quello dei Paesi capitalisti europei che depredavano gli altri Paesi esteri. La Cina, rifacendosi al modello dei Paesi dell'Ex Unione Sovietica, adottò una strategia di sviluppo che si focalizzava prima di tutto sull'industria pesante. Attraverso la “forbice differenziale dei prezzi” negli scambi tra prodotti agricoli e industriali, il *surplus* economico prodotto dalle campagne venne assorbito per promuovere lo sviluppo industriale, raggiungendo l'accumulo iniziale di capitale. Pertanto, lo Stato, mentre sacrificava gli interessi dei contadini, costruiva una “struttura sociale dualistica” che aveva come perno il sistema di registrazione anagrafica.

La teoria della “struttura sociale dualistica” venne elaborata da un famoso economista e Premio Nobel americano, William Arthur Lewis, tra il 1954 e il 1955. Lewis dopo aver comparato in maniera sistematica India, Egitto e molti altri Paesi in via di sviluppo arrivò alla conclusione che la peculiarità della crescita economica dei Paesi in via di sviluppo era fondamentalmente una struttura economica dualistica, dove il primo cardine era costituito dai dipartimenti dell'agricoltura e dagli antichi villaggi che fungevano da traino e il secondo cardine era il sistema industriale moderno rappresentato dalle moderne città. Alcuni fenomeni a cui siamo abituati,

come la coesistenza di città moderne dove c'è cultura e l'ignoranza imbarazzante dei poveri villaggi rurali o delle zone marginali, oppure la coesistenza di catene di montaggio industriali all'avanguardia e attrezzi agricoli sempre uguali da millenni, sono per l'appunto espressioni di questa struttura dualistica. La "struttura economica dualistica" si fonda su una "struttura sociale dualistica". Per struttura sociale dualistica si intende da un lato la Società urbana e dall'altro lato la Società rurale ed ha come connotazione quattordici tipologie di sistemi specifici. Essa è imperniata sul sistema di registrazione anagrafica che comprende anche un sistema alloggiativo, un sistema di approvvigionamento alimentare primario, un sistema di fornitura di alimenti sussidiari e di combustibile, un sistema di fornitura di mezzi per la produzione, un sistema scolastico, un sistema sanitario, l'istituzione del matrimonio e così a seguire. Le valvole di questi sistemi sono composte da due grandi sezioni che dividono in maniera chiara e distinta la società nella sua interezza. La prima sezione fa riferimento alla società urbana composta dai cittadini, la seconda si riferisce alla società rurale composta dai contadini. La teoria della "struttura sociale dualistica" di Lewis, sebbene faccia riferimento in maniera generale ai Paesi in via di sviluppo, allo stesso modo è applicabile alla Cina, che in qualità di Paese in via di sviluppo più grande del mondo, ne è la nazione più tipica e rappresentativa.

Durante la prima fase della Fondazione della Nuova Cina, per ragioni storiche, tra campagne e città sussisteva una grande disparità, le zone rurali erano molto povere, molti contadini si spostarono verso le città alla ricerca di mezzi di sostentamento, ma questo creò una forte pressione sui mezzi di trasporto, sugli alloggi, sull'approvvigionamento alimentare, sulle possibilità di impiego, sull'accesso all'istruzione nelle zone urbane; allo stesso tempo, però, influiva anche sulla produzione agricola, causando fattori di instabilità sociale. A questo si aggiunse il fatto che alla fine degli anni '50 del XX secolo, le fabbriche nelle città ridussero il numero della manodopera, che si spostò nuovamente nelle aree rurali; tuttavia, nelle campagne si presentò nuovamente un periodo di carestia e i contadini iniziarono ad emigrare. Date le circostanze, onde evitare che i contadini si spostassero in città in maniera scriteriata, nel 1954 il Governo, sulla base del sistema nazionale di registrazione anagrafica, creò e portò avanti gradualmente un nuovo sistema di registrazione delle famiglie. Nel 1956 e 1958, il Consiglio di Stato emise quattro documenti, in cui si richiedeva a tutti i livelli di Governo di contenere l'emigrazione incontrollata della popolazione rurale. Alla fine del 1957, il Comitato Centrale del Partito Comunista Cinese e il Consiglio di Stato pubblicarono in maniera congiunta delle istruzioni per contenere l'esodo incontrollato di questa popolazione. Nel documento in questione, si sottolineava particolarmente il fatto che gli organi di pubblica sicurezza dovessero gestire in maniera rigorosa le residenze e proibire severamente all'ufficio incaricato alla distribuzione dei cereali di fornire cibo ad utenti non residenti in città. Era necessario far rientrare al Paese di origine tutta la popolazione rurale impiegata nelle aziende industriali e minerarie che nel corso di questo esodo incontrollato si era spostata in città. Bisognava, inoltre, vietar loro di chiedere l'elemosina, impedire agli agricoltori di abbandonare i terreni e in merito all'assunzione temporanea di badanti la popolazione urbana doveva avere la priorità. Il 9 gennaio 1958, la 91° sessione del Comitato Permanente della prima sessione dell'Assemblea Nazionale del Popolo formulò le "Norme sulla registrazione anagrafica della Repubblica Popolare Cinese", il che rappresentava un significativo

adeguamento della politica migratoria in Cina, modificando la politica di libera migrazione in una politica di controllo della popolazione urbana. Le “norme”, sotto forma di legge, stabilirono in maniera chiara e definitiva gli aspetti riguardanti lo scopo della gestione delle famiglie tramite la registrazione; l’ambito di registrazione dei residenti; le autorità competenti per la registrazione dei residenti; la funzione del registro anagrafico; la dichiarazione e la cancellazione di residenza; le pratiche relative al cambiamento di residenza e la registrazione della popolazione residente o temporanea.

L’emanazione di queste norme ebbe la funzione di gestire e migliorare la distribuzione della popolazione, di certificarne la cittadinanza e di eliminare l’inefficienza degli organi di sicurezza pubblica. L’obiettivo principale fu però quello di rafforzare la gestione della popolazione residente, limitarne gli spostamenti, in particolare “limitare l’esodo incontrollato della popolazione rurale verso la città” e allo stesso tempo “controllare in maniera adeguata i cittadini diretti verso le aree di confine”. L’articolo 10 comma 2 delle presenti “norme” propose una norma restrittiva nei confronti dei contadini entrati in città: “i cittadini che dalle aree rurali si trasferiscono in città devono essere in possesso di certificato d’assunzione redatto dall’Ufficio del Lavoro della città, o di certificato d’ammissione scolastica, o infine di un certificato di autorizzazione al trasferimento rilasciato dall’ Ufficio Anagrafe della città, e presentare domanda all’Ufficio Anagrafico di residenza abituale per espletare le pratiche di trasferimento. L’emanazione delle “norme” simboleggiò l’istituzione ufficiale del sistema della registrazione anagrafica che si basava sulla separazione tra campagna e città e sulla rigorosa limitazione delle migrazioni dei contadini; diventò poi la base giuridica su cui poggiava la gestione della registrazione anagrafica. In questo modo, fino al 1961, il Governo istituì gradualmente decine di solidi sistemi di separazione urbano-rurale. Questi sistemi istituzionali suddivisero la società cinese in sistemi d’identità sociale difficilmente intercambiabili, una tipologia di sistema prevedeva che gli abitanti della città in possesso di tale residenza percepissero lo stipendio e gli alimenti di prima necessità e godessero di molti e altri privilegi; la seconda tipologia prevedeva che i contadini in possesso della sola residenza rurale guadagnassero a cottimo. Questi ultimi non godevano di un serie di benefici tra cui l’approvvigionamento predisposto dallo Stato, i sussidi alimentari, i rimborsi per le spese mediche, l’assegnazione degli alloggi, l’inserimento lavorativo. Inoltre, una simile struttura sociale statica era caratterizzata da una natura ereditaria: i figli dei contadini sarebbero rimasti per sempre contadini, solo frequentando l’università, arruolandosi nell’esercito o prendendo il posto di lavoro dei genitori avrebbero potuto “saltare il cancello della fattoria”; i figli dei residenti urbani, invece, già dalla nascita non venivano considerati residenti rurali e godevano dei relativi privilegi; l’appartenenza alla classe di residente urbano sarebbe venuta meno solo dopo il raggiungimento della maggiore età. La “struttura sociale dualistica”, così composta, continuò a stabilizzarsi senza sosta. Questa tipologia ormai consolidata di “struttura sociale dualistica”, rifacendosi ad una struttura dualistica con *leadership* amministrativa, a livello di sistema, interruppe gli scambi bilaterali tra campagna e città, provocò la separazione tra le due aree, facendo sì che la maggior parte dei contadini fossero impossibilitati ad abbandonare le terre e a godere della sicurezza sociale dei residenti urbani.

Questo tipo di barriere tra campagna e città basate sul sistema della registrazione anagrafica, in realtà, suddivise i residenti urbani e rurali in due diversi tipi di società che, a loro volta, crearono differenze di *status*, portando divari nell'assistenza sanitaria, nel rispetto e nella percezione della vita e nella sopravvivenza. Pertanto, lo Stato, per quanto riguardava la distribuzione del benessere adottò dei principi che avevano come obiettivo un'erogazione differenziata del benessere per le aree urbane e per le aree rurali, quindi, a partire dai primi anni '50, la Cina istituì gradualmente un sistema sanitario pubblico adeguato all'economia pianificata, mediante il quale lo Stato erogava alle unità e agli enti pubblici urbani un servizio sanitario comprensivo di assistenza medica e assicurazione sul lavoro. Già nel febbraio del 1951, il Consiglio di Stato emanò le "Norme sull'assicurazione lavorativa", modificate il 21 settembre 1953. Queste norme regolamentarono dettagliatamente ogni tipo di previdenza assicurativa sul lavoro a spese dello Stato, di cui godevano i dipendenti delle aziende statali urbane, in particolare comprendevano cure mediche per infortunio, convalescenza e riabilitazione, pensioni di anzianità, cure mediche per i figli unici e congedo di maternità, sussidi di invalidità e, alla morte, le spese per i funerali e sovvenzioni. Le norme inoltre prevedevano un sussidio pari al 50% delle spese mediche e dei costi del funerale dei parenti diretti a carico del dipendente. I premi dell'assicurazione lavorativa dei dipendenti delle istituzioni e degli organi statali furono gradualmente perfezionati dallo Stato tramite congedo di malattia, maternità, pensionamento e decesso. La maggior parte delle imprese collettive di città, sul modello delle misure attuate dalle imprese statali, adottò lo schema assicurativo del lavoro. Lo Stato, ogni anno, forniva ai cittadini residenti in città numerosi sussidi di previdenza sociale, mentre i contadini, in caso di malattia, morte o invalidità, non ricevevano alcun tipo di previdenza. In questa situazione, i contadini privi di assistenza sanitaria iniziarono ad adottare delle forme di mutua assistenza spontanea per risolvere il problema comune della mancanza di medici e medicinali: questo fu il fattore scatenante che portò alla nascita del Sistema Medico Cooperativo Rurale (SMCR). Inoltre, si può affermare che il Sistema Medico Cooperativo fu il prodotto della struttura dualistica nazionale urbano-rurale.

APPENDICE 2

匿名的调查表

Questionario anonimo

性别 (sesso) :

年龄 (età) :

1. 您是哪儿的人? Da dove viene?
2. 您的教育程度是什么? Qual è il suo grado di istruzione?
3. 您住在意大利多久? Da quanto tempo è in Italia? (data dell'arrivo)
4. 您为什么移民到意大利? Motivi dell'emigrazione:
 - 工作 lavoro,
 - 家庭团聚 ricongiungimento familiare
 - 学习 studio
 - 其他原因 altro
5. 您结婚了吗? È coniugato/a?
肯定 (si) 否定 (no)
6. 您的丈夫/妻子也住在意大利吗? Suo marito/sua moglie è anch'egli/ella in Italia?
肯定 (si) 否定 (no)
7. 您有没有孩子? Ha figli?
有 (si) 没有 (no)
8. 您的孩子住在中国还是在意大利吗? I suoi figli sono in Italia o in Cina?
中国 (Cina) 意大利 (Italia)
9. 如果他们住在中国, 谁照顾他们? In caso siano in Cina, a chi sono affidati?
 - 祖父母 nonni
 - 朋友们 amici
 - 亲人 parenti
 - 孩子成人 maggiorenni
10. 到了意大利以前, 您的期望是什么? Quali erano le sue aspettative generali prima di partire per l'Italia?

11. 到了意大利以后，这个期望实现了吗？ Una volta in Italia, si sono realizzate?

肯定 (si)

否定 (no)

12. 来了 Caritas 医疗中心以前，您经历过国家卫生服务吗？请给意见 Prima di rivolgersi alla Caritas ha avuto esperienza del Ssn per ricoveri ospedalieri o altro?

肯定 (si)

否定 (no)

12.1.如果有了经验，为什么？ Se si, perché?

12.2.请给您的意见 Opinione in merito

- 令人满意 soddisfacente
- 令人比较满意 abb. soddisfacente
- 令人不满意 non soddisfacente

13. 您是怎么知道 Caritas 医疗中心的？ Come è venuto a conoscenza del Poliambulatorio della Caritas?

- 朋友们 amici
- 商店 negozi
- 互联网 Internet
- Zoccollette 侦听中心 Centro Ascolto Zoccollette
- 其他意大利卫生保健机构 altre strutture sanitarie italiane
- 其他原因 altro

14. 您为什么决定来 Caritas 医疗中心？ Perché ha deciso di rivolgersi alla Caritas?

- 经济上的问题 questione economica
- 语言上的困难 difficoltà linguistiche
- 有翻译 presenza mediatori
- 因为医疗中心离您的住家/工作地点不远 vicinanza a casa/sede di lavoro
- 因为您的朋友已经来过 perché già vengono degli amici
- 其他原因 altro

15. 来了 Caritas 医疗中心，您有什么样的问题？ Che sintomi presentava quando si è rivolto al Poliambulatorio?

16. 您觉得（接待）服务怎么样？ Che ne pensa del servizio di accoglienza?

- 非常好 molto buono
- 很好 buono
- 比较好 abbastanza buono
- 不好 non buono

16.1. 志愿者热情不热情？ I volontari sono gentili?

肯定 (si) 否定 (no) 比较热情 (abbastanza)

16.2. 候诊时间很长吗？ I tempi di attesa sono lunghi?

肯定 (si) 否定 (no) 比较长 (abbastanza)

16.3. 能约得上医生看病要等很长时间吗？ I tempi di attesa per prendere un appuntamento sono lunghi?

肯定 (si) 否定 (no) 比较长 (abbastanza)

16.4. 在意大利能看病的候诊时间比在中国的 In Italia, i tempi di attesa per vedere il medico rispetto ai tempi in Cina sono:

- 长 più lunghi
- 一样 uguali
- 短 più brevi

17. 在中国，您接受了治疗吗？ In Cina, ha ricevuto cure mediche?

肯定 (si) 否定 (no)

18. 在中国，您接受的治疗是中医的还是西医的？ Le cure che ha ricevuto in Cina si basavano sulla Medicina Occidentale o Cinese?

中医的 (Medicina Orientale) 西医的 (Medicina Occidentale)

19. 对您来说，中医和西医之间有什么区别？ Secondo lei, quali sono le differenze tra le due Medicine?

20. 关于西医和中医，请您给意见。 Esprima un'opinione in merito alle due Medicine.

21. 您觉得医生的态度怎么样? Che ne pensa dei medici?
22. 您跟医生交流的时候, 有困难吗? 什么样的困难? Quando si rapporta al medico che tipo di difficoltà ha?
23. 对您来说, 翻译起什么样的作用? Che ne pensa del ruolo dell'interprete?
24. 请您评价翻译的作用: Esprima un'opinione sul ruolo dell'interprete:
 - 不可缺少 indispensabile
 - 重要 importante
 - 非必要 non essenziale
 - 无关紧要 insignificante

APPENDICE 3

Tabelle riassuntive questionario

Numero questionari: 44

Somministrati presso il Poliambulatorio di Roma: 33

Somministrati presso il Poliambulatorio di Prato: 11

Età media: 39,2 (7 mancanti)

Media anni istruzione: 8,8

(In entrambi i casi la media non cambia molto)

Tab 1 – Sesso

| | |
|-------------------------|-----------|
| F | 24 |
| M | 16 |
| Totale Risultato | 40 |

Tab 2 – Età per fasce

| | |
|-------------------------|-----------|
| 0-19 | 1 |
| 20-29 | 5 |
| 30-39 | 11 |
| 40-49 | 13 |
| 50-59 | 7 |
| Totale Risultato | 37 |

Tab 3 – Fasce età per sesso

| | | |
|-------------------------|---|-----------|
| 0-19 | F | 1 |
| 20-29 | F | 4 |
| | M | 1 |
| 30-39 | F | 6 |
| | M | 5 |
| 40-49 | F | 8 |
| | M | 5 |
| 50-59 | F | 2 |
| | M | 5 |
| Non rilevato | F | 3 |
| Totale Risultato | | 40 |

Tab 4 – Motivi emigrazione (dom 4)

| | |
|-------------------------|-----------|
| Lavoro | 32 |
| Ricong. Fam. | 7 |
| Lavoro/Ricong. Fam. | 3 |
| Altro | 1 |
| Ricong. Fam./Studio | 1 |
| Totale Risultato | 44 |

Tab. 5 – Motivi in base al sesso

| | | |
|-------------------------|---------------------|-----------|
| F | Lavoro | 14 |
| | Ricong. Fam. | 7 |
| | Lavoro/Ricong. Fam. | 2 |
| | Ricong. Fam./Studio | 1 |
| M | Lavoro | 15 |
| | Altro | 1 |
| Non rilevato | Lavoro | 3 |
| | Lavoro/Ricong. Fam. | 1 |
| Totale Risultato | | 44 |

Tab 6 - Stato civile (dom 5)

| | |
|-------------------------|-----------|
| Coniug. | 37 |
| Non coniug. | 7 |
| Totale Risultato | 44 |

Tab 7 – Presenza coniuge (dom 6)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| Coniug. | No | 13 |
| | Si | 24 |
| Totale Risultato | | 37 |

Tab 8 – Figli/sesso (dom 7)

| | | |
|-------------------------|---------|-----------|
| F | Incinta | 1 |
| | No | 1 |
| | Si | 22 |
| M | No | 2 |
| | Si | 13 |
| Non rilevato | Si | 4 |
| Totale Risultato | | 43 |

Tab 9 – Figli per fasce età e sesso

| | | |
|-------------------------|--------------|-----------|
| 0-19 | F | 1 |
| 20-29 | F | 4 |
| | M | 1 |
| 30-39 | F | 6 |
| | M | 4 |
| 40-49 | F | 8 |
| | M | 5 |
| 50-59 | F | 2 |
| | M | 5 |
| Non rilevato | F | 3 |
| | Non rilevato | 4 |
| Totale Risultato | | 43 |

Tab 10 – Figli in Italia/sesso (dom 8)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| F | No | 15 |
| | Si | 7 |
| M | No | 10 |
| | Si | 3 |
| Non rilevato | No | 2 |
| | Si | 2 |
| Totale Risultato | | 39 |

Tab 11 – Affidamento figli non in Italia (dom 9)

| | | |
|-------------------------|---------------------|-----------|
| No | Maggiorenni | 3 |
| | Moglie | 3 |
| | Nonni | 14 |
| | Parenti | 6 |
| | Parenti/Maggiorenni | 1 |
| Totale Risultato | | 27 |

Tab 12 – Aspettative e realizzazione aspettative (dom 10/11 aperte)

| | | |
|---------------------------|----|-----------|
| Guadagno | No | 7 |
| | Si | 2 |
| Guadagno/Vita migliore | No | 1 |
| Integrarsi | No | 1 |
| Lavorare | No | 4 |
| | Si | 3 |
| Lavorare/Ricongiungimento | No | 1 |
| Lavorare/Studiare | Si | 1 |
| Nessuna | | |
| Positive | No | 1 |
| | Si | 1 |
| Ricong. | Si | 2 |
| Visitare Roma | Si | 1 |
| Vita migliore | No | 11 |
| | Si | 4 |
| (vuoto) | Si | 1 |
| Totale Risultato | | 41 |

Tab 13 – Esperienza SSN pazienti Roma e Prato (dom 12)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| No | PO | 3 |
| | RM | 22 |
| Si | PO | 8 |
| | RM | 11 |
| Totale Risultato | | 44 |

Tab 14- Conoscenza ambulatorio (Solo Roma) (dom 13)

| | |
|-------------------------|-----------|
| Altre Strutt. Sanit. | 2 |
| Altro | 1 |
| Amici | 28 |
| Negozi | 2 |
| Totale Risultato | 33 |

Tab 15 – Sintomi (dom 15)

| | | |
|---------------------------|--------------|-----------|
| Calcoli biliari | M | 1 |
| Controllo | F | 1 |
| | M | 1 |
| | Non rilevato | 2 |
| Diabete | F | 1 |
| | M | 2 |
| Diabete/Pressione alta | Non rilevato | 1 |
| Diabete/Probl. Cardiolog. | M | 1 |
| Dolore spalla/Gravidanza | F | 1 |
| Gravidanza | F | 8 |
| Influenza/Controlli | F | 1 |
| Mal di testa | F | 1 |
| Polipo all'utero | F | 1 |
| Pressione alta | M | 2 |
| Probl. Ginecol. | F | 2 |
| Totale risultato | | 26 |

Tab 16 – Perché alla Caritas (solo Roma) (dom 16)

| | |
|--|-----------|
| Altro | 4 |
| Diff. Linguist. | 3 |
| Diff. Linguist./Mediatori | 5 |
| Diff. Linguist./Mediatori/Vicino lavoro | 1 |
| Mediatori | 5 |
| Mediatori/Già amici | 1 |
| Mediatori/Vicino lavoro | 1 |
| Mediatori/Vicino lavoro/Già amici | 1 |
| Quest. Econom./Mediatori | 1 |
| Quest. Econom. | 1 |
| Quest. Econom./Diff. Linguist. | 4 |
| Quest. Econom./Diff. Linguist./Mediatori | 2 |
| Quest. Econom./Diff. Linguist./Mediatori/Già amici | 1 |
| Quest. Econom./Mediatori | 1 |
| Quest. Econom./Mediatori/Già amici | 1 |
| Quest. Econom./Mediatori/Vicino lavoro/Già amici/ | 1 |
| Totale Risultato | 33 |

Tab 17– Tempi attesa (dom 16.2)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| Abbast. | RM | 15 |
| No | PO | 1 |
| | RM | 6 |
| Si | PO | 7 |
| | RM | 12 |
| Totale Risultato | | 41 |

Tab 18 – Tempi attesa appuntamento (dom 16.3)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| Abbast. | PO | 2 |
| | RM | 14 |
| No | RM | 7 |
| Si | PO | 6 |
| | RM | 12 |
| Totale Risultato | | 41 |

Tab 19 – Tempi Italia vs Cina (dom 16.4)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| Più lunghi | PO | 7 |
| | RM | 23 |
| Più brevi | PO | 1 |
| | RM | 4 |
| Uguali | RM | 6 |
| Totale Risultato | | 41 |

Tab 20 – Cure in Cina (dom 17)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| No | PO | 6 |
| | RM | 24 |
| Si | PO | 5 |
| | RM | 9 |
| Totale Risultato | | 44 |

Tab 21 – Che medicina? (dom 18)

| | |
|-------------------------|-----------|
| MO | 8 |
| MO/MTC | 4 |
| MTC | 2 |
| Totale Risultato | 14 |

Tab 22 – Opinione su medicina (dom. 19/20 aperte)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| Buone entrambe | RM | 1 |
| Diversa utilità | PO | 2 |
| | RM | 4 |
| Farmaci diversi | RM | 4 |
| MO veloce/MTC lenta | RM | 11 |
| Non sa | PO | 1 |
| | RM | 11 |
| Unire MO/MTC | RM | 2 |
| Totale Risultato | | 36 |

Tab 23 – Difficoltà medico-paziente (dom 22 aperta)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| Linguist. | PO | 9 |
| | RM | 22 |
| Linguist. | RM | 1 |
| Linguist./Comunic. | PO | 2 |
| | RM | 5 |
| Nessuna | RM | 5 |
| Totale Risultato | | 44 |

Tab 24 – Giudizio su interprete (dom 23/24)

| | | |
|-------------------------|----|-----------|
| Import. | PO | 3 |
| | RM | 15 |
| Import./Indispens. | RM | 1 |
| Indispens. | PO | 8 |
| | RM | 14 |
| Indispens./Import. | RM | 3 |
| Totale Risultato | | 44 |

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare coloro che hanno reso possibile la realizzazione di questo lavoro, frutto della mia passione per un popolo così lontano, ma tanto vicino, e soprattutto del mio amore verso la medicina, che, anche se indirettamente, guida tutti i miei passi.

Un sentito ringraziamento va prima di tutto al mio relatore, il professor Alessandro Listuzzi, che con la gentilezza e la disponibilità che lo contraddistinguono mi ha condotto verso questo traguardo; all'Area Sanitaria della Caritas di Roma senza la quale non avrei potuto scrivere gran parte della tesi e che, accogliendomi nella grande famiglia del Poliambulatorio di via Marsala, mi ha permesso di guardare con occhi diversi il prossimo; ai volontari, in particolare a tutta l'accoglienza del lunedì, con cui ho condiviso l'entusiasmo di poter far qualcosa di utile; a tutte le strutture sanitarie che mi hanno permesso di raccogliere il materiale necessario: alla Caritas di Prato, a tutti i centri medici pratesi di cui non posso fare il nome per questioni di privacy, all'AUSL di Reggio Emilia, nella persona della dottoressa Manghi, che mi ha permesso di assistere al loro lavoro, al Centro Fior di Prugna, in particolare alla dottoressa Baccetti, che mi ha dedicato parte del suo tempo, a Luca e Susanna, i due studenti di medicina che, insieme alla loro professoressa, mi hanno messo a conoscenza del loro progetto; a tutti loro va il mio grazie.

Il ringraziamento più grande va a mia madre e mio padre, perché senza di loro non sarebbe stato possibile nulla di tutto questo; alla loro pazienza, al loro sostegno e ai loro sacrifici che mi hanno dato la forza per dare il meglio e soprattutto a come hanno creduto in me, sempre, nonostante le difficoltà, a loro dedico tutto il mio lavoro; a mia sorella, presenza indispensabile nella mia vita, sempre pronta a tirarmi su; ai miei nonni, a chi mi ha sostenuta da vicino e a loro che mi hanno guardata da lontano; e poi a loro, che sono uno dei miei amori più grandi, Gianni e Luca, senza i quali i miei sorrisi oggi non sarebbero gli stessi; a zio Michele e zia Laura, perché mi hanno supportata come fossi una figlia; a Michelle e Cristina, perché nonostante la distanza, sono state delle amiche incredibilmente presenti; a Giorgia e Sara, con cui ho condiviso anche questo percorso; a Doriana che, oltre a una meravigliosa collega, si è rivelata essere una grande amica, i cui consigli sono ormai indispensabili; e poi a lei, a Marta, che ormai non è semplicemente un'amica, è parte della mia famiglia: senza di lei quest'avventura non sarebbe stata la stessa; e agli amici di una vita, Americo, Piero, Gino e Gianluca, ai quali ho sempre potuto affidarmi.

Infine, un grazie speciale va a lui, a Tony, perché, con la sua pazienza, la sua comprensione e il suo amore non ha mai lasciato la mia mano in questi anni, rendendo tutto più semplice.