

Immigrazione, mediazione culturale e salute

a cura di Claudio Baraldi,
Viola Barbieri, Guido Giarelli

TEORIA
METODOLOGIA

*S*alute e
società



FrancoAngeli

Salute e Società

collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* si inserisce in una rete di natura più vasta, collegata operativamente da un logo comune e concettualmente da un *Manifesto* programmatico (pubblicato sul n. 1, a. I, 2002 della Rivista omonima), che contempla le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione*:

- Laurea Specialistica in *Sociologia, Politiche Sociali e Sanitarie* (con curriculum in *Sociologia della Salute*): Costantino Cipolla, Università di Bologna;
- Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito da FrancoAngeli: Antonio Maturo, Università di Bologna;
- Delegato SISS (*Società Italiana di Sociologia della Salute*): Tullia Saccheri, Università di Salerno;
- Master Universitario di II livello in *Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari dal punto di vista del cittadino*: Leonardo Altieri, Università di Bologna;
- Centro di Ricerca Interdipartimentale sui *Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.): Guido Giarelli, Università della Magna Graecia (Catanzaro);
- Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salute*: Sebastiano Porcu, Università di Macerata;
- Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S): Francesca Cremonini, Università di Bologna;
- Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*: Anna Coluccia, Università di Siena;
- Storico per la *Croce Rossa Internazionale*: Paolo Vanni, Università di Firenze.

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *Welfare State e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans* (Università di Bologna): Tutor Agnese Accorsi, agnese.accorsi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive* (Università di Bologna): Tutor Alessia Bertolazzi, alessia.bertolazzi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Sociologia della salute e Medicine non convenzionali* (Università di Bologna): Tutor Veronica Agnoletti, agnoletti.veronica@libero.it

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale.

La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema, si articola in tre sezioni:

Confronti

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica, epistemologica il senso della propria elaborazione nell'ottica della tolleranza, del pluralismo competitivo e delle soluzioni, o decisioni, migliori per la qualità della vita socio-sanitaria dei cittadini. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

Teoria e metodologia

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

Ricerca e spendibilità

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabile redazionale: Ilaria Iseppato, ilaria.iseppato@libero.it



Università degli Studi di Bologna
Polo Scientifico-Didattico di Forlì - Facoltà di Scienze Politiche "R. Ruffilli" - Dipartimento di Sociologia

SOCIAL SCIENCES AND HEALTH IN THE 21ST CENTURY:
NEW TRENDS, OLD DILEMMAS?
SCIENZE SOCIALI E SALUTE NEL XXI SECOLO:
NUOVE TENDENZE, VECCHI DILEMMI?
Convegno internazionale per il V anniversario della Rivista "Salute e Società"
Forlì, 19-21 aprile 2007

Promozione e direzione scientifica: *Costantino Cipolla*

Coordinamento generale: *Linda Lombi*

Gruppo di lavoro: *Agnese Accorsi, Andrea Antonilli, Viola Barbieri, Alessia Bertolazzi, Laura Farneti, Stefania Florindi, Silvia Foglino, Carlo Antonio Gobbato, Maura Gobbi, Francesca Guarino, Lucia Fabbri, Ilaria Iseppato, Silvia Laghi, Cristina Mancini, Michele Marzulli, Lorella Molteni, Mariella Nocenzi, Roberta Partisani, Valeria Pastore, Luca Pietrantoni, Cinzia Pizzardo, Benedetta Riboldi, Roberto Rizza, Susi Sbarbati, Elisabetta Scozzoli, Teresa Spadea, Daniele Spizzichino, Doriana Togni, Rossella Trapanese, Susanna Vezzadini, Giovanna Vingelli.*

Comitato editoriale del Convegno

Coordinatore: *Costantino Cipolla*

Segretario scientifico: *Antonio Maturo*

Membri: *Leonardo Altieri, Claudio Baraldi, Marco Biocca, Giuseppe Costa, Luca Fazzi, Andrea Gardini, Michele La Rosa, Clemente Lanzetti, Rossella Levaggi, Mauro Moruzzi, Umberto Nizzoli, Bruna Zani.*

Segreteria editoriale: *Agnese Accorsi, Maura Gobbi, Ilaria Iseppato, Linda Lombi.*

Piano editoriale

1. Cipolla C., Maturo A. (a cura di) (2008), *Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?*, FrancoAngeli, Milano.
2. Biocca M., Grilli R., Riboldi B. (a cura di) (2008), *La governance nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
3. Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G. (a cura di) (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
4. Lanzetti C., Lombi L., Marzulli M. (a cura di) (2008), *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
5. Gardini A. (a cura di) (2007), *L'ospedale nel XXI secolo*, "Salute e Società", a. VI, n. 3, FrancoAngeli, Milano.
6. Balloni A., Bisi R. (a cura di) (2008), *Processi di vittimizzazione e reti di sostegno alle vittime*, "Salute e Società", a. VII, n.1, FrancoAngeli, Milano.

Fra i coordinatori delle varie sezioni che non appaiono nel piano editoriale segnaliamo e ringraziamo: *Carlo Borzaga, Daniela Cocchi, Laura Corradi, Viviana Egidi, Manuela Martoni, Tullia Saccheri.*

Hanno sponsorizzato il Convegno e ringraziamo formalmente: Alma Mater Studiorum-Università degli Studi di Bologna, Polo Scientifico-Didattico di Forlì, Presidenza Facoltà di Scienze Politiche "R. Ruffilli"-Forlì, Cup2000, Oracle, Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì, Ser.In.Ar, Centro Residenziale Universitario di Bertinoro (Ce.U.B.).

Immigrazione, mediazione culturale e salute

a cura di Claudio Baraldi,
Viola Barbieri, Guido Giarelli

FrancoAngeli

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Agnese Accorsi.

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione, di *Claudio Baraldi, Viola Barbieri e Guido Giarelli* pag. 9

I. La mediazione nei servizi sanitari

Il contesto della mediazione: la sfida dell'interculturalità nella società multietnica, di *Guido Giarelli* » 15

Servizi sanitari *migrant-friendly* ed aperti alle diverse culture: l'esperienza dell'Azienda USL di Reggio Emilia, di *Antonio Chiarenza* » 47

Il progetto dell'Azienda Provinciale per i Servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento per l'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata, di *Adriano Passerini* » 60

***Mum Health*: un intervento per la promozione della salute globale delle donne migranti in Toscana**, di *Manila Bonciani, Benedetta Cangioli e Elisabetta Confaloni* » 71

Indicatori di buona pratica nell'utilizzo dei mediatori interculturali da parte degli operatori sanitari nell'AUSL di Modena, di *Maria Dirce Vezzani* » 82

II. Il bisogno di mediazione per le donne migranti

La salute della donna migrante e la violenza di genere, di *Grazia Lesi e Aicha Fahem* » 93

Migrazione, salute e dinamiche di potere. Un approccio sociologico alle mutilazioni genitali femminili, di *Lia Lombardi* » 104

La rappresentazione dei consultori modenesi tra le donne migranti, di *Monica Dotti e Simona Luci* » 117

La mediazione linguistico-culturale in un contesto di salute materno infantile, di *Elma Sukaj et al.* » 128

III. Riflessioni e ricerche sulla mediazione nei servizi sanitari

La mediazione "intelligente": cittadinanza sanitaria e integrazione dell'immigrato tra normazione giuridica e riflessività organizzativa, di *Eleonora Venneri* » 141

La partecipazione del paziente nell'interazione mediata con il medico: note linguistiche sulla dimensione informativa e sulla dimensione interpersonale, di *Laura Gavioli e Daniela Zorzi* » 155

Forme di comunicazione interculturale nell'incontro medico mediato, di *Viola Barbieri* » 175

La formazione dei mediatori sanitari: fra esperienza e consapevolezza, di Daniela Zorzi	»	191
Il significato sociologico della mediazione interculturale nei servizi per la salute, di Claudio Baraldi	»	208
Notizie sugli autori	»	229

Introduzione

di *Claudio Baraldi, Viola Barbieri e Guido Giarelli*

Questo volume è ricavato da un importante convegno sulla sociologia della medicina e della salute. In quest'area di riflessione è sempre più evidente la consapevolezza dei problemi determinati dalla crescente esigenza, nei servizi sociosanitari, di una comunicazione interculturale produttiva, nel quadro di una società multiculturale. In particolare, si parla qui dei problemi determinati dalla presenza numerosa di soggetti migranti come utenti dei servizi sociosanitari.

Il problema in realtà è assai più ampio: la globalizzazione della malattia e della medicina è, infatti, un fenomeno che risulta chiaro a livello planetario, in particolare per il peso crescente assunto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in situazioni di crisi sanitaria mondiale e a seguito dell'incremento eccezionale dei viaggi e dei movimenti tra i continenti. Tuttavia, la stabilità delle nuove problematiche sanitarie nei paesi ad elevato tasso di immigrazione, è molto maggiore rispetto a quanto si può osservare per quel che riguarda le emergenze sanitarie globali, che sono per il momento occasionali e di durata relativamente breve. Le condizioni di multiculturalità "locale" diventano quindi la questione in generale più rilevante per la salute e la medicina, almeno sul piano organizzativo (quindi delle strutture sanitarie) ed almeno per i paesi europei, ed in generale occidentali, che si trovano ad affrontare intensi flussi di migrazione.

In questa situazione, gli ospedali e i diversi presidi sociosanitari italiani si stanno lentamente dotando di misure idonee ad affrontare quella che viene spesso vista come un'emergenza interculturale in senso proprio. I saggi contenuti nella prima parte del volume evidenziano in che modo ciò sta accadendo, in alcune esperienze particolarmente avanzate, e rendono bene il fatto che è in atto un processo ampio, e almeno in alcune parti del paese anche già stabilizzato, di progettazione sanitaria interculturale.

Il saggio di Guido Giarelli, dopo aver presentato un panorama approfondito delle discipline sociali, socio-economiche e antropologiche che hanno affrontato i temi della cittadinanza multiculturale, approfondisce il problema specifico dell'accesso e della fruizione dei servizi sanitari da parte dei migranti. Il tema viene poi osservato dal punto di vista di alcune

strutture sanitarie che da qualche anno si stanno occupando di riorganizzare le proprie prestazioni in funzione dell'utenza multiculturale ed enti locali che stanno proponendo progetti di cosiddetta "alfabetizzazione sanitaria" per stranieri. L'Azienda USL di Reggio Emilia, come osserva Antonio Chiarenza, e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, le cui caratteristiche vengono descritte da Adriano Passerini, hanno intrapreso una riorganizzazione dei servizi in funzione dell'utenza multiculturale. A questo scopo è stata avviata una riflessione orientata, da un lato, alla definizione delle competenze culturali necessarie agli operatori dei servizi, dall'altro alla definizione di buone pratiche per favorire la partecipazione dell'utente migrante. Tra le altre azioni mirate alla promozione della partecipazione e dell'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) del migrante, viene descritto il progetto *Mum Health* dedicato alla disseminazione di informazioni sanitarie rivolte alle donne straniere della regione Toscana, proposto nel saggio di Manila Bonciani, Benedetta Cangioli ed Elisabetta Confaloni.

Vi sono alcune aree sanitarie che sono più caratterizzate di altre da quest'emergenza interculturale: quella principale è l'area della sessualità, della gravidanza e del parto, che coinvolge in modo massiccio le donne migranti. La rilevanza di questa area sanitaria non è casuale: uno dei problemi interculturali fondamentali oggi riguarda infatti l'estensione dei diritti personali a tutta la popolazione del mondo, come sottolineano diversi autori in questo volume; le donne e i bambini sono assai spesso le principali vittime della mancanza di condizioni di uguaglianza nell'accesso a tali diritti, quindi vengono osservati come soggetti "deboli" nella prospettiva culturale dominante, quantomeno in Europa ed in Occidente. Ciò è particolarmente evidente dal punto di vista sanitario, con il massiccio ingresso delle donne nei servizi. La seconda parte del volume rende conto dei problemi principali che concernono l'area dei servizi sociosanitari rivolti alle donne e ai loro figli, e delle esigenze principali che emergono dall'esperienza e della ricerca, per una medicina ed un'organizzazione sanitaria che se ne facciano pienamente carico.

Gli autori dei saggi presentati nella seconda parte osservano che è necessario che la struttura sia preparata ad accogliere la diversità in quanto l'accesso degli immigrati ai servizi sanitari italiani dà luogo a forme di comunicazione complesse tra utente ed operatore, che spesso risultano problematiche perché possono esprimere diversità culturali di difficile gestione, come osserva Lia Lombardi, a proposito delle mutilazioni genitali femminili. I problemi sanitari manifestati dall'utente straniero, poi, risultano spesso collegati ad esperienze negative di migrazione, come osservano Grazia Lesi ed Aicha Fahem, attraverso l'esempio della violenza sulle donne migranti, un fatto che raramente entra direttamente nella comunicazione con l'operatore sanitario, ma può essere riconosciuto dal manifestarsi di "sintomi sentinella" e grazie all'aiuto della mediatrice interculturale.

Per questo viene dato particolare rilievo alla conoscenza di orientamenti culturali diversi, possibile attraverso ricerche di tipo qualitativo. Il contributo di Monica Dotti e Simona Luci ricostruisce le rappresentazioni culturali di salute e malattia delle utenti dei consultori delle province di Modena e raccoglie la valutazione delle donne migranti a proposito dei servizi erogati dalle strutture di cura modenesi. La ricerca proposta dall'équipe di lavoro dell'AUSL di Cesena (Elma Sukaj *et al.*), dal canto suo, contribuisce a fare luce sulle barriere culturali e gli ostacoli pratici che possono impedire alle donne straniere di accedere in modo efficace ai servizi per la salute materno-infantile.

La mediazione interculturale, il cui impiego nei servizi sanitari viene discusso ampiamente da Maria Dirce Vezzani nella prima parte del volume, è sicuramente una componente decisiva, sebbene non sia certamente la componente esclusiva, della progettazione sanitaria che affronta questa emergenza. Almeno sulla carta, la mediazione è importante perché permette di affrontare problemi rilevanti sia interlinguistici (di comprensione reciproca), sia interculturali (di accettazione reciproca), nel rapporto tra operatori sanitari e pazienti migranti. Sebbene diversi problemi nell'accesso e nell'uso dei servizi sociosanitari vengano ricondotti anche ad un'informazione inadeguata, il rapporto diretto tra operatori e pazienti migranti viene comunque considerato cruciale. Pertanto è altrettanto cruciale capire come facilitare questo rapporto, nella direzione sia di una migliore comprensione dei bisogni e delle culture dei migranti, sia dell'accordo e della condivisione degli usi culturali autoctoni, in particolare di tipo medico e sanitario. Su questo versante sussistono, però, molte ambiguità di interpretazione del fenomeno, dovute alla ancora scarsa definizione del problema "interculturale", con riferimento ai principi, ai criteri e alle metodologie di adattamento reciproco tra società di accoglienza e migranti.

Ciò comporta anche un certo numero di problemi aperti nell'assegnare un significato preciso alla mediazione, per quel che riguarda il ruolo, le competenze, l'identità e le azioni rilevanti dei mediatori. Le riflessioni prevalenti oscillano tra prescrizioni astratte su che cosa sia la mediazione e come debba essere realizzata, e ricerche che chiariscono più che altro come la mediazione venga vissuta dai diversi protagonisti (operatori, mediatori e, più raramente, pazienti), in termini di bisogni soddisfatti o non soddisfatti ed esperienze concrete. La terza parte del volume intende invece fornire qualche risposta al problema di come la mediazione viene realizzata in situazioni reali, registrate dai ricercatori. Dopo il saggio di Eleonora Venneri, che fa il punto in modo efficace sui significati assegnati alla mediazione, vengono quindi affrontati i problemi concreti delle interazioni a cui partecipano i mediatori, anzi le mediatrici, dato che la prevalenza delle problematiche femminili porta ad una consistente presenza femminile in questa professione.

Il progetto di ricerche qui presentato, che è l'unico al momento in Italia sulle interazioni nelle quali sono impegnate le mediatrici, nei suoi vari aspetti porta a mettere a fuoco alcuni problemi cruciali per la mediazione. Il contributo di Laura Gavioli e Daniela Zorzi analizza il rapporto tra la frequentissima attività di traduzione e l'attività di mediazione interculturale, nei confronti sia del personale sanitario sia dei pazienti. Il contributo di Viola Barbieri, inoltre, approfondisce i significati interculturali della mediazione, ponendo un'attenzione specifica sul dialogo interculturale, le cui forme spesso vengono date per scontate, ma che invece dovrebbero sempre essere analizzate in dettaglio. Il saggio di Daniela Zorzi trae spunto da questo tipo di ricerche, per una riflessione sulla formazione del mediatore per quel che riguarda i modi di agire, comunicare e interagire con i suoi interlocutori. Si tratta di una formazione tanto essenziale, quanto non ancora considerata in modo adeguato nel training dei mediatori: l'utilità di questa riflessione per i servizi di mediazione appare dunque notevole. Il contributo di Claudio Baraldi, infine, partendo da una prospettiva sociologica che privilegia l'analisi della comunicazione, evidenzia gli intrecci tra le azioni traduttive delle mediatrici e le forme interculturali emergenti nell'interazione medico-paziente, traendo alcune conclusioni sulla ricerca sulla mediazione in ambito sociosanitario.

Questi saggi dovrebbero rendere chiaro che cosa funzioni e che cosa invece non funzioni nella mediazione, e dovrebbero quindi contribuire a migliorare il servizio. Una volta superata la fase in cui si è riflettuto su "chi sono i mediatori" e "quale ruolo deve essere loro assegnato", fase che ha portato all'attuale definizione dei servizi di mediazione, attualmente è particolarmente rilevante la risposta alla domanda "che cosa veramente fanno i mediatori". Può darsi che la risposta a questa domanda porti a dover riformulare anche il significato delle risposte a quelle precedenti: per poter capire che cosa fanno i mediatori, è necessario anzitutto che si inizi a svolgere un lavoro di ricerca sulla mediazione, sulla base di una definizione del ruolo e dell'identità professionale. Se dovesse verificarsi la necessità di rivedere qualcosa sul piano del ruolo e dell'identità sarebbe questa la fase ideale per provvedere, prima di una definitiva stabilizzazione del servizio.

La fotografia della mediazione nei servizi sociosanitari che fornisce questo volume è alquanto mossa, e quindi per molti aspetti indistinta: ciò è normale, dato che si tratta di un fenomeno effettivamente ancora in considerevole movimento. Tuttavia, si tratta di una fotografia nuova, che si aggiunge a quelle scattate negli ultimi anni sulla mediazione, arricchendo notevolmente il panorama che mostra, sia di dettagli significativi per la conoscenza del fenomeno in ambito sociosanitario, sia di elementi importanti di riflessione per una sua migliore implementazione nei servizi sociosanitari.

I. La mediazione nei servizi sanitari

Il contesto della mediazione: la sfida dell'interculturalità nella società multi-etnica

di Guido Giarelli

1. Premessa

I due presupposti da cui partiamo è che non sia possibile, anzitutto, affrontare il problema della mediazione interculturale nel contesto dei servizi socio-sanitari [Giarelli e Ghirelli 2002] senza una adeguata discussione preliminare di quale modello di integrazione sociale in una società multi-etnica la mediazione presupponga; e, in secondo luogo, che per comprendere i rapporti tra differenze culturali e salute in una società globalizzata occorra andare al di là di una concezione statica tradizionale di cultura per riuscire a cogliere le dinamiche interazionali che si sviluppano in situazioni di multiculturalità.

La proposta che questo saggio cerca quindi di disegnare in risposta alle due problematiche precedenti è quella di un modello di integrazione interculturale che vada al di là dei limiti intrinseci del multiculturalismo, nella direzione di quel dialogo conviviale e di quella interpenetrazione tra culture che rappresentano la vera sfida con cui i servizi socio-sanitari oggi si confrontano nel momento in cui intendono uscire da una visione e da una prassi etnocentriche del nesso tra differenze culturali e salute [Giarelli 1991 e 1994b].

2. Le dimensioni dell'integrazione sociale

Sia il dibattito teorico che la prassi politica contemporanei relativi al problema dell'immigrazione nelle società occidentali sempre più multi-etniche è incentrato sul concetto di *integrazione*: poiché si tratta di un concetto sociologicamente complesso e niente affatto scontato, del quale esistono varie possibili interpretazioni (e relative ricadute politiche), oltre che fortemente dinamico nella sua evoluzione semantica, quel che ci proponiamo

qui è precisamente di tentare di sviscerarne i significati teorici e implicazioni operative alla luce del dibattito contemporaneo sul multiculturalismo.

Il problema dell'integrazione sociale in situazioni di multiethnicità e multiculturalità può essere analizzato secondo due assi fondamentali. Quello che definirei l'asse *orizzontale* o *trasversale* dell'integrazione, è relativo alle diverse dimensioni sociali che esso sottende: implicate in tale concetto, sono infatti almeno tre dimensioni. La dimensione *socio-economica* è relativa alle condizioni materiali di vita e di lavoro di un individuo o di un gruppo sociale: l'occupazione, l'abitazione, i livelli di consumo e le possibilità di accesso ai servizi sociali (istruzione, sanità, assistenza, previdenza) quali opportunità di integrazione intese come possibilità di godimento di determinati beni sociali materiali e immateriali. La dimensione *socio-culturale* dell'integrazione riguarda invece le questioni connesse all'identità culturale di un individuo e di un gruppo sociale: ovvero, la possibilità di mantenere determinati modelli cognitivi e normativi e gli orientamenti di valore propri di una determinata tradizione culturale. È l'integrazione come pluralismo della differenza in una società complessa e multiculturale. Infine, la dimensione *socio-politica* dell'integrazione è relativa alle possibilità di partecipazione diretta (movimenti collettivi, associazioni politiche, ecc.) e indiretta (elezioni amministrative e politiche) di un individuo o gruppo sociale ai processi decisionali riguardanti la collettività: l'integrazione come opportunità di inclusione nel sistema politico e nello Stato in particolare.

L'altro asse fondamentale per l'analisi del problema dell'integrazione sociale è quello, che definirei *verticale*, legato al problema dell'equità, intesa come uguaglianza delle opportunità più che come uguaglianza degli esiti. L'uguaglianza delle opportunità presuppone anzitutto che ciascun individuo o gruppo sociale disponga di un'uguale possibilità teorica di ottenere i benefici e le ricompense sociali che una società offre¹: il che presuppone che non sussistano discriminazioni formali o privilegi speciali (*uguaglianza formale*). Tuttavia, com'è noto, ciò non basta a garantire una effettiva uguaglianza delle opportunità, dal momento che i punti di partenza non sono spesso i medesimi e possono esistere tutta una serie di barriere artificiali di natura sia materiale (mezzi economici, ecc.) che simbolica (pregiudizi, ecc.) che impediscono a individui e gruppi sociali di godere di un accesso sostanziale ai beni sociali. L'*uguaglianza sostanziale* si caratterizza quindi come un complesso di strumenti volti a favorire l'esercizio effettivo dei diritti previsti sul piano dell'uguaglianza formale da parte di individui e gruppi: il dibattito sulle *affirmative action*, le politiche di discriminazione

¹ Avendo peraltro la libertà di poter scegliere quali beni materiali o immateriali perseguire, secondo l'approccio delle "capabilities" di Sen [1985].

positiva adottate negli USA a favore di gruppi sociali considerati discriminati (donne, minoranze etniche, disabili) costituiscono un esempio, sia pure molto discusso. Esse costituiscono comunque un tentativo di garantire un'effettiva equità nei confronti dei gruppi sociali considerati più deboli e discriminati attraverso una forma di discriminazione inversa che tende a offrire un trattamento preferenziale ai membri di tali gruppi sociali (garantendo loro quote riservate, ecc.). Questi come altri strumenti volti a favorire l'uguaglianza sostanziale hanno comunque il merito di spostare l'attenzione dall'equità intesa come principio astratto [Deutsch 1975] alla sua traduzione in termini di effettiva uguaglianza delle opportunità. In altre parole, il focus si sposta da un concetto di giustizia meramente *procedurale* ad una concezione di giustizia di tipo *distributivo*, attenta a rispondere alla domanda: «Chi effettivamente ottiene che cosa e come?» [Cohen 1986]. Questa attenzione all'allocazione effettiva delle risorse sociali non è ovviamente in contrasto con i principi ed i meccanismi procedurali che regolano i processi sociali mediante i quali tale distribuzione si produce: possiamo dunque ritenere che i due aspetti della giustizia non siano affatto alternativi ma complementari, nel senso che la giustizia distributiva *presuppone* quella procedurale, anche se quest'ultima costituisce la condizione necessaria ma non sufficiente della prima.

Se ci chiediamo ora quali diritti possono rientrare nell'uguaglianza formale, quale componente della giustizia procedurale potenzialmente in grado di tradursi poi in forme di giustizia distributiva che consentano di garantire l'uguaglianza sostanziale, qui il discorso non può che storicizzarsi: seguendo anzitutto la classificazione dei diritti proposta da Marshall [1976], potremmo parlare di diritti di cittadinanza civile (diritti civili e di libertà), di diritti di cittadinanza politica (diritti politici) e di diritti di cittadinanza sociale (diritti sociali ed economici). Tuttavia, questa classificazione non appare oggi sufficiente: Taylor parla di “diritto di riconoscimento” sia nella sfera privata come formazione dell'identità e del sé, sia nella sfera pubblica come diritto di un gruppo etnico al mantenimento della propria differenza culturale [Habermas e Taylor 1998]. Possiamo quindi considerare i diritti socio-culturali come un'ulteriore sfera fondamentale di diritti di cittadinanza che entrano ormai con forza nella problematica dell'integrazione sociale.

L'asse verticale dell'integrazione sociale ci consente di comprendere come quello dell'integrazione non possa essere un problema riducibile alle sue diverse dimensioni orizzontali o trasversali, ma costituisca in buona parte anche un problema di giustizia distributiva, di equità intesa come effettiva uguaglianza delle opportunità garantita a tutti gli ed i gruppi sociali, in special modo quelli più deboli e potenzialmente discriminati. Il concetto proposto da Michael Walzer [1983] di uguaglianza complessa può forse essere qui utilizzato come strategia cognitiva per comprendere in che misura in una determinata società si realizzi una effettiva equità: posto che in una

società complessa una forte disuguaglianza distributiva nell'allocazione delle risorse sociali non favorisce certamente i processi di integrazione tra i diversi gruppi sociali, ma data anche l'impossibilità di una stretta uguaglianza degli esiti (il cui valore positivo resta peraltro materia di scelte etiche e politiche data l'impossibilità di fondarlo empiricamente), il discorso si sposta sulla pluralità di dimensioni sociali dell'integrazione da noi indicata e che in Walzer assume il carattere di una molteplicità di sfere distributive in cui beni sociali diversi (denaro, prestigio, successo, influenza, ecc...) sono allocati secondo criteri indipendenti. L'uguaglianza complessa diviene così un problema di compensazione tra la distribuzione dei beni sociali operata nelle diverse sfere.

3. I modelli di integrazione sociale nella società multi-etnica

Sulla base della concezione di *equità multidimensionale* relativa al problema dell'integrazione sociale nel contesto delle società multi-etniche che abbiamo delineato, cerchiamo ora di esaminare quali risultati il vivace dibattito sul multiculturalismo che si è sviluppato negli ultimi due decenni impegnando soprattutto filosofi, politologi e sociologi abbia prodotto in termini di politiche di integrazione sociale nelle società multi-etniche.

Si è trattato di un dibattito che, indubbiamente, almeno un merito l'ha avuto: quello di porre con forza la questione del pluralismo delle differenze culturali in una società democratica, cercando di rispondere alla domanda circa la possibilità di una loro convivenza ed integrazione sociale senza ricadere nei due estremi dell'omologazione culturale totale e del ripiegamento comunitario "neotribale" [Maffesoli 1988]. Tale dibattito ha ruotato principalmente attorno alle proposte elaborate dal movimento di matrice comunitarista che si è sviluppato a partire dalla critica a Rawls [1982] e al pensiero liberale sulle differenze culturali più in generale. Tre sono fondamentalmente i punti di attacco su cui si incentra la critica comunitarista ad opera dei principali esponenti del movimento, come Charles Taylor, Michael Sandel e Alasdair MacIntyre. Anzitutto, la concezione liberale dell'individuo viene considerata come centrata su di un'antropologia del tutto storica, che non riconosce il legame sociale esistente tra la formazione dell'identità e la comunità di appartenenza, legame mediato dal ruolo della tradizione: «la storia della mia vita è sempre inserita nella storia di quella comunità da cui traggo la mia identità» [MacIntyre 1988:264]. Anche Taylor rimprovera a Rawls di aver ridotto l'individuo ad un io puntiforme privo di legami sociali, un'identità astratta senza radicamento collettivo: «un io è tale solo tra altri io e non può mai venire descritto senza fare riferimento a quelli che lo circondano» [1993: 70].

In secondo luogo, anche la razionalità strumentale su cui poggia il contrattualismo viene criticata come astratta e destoricizzata, in quanto non può esistere razionalità allo stato puro, ma solo dentro uno specifico contesto storico ed una determinata tradizione culturale condivisa (*ethos*). Da ciò discende la terza critica al liberalismo, che s'incentra sulla sua concezione di una giustizia fondata su principi astratti e universalistici e su di uno spazio pubblico neutrale rispetto alla definizione concreta e condivisa di bene comune. Al contrario di quanto sostiene Rawls, per i comunitaristi la giustizia richiede non individui isolati ma legami sociali concreti, non soggetti astratti ma gruppi sociali con immagini del mondo condivise; in altre parole, una comunità: «la comunità describe non soltanto ciò che essi *hanno*, ma anche ciò che *sono*, non una relazione che essi scelgono (come in una associazione volontaria) ma un legame che scoprono, non semplicemente un attributo ma un elemento costitutivo della loro identità» [Sandel 1992: 23-24].

La proposta multiculturalista dei *communitarian* è dunque quella di una società multicomunitaria basata sulla coesistenza di sistemi sociali e di totalità culturali diverse entro un medesimo spazio sociale, fondata su quella che Kymlicka ha chiamato la *cittadinanza multiculturale*: «la concessione di diritti diversi a membri di gruppi diversi» [Kymlicka 1999: 87], al fine di consentire ai diversi gruppi etnici e religiosi di praticare la propria vita culturale comunitaria e forme di autogoverno territoriale. Una proposta che solleva già sul piano teorico una questione di fondo non di poco conto: quella del primato della comunità sugli individui, dell'identità collettiva su quella individuale fondato sulla preminenza dei diritti di gruppo sui diritti individuali, che appare in netta contraddizione con la classica teoria universalistica di diritti individuali e che tende a segmentare la sfera pubblica comune in una pluralità di differenze e particolarismi. Il rischio è, da una parte, quello di una concezione cristallizzata della cultura che diviene, in fondo, autoritaria, nei confronti della libertà individuale di definire la propria identità anche in contrasto con quella del proprio gruppo d'origine; dall'altra, quello di creare tante «piccole patrie» basate sulla fedeltà particolaristica al proprio gruppo etnico, che renderebbero impraticabile un autentico «patriottismo costituzionale» fondato sull'adesione a comuni principi giuridico-politici come orizzonte normativo unitario. Il duplice rischio, in sostanza, di una società multietnica concepita come coesistenza di universi culturali separati e di comunità autoghezzate marcate da una forte omogeneità interna e chiuse verso l'esterno da barriere invalicabili che precludono la possibilità stessa di uno spazio comune pluralistico [Semprini 2000].

Ma come si è tradotta la proposta multiculturalista sul piano pratico? Quali risultati ha prodotto rispetto alle forme consolidate di integrazione sociale? Qui il multiculturalismo si è confrontato con quelle che sono state