

LA SINDROME DI SALGARI OGGI

Salvatore Geraci – Caritas

Antefatto

“Quando ho iniziato a lavorare al Naga, circa 20 anni fa, non avevo idea di quello che ciò significasse. Solo dopo qualche anno ho scoperto di essere stato affetto dalla **sindrome di Salgari**....Affetto dalla sindrome ho visitato 10, 15 pazienti ogni lunedì pomeriggio. Qualcuno l’ho anche operato. Ho ascoltato tanti stranieri irregolari che raccontavano le loro malattie (mentre io ero) alla caccia della malattia rara. Ma più passava il tempo e meno questa si trovava e poco a poco calava la voglia di andare tutti i lunedì al Naga. Desideravo incontrare la patologia rara e non trovarla mai mi creava noia, a volte ostilità verso i pazienti che più o meno avevano sempre gli stessi problemi. Passava il tempo e cresceva la consapevolezza di non capirci niente. Non capivo perché gli stranieri venissero a farsi visitare per il raffreddore, per la forfora, per i calli. Erano persone giovani, avevano bisogno di lavorare, non di riempire il pomeriggio dal medico, ma passavano ore in attesa, per ben poca cosa”.⁵

Così un medico di una importante associazione di Milano analizzava la sua esperienza e le sue aspettative nel visitare gli immigrati. Ma

⁵ Testo tratto da Nagazzetta, Sindromi. La testimonianza di un medico volontario del Naga, n. 15, marzo 2010

già nel 1990 descrivevamo queste stesse aspettative facendo riferimento ai volontari del Poliambulatorio della Caritas nei pressi della stazione Termini a Roma: “... *il medico si aspetta di trovare il paziente africano affetto da chissà quali strane malattie, lo inquadra come vettore di morbi esotici, ogni sintomo viene interpretato al di fuori della normalità, si richiedono le più complesse indagini alla ricerca di una sicura malattia tropicale ben occultata ...*”. (1)

Questa aspettativa, alla fine degli anni '80, era certamente legata ad un pregiudizio dell'incontro con persone/popolazioni per noi estranee, alimentata per i medici dall'immaginario, ma anche dalle cronache, di un'Africa come territorio da bonificare, dalle malattie inconsuete, dalla povertà devastante. Non a caso i primi volontari medici resisi disponibili in quel periodo di mancanza di diritti assistenziali per i migranti, provenivano proprio dai reparti di malattie infettive e, a Roma, dal prestigioso Istituto universitario di Medicina Tropicale o erano coloro che rientravano da missioni di cooperazione internazionale nei paesi più poveri. Nessuno aveva esperienza di visite e di cura di pazienti immigrati, eppure le nostre aspettative sembravano chiare e definite.

Questo atteggiamento individuale, estremamente diffuso e ripetuto, fu definito da Riccardo Colasanti nel 1991 (2) proprio come **Sindrome di Salgari**: “*Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. Salgari non si interessò di*

problemi dei migranti, ma se lo avesse fatto avremmo avuto dei bei titoli da leggere nella nostra gioventù, penso a qualcosa come "I tigrotti della Pantanella" o "La filippina di Labuan."

Ma dall'individuale al collettivo e al politico, il passo è breve: “Come Salgari i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi. Giustamente in tal senso la medicina pubblica con prudenza e il buon senso di un padre di famiglia, doveva arrestare con fermezza l'arrembaggio: i tutori della legge sanitaria, novelli viceré, novelli governatori Brookes alle frontiere, dalle murate della nave Italia, dovevano contrastare epidemiologicamente l'assalto dei pirati della Malesia, che penetrando nella nostre frontiere avrebbero condotto nuovi virus, meravigliose sintomatologie, trasmettendole ai semafori e agli incroci, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza”.

“...È stupefacente osservare come il gestore pubblico, di fronte a immigrati che passano i loro giorni per strada, sotto la pioggia o il freddo, mangiando dei guadagni della vendita di fiori ed accendini, tossendo di fame, di stanchezza e povertà, muova commissioni che promuovono lo studio dei problemi di medicina dei migranti, non nel senso di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e alla fame che fanno in Italia, ma per bonificare i loro corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose”.

“...Lodiamo soprattutto l'attenzione per la difesa delle frontiere dagli immigrati infetti. Ciò vuol dire che sarà necessario controllare i pazienti provenienti da zone a rischio: gli uomini di affari gay provenienti da San Francisco, i tossicodipendenti che vengono da Berlino, i cugini francesi in buona classifica per l'aids. E se questa logica si estende, con buona pace della Lega Lombarda e visto che a Napoli c'è stata una bella epidemia di colera e l'epatite è di casa, anche solerti squadre di funzionari ministeriali, che predispongano chioschetti per screening epidemiologici all'altezza del casello di Caianello dove effettuare seduta stante radicali operazioni di controllo ed igiene pubblica”.

La sindrome di Salgari è quindi l'inconsapevole convincimento che gli immigrati siano portatori di malattie inconsuete, in particolare tropicali, infettive e trasmissibili; un'**alterità clinica** su cui “cimentarsi” sul **piano individuale** e da cui “difendersi” sul **piano collettivo**.

Soprattutto oggi, ciò produce spesso una **consapevole strumentalizzazione politica**.

Perché Emilio Salgari

“Fra queste mura Emilio Salgari visse in onorata povertà, popolando il mondo di personaggi nati dalla sua inesauribile fantasia, fedeli ad un cavalleresco ideale di lealtà e di coraggio” è scritto in una targa posta nel 1959 sulla parete della sua ultima casa a Torino in Corso

Casale 205, “perché gli italiani non dimentichino la sua genialità avventurosa e il suo doloroso calvario”.

Abbiamo conosciuto Salgari e i suoi personaggi dai libri diffusi in tutto il mondo, dall’indimenticabile serie “Sandokan” trasmessa dalla televisione di Stato a metà degli anni ’70 che raccolse 27 milioni di telespettatori affascinati dall’esotico e dai primi colori televisivi, e, per i più giovani, dai cartoni animati visti in tv a cavallo del secolo scorso.

Emilio Salgari che così abilmente ci ha introdotto e catturato in un mondo diverso dal nostro, che ha fatto sognare intere generazioni in epoca preglobalizzata senza le immagini, le conoscenze ed il turismo di oggi, non ha mai visto quei luoghi così dettagliatamente descritti: l’unico viaggio che ha veramente fatto è stato per tre mesi su e giù lungo l’Adriatico a bordo dell’Italia Una. Salgari nasce a Verona nel 1862, intraprende gli studi nautici che non concluderà, ma questo non gli impedisce di fregiarsi per tutta la vita del titolo di “capitano”. Già a vent’anni il suo primo saggio intriso di esotico e da allora una serie enorme di avventure scritte e di successi (spesso postumi). Meno fortuna sul piano della vita familiare; nel 1892 sposa Ida Peruzzi, attrice di teatro, da cui avrà 4 figli, ma è affetta da una malattia mentale e per questo si trasferisce con la famiglia a Torino (per poter più facilmente accedere a Collegno, sede di un grande ospedale psichiatrico). Salgari stesso dovrà affrontare continui problemi di salute e presto anche notevoli ristrettezze economiche tanto che, nella lapide e in tutte le biografie, viene enfatizzata “l’onorata

povertà”, spesso intrisa di disperazione, in cui vivrà. Nel 1910 lo stato di malattia della moglie si aggrava e Salgari tenta una prima volta il suicidio. Successivamente, al ricovero definitivo della moglie in manicomio, egli si toglie la vita come aveva fatto suo padre nel 1889 e come faranno pure i suoi figli Romero nel 1931 e Omar nel 1963.

Tutto ciò non ha però minato la grande popolarità degli eroi salgariani spesso amplificata dalla diffusione di oltre un centinaio di opere false, attribuite allo scrittore da editori senza scrupoli e messe in giro, addirittura, dai figli stessi.

E così che personaggi come Sandokan, Yanez, la Perla di Labuan, i Tigrotti di Mompracem o il Corsaro Nero hanno vissuto di “vita propria”, sono stati conosciuti in tutto il mondo, senza limiti geografici o di tempo, anche da chi non ha mai letto una sola pagina della voluminosa bibliografia (oltre 80 romanzi e 150 tra racconti e novelle) dell'autore veronese.

Ma cosa c'entra Salgari con i problemi di salute degli immigrati? Qual è il punto d'incontro tra uno scrittore fervido di fantasia di oltre un secolo fa e il fenomeno di trasformazione sociale che stiamo attualmente vivendo? (3)

Abbiamo voluto, benevolmente, coniare un'espressione che ci ricordasse chi della fantasia ha fatto un proprio manifesto e dell'immaginato una realtà consolante. In primo luogo a muoverci è

stato l'affetto per chi ci ha fatto viaggiare in epoca pre low cost, per chi ci ha fatto sognare di posti esotici e affascinanti ma anche per chi ci ha fatto vivere dinamiche sociali semplici e lineari, con una etica "d'avventura" che alla fine avrebbe comunque premiato i giusti e gli onesti.

In secondo luogo è da tener presente che le nostre osservazioni nascono dall'ambiente del volontariato dell'inizio anni '80, un volontariato generoso, per alcuni versi ingenuo e profetico. Come Salgari i medici volontari di quel tempo sono immersi in una realtà, quella dell'immigrazione, mai visitata prima e condizionata da luoghi comuni non verificabili. Con il passare del tempo, con l'interessamento sempre maggiore dell'opinione pubblica e della politica, ci accorgiamo come il pregiudizio si consolida fino ad arrivare a sostituirsi alla realtà, determinando azioni politiche e comportamenti individuali improntati alla fantasia più che a dati empirici. Ed ancora, e siamo all'oggi, anche di fronte a dati scientifici che smentiscono la rappresentazione "dell'immigrato untore", c'è la scelta "manipolatoria" di alcune forze politiche e organi di informazione che, con l'amplificazione spesso superficiale dei social, continuamente ripropongono, riaffermano e contestualizzano tale immagine: pensiamo all'accostamento profughi – povertà – malattia. Tutto ciò fa perdere le tracce dell'artificialità del messaggio proposto, non solo nell'ambiente più popolare ma anche in quello, nel nostro caso, sanitario, e fa incorporare tale rappresentazione nell'imprintig professionale.

Il pregiudizio

Storicamente non possiamo nascondere come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie. Ricorda il prof. Giovanni Berlinguer (4) come drammaticamente questa evenienza accadde ad esempio con la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo. I bianchi “esportarono” là il vaiolo, il morbillo e l'influenza: e fu subito strage per quelle popolazioni che, non conoscendo quegli agenti infettivi, erano prive di difese immunitarie specifiche. Dall'America i conquistatori “importarono” come fossero essi stessi enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale.

Un'altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si ebbe a partire dal 1600, quando gli schiavi neri deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Anche in questo caso ci fu una evoluzione drammatica seppur più lenta per una ragione biologica: la malattia non si trasmette attraverso il respiro o la pelle o i rapporti sessuali, ma a mezzo di un insetto vettore, la zanzara *Aedes aegypti*. Con le navi degli schiavisti che attraversarono l'Oceano arrivarono oltre ai malati anche le zanzare che però hanno impiegato del tempo per adattarsi al nuovo mondo e riprodursi in numero sufficiente da poter raggiungere la densità adeguata per determinare la comparsa della malattia.

Un ultimo esempio cita il prof. Berlinguer: quello dell'aids. Questa malattia dai primi focolai identificati nelle grandi città degli Stati Uniti si è diffusa in tutto il mondo, ed anche in questo caso il suo 'successo' è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale ed all'associazione fra il virus e l'eroina, con le siringhe che fungono da moderno vettore. La diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi e comportamenti preventivi. Ma questa è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte "difensive" che hanno suscitato in un non troppo lontano passato un acceso dibattito: esse erano basate spesso sull'identificazione e la schedatura e il divieto di ingresso ai soggetti positivi; paradossalmente proprio gli Stati Uniti si contraddistinsero in questa politica pensando di imporre a quanti volessero varcare la loro frontiera esami del sangue per impedire un 'contagio di ritorno'. Oggi la malattia in occidente è in fase calante, manifestandosi in tutta la sua drammaticità nei paesi più poveri, da dove chi è malato, a differenza degli uomini d'affari americani di un paio di decenni fa, non ha la forza per viaggiare e/o migrare.

Cronaca recente è il caso dell'Ebola, avvenuto in piena "emergenza sbarchi", che ha allarmato, ingiustificatamente, chi era impegnato nell'accoglienza e non solo.

Quanto detto può giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona?

Certamente no, in primo luogo perchè, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche ed in secondo luogo per la considerazione che l'immigrato giunto in Italia negli ultimi 30 anni, è in genere in buone condizioni di salute, per un'auto-selezione in partenza che porta ad emigrare chi ha maggior chance di riuscita nel progetto migratorio e quindi anche chi è più sano e integro nel fisico (effetto migrante sano)⁶ (5). Anche l'arrivo negli ultimi anni di diverse centinaia di migliaia di persone in fuga, considerando il loro profilo socio-demografico, le cause e il percorso migratorio non costituiscono un "pericolo sanitario", ma piuttosto una popolazione da proteggere e tutelare per gli effetti stessi della loro fuga sul piano fisico (deprivazioni, traumi, percorsi insicuri, ...) e sul piano psichico (effetti di violenza intenzionale, di episodi traumatici, e di tortura) (6, 7, 8, 9 e 10). Un'ultima considerazione sta nel fatto che i viaggi internazionali e intercontinentali sono ormai 'routinari' e solo marginalmente per motivi di migrazione, piuttosto per turismo o affari, abbattendo di fatto barriere di spazio e di tempo che una volta potevano segregare o contenere agenti microbici più o meno infettanti.

⁶ Questo patrimonio di salute può deteriorarsi nel tempo a causa di condizioni di vita e di lavoro spesso particolarmente faticosi e logoranti (effetto migrante esausto).

A buona ragione dobbiamo inquadrare la sindrome di Salgari nella dimensione del pregiudizio

L'incontro con persone di altre culture è un ambito straordinario per costruire pregiudizi. Il fascino e il timore dell'esotico, tra cui ci bilanciamo nell'incontro con persone che vengono da altri mondi, sono per noi fonti di idee preconette che possono interferire, e anzi generalmente interferiscono, nella nostra relazione con gli immigrati. Per citare alcuni dei luoghi comuni in negativo – perché esistono anche luoghi comuni in positivo – che sono stati raccolti in ricerche di questi ultimi anni in Italia, l'immigrato è visto come povero, incolto, estremamente bisognoso, depresso (o con qualche altro disturbo psichico), spinto dalla fame a cambiare paese, approfittatore, tendenzialmente criminale, incompatibile con la democrazia e/o terrorista (se musulmano) ed appunto portatore di malattie infettive e tropicali (11).

Lo studio del pregiudizio in chiave di rappresentazione culturale dell'altro implica quindi un'attenta considerazione anche delle anticipazioni condivise da chi è impegnato nel campo della tutela della salute degli immigrati. Proprio la necessità di capire il peso dell'implicito culturale all'interno del rapporto/rituale terapeutico ci ha condotto già da vario tempo ad analizzare con prospettiva antropologica tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori socio-sanitari che, prima nel privato sociale e più ordinariamente nel settore pubblico entrano in relazione con l'immigrato (12). Abbiamo provato ad individuare quegli orizzonti di

significati che producono diverse immagini dell'altro proponendo uno schema interpretativo a partire dall'analisi degli atteggiamenti e comportamenti che medici ed altri operatori sanitari volontari mettevano in atto in uno dei primi ambulatori per immigrati sorti in Italia a metà degli anni '80, quello della Caritas di Roma. È stata delineata una dialettica dei rapporti che può essere semplificata in tre grandi fasi (13).

La prima fase, quella che è stata definita dell'**esotismo**, vede il più intenso ed articolato processo di produzione di "immagini dell'altro". Lo straniero è in primo luogo un agente contaminante. La ricerca di un malato, che sia tale in virtù di un suo contatto con il pericolo esotico, implica anche una maggior protezione dal potenziale contagio: il medico si lava più spesso le mani, adotta maggiori precauzioni - ad es. i guanti - nel contatto con il corpo del paziente o richiede più analisi ed indagini diagnostiche. Anche l'operatore sanitario è però oggetto di specifiche attese culturali da parte del paziente immigrato, una sorta di "esotismo capovolto", conseguenti al mito dell'alta tecnologia e dell'efficienza sanitaria, con diagnosi e cure rapide ed efficaci, a partire da una capacità occidentale d'intervento, fortemente risolutrice. Per cui ci si trova nella strana situazione del medico che tendenzialmente è portato a credere il migrante come il "buon selvaggio" rousseauiano e del paziente immigrante che abituato ai telefilm di Dallas o General Hospital, o più recentemente del Dr. House o Grey's Anatomy, trasmessi a

Kinshasa come a Dar el Salam, si aspetta di essere trattato come in un ospedale per Wasp bostoniani (14).

A questa fase d'esotismo segue il periodo dello **scetticismo**. Spesso la domanda insistente di cura viene interpretata come ipocondria nell'assenza di un modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso da entrambi: il paziente viene visto come un “lavativo”, un “malato immaginario”, un “perditempo”. Non scoprire malattie esotiche, non poter fare brillanti diagnosi mette in causa le categorie anticipatrici dell'operatore sanitario e sospende il rapporto medico-paziente in una specie di vuoto di senso, in cui il medico inizia a mettere in dubbio l'utilità del proprio servizio. È questa la fase in cui si registra il più alto numero di abbandoni da parte dei volontari o il maggiore disinteresse e “disattenzione” negli operatori sanitari pubblici, ma è anche quella in cui lo spazio mediano di tipo ermeneutico comincia a prendere corpo, mettendo in questione le categorie conoscitive, che avevano dato forma e linguaggio al primo contatto (15).

Ma, come specifica lo psichiatra Marco Mazzetti (16 e 17), anche questa fase ha un “percorso parallelo” nel paziente immigrato: di fronte all'aspettativa di una sanità occidentale ipertecnologica, pronta ed efficiente, riceve, anche per percorsi assistenziali inappropriati (pensiamo all'uso/abuso del pronto soccorso), risposte lente, apparentemente inconsistenti, a volte sgarbate, rinvii. Cose usuali forse per noi che ben conosciamo la realtà di alcuni ospedali, ma che assumono per chi ha altre aspettative non convalidate dalla

realtà, il senso di sgarbi premeditati, ingiustizie volute, incapacità professionale.

C'è quindi, ancora una volta una simmetria tra aspettative e conseguenti atteggiamenti tra noi ed i nostri pazienti. Riconoscere ciò in qualche modo sposta l'attenzione sulla relazione tra due interlocutori di pari dignità, sul "qui ed adesso" del dialogo al di là delle differenze culturali. Si avvia così la terza fase, detta del **criticismo**, nel doppio senso di crisi e di criterio: crisi dei codici consueti di comunicazione e d'anticipazione, in cui ci si accorge di non aver capito nulla della persona-paziente - in cui non è il virus o il micete ad essere inconsueto, ma la percezione del corpo, della salute e della malattia - ma anche individuazione, lenta, faticosa, sempre relativa, dei propri criteri di giudizio. La fase del criticismo è anche quella in cui, dopo la delusione, si oltrepassano le immagini che abbiamo esaminato - del povero, dello sfruttato, dell'"untore" - per incontrare il soggetto, interprete assoluto di una cultura, di una storia, di una realtà psicofisica, di una vicenda esistenziale. E questo anche per il paziente che acquista una più reale consapevolezza su ciò che è possibile chiedere e su ciò che il medico e l'infermiere possono concretamente rispondere.

La sindrome di Salgari sul piano individuale

Consci di questa dialettica sul piano umano e professionale, da anni abbiamo identificato nella informazione corretta, nella

sensibilizzazione sui temi dell'immigrazione e nella formazione specifica alcuni elementi irrinunciabili per il superamento del pregiudizio, per la fattiva costruzione di una società accogliente e per porre solide basi di politiche per l'integrazione. Sono stati individuati e sperimentati percorsi diversi con diverse strategie formative ma che hanno un punto comune nel dare consapevolezza dei propri pregiudizi come elemento necessario per il superamento degli stessi⁷.

Proprio dalla formazione abbiamo potuto verificare la pervasività di informazioni sbagliate o “manipolate”. Ad esempio citiamo i risultati dell'analisi delle risposte di un ampio campione di operatori (quasi 1.500) iscritti a 39 corsi di formazione base sulla salute dei migranti, e sottoposti a un pre-test scritto per indagare la consistenza numerica degli immigrati regolari ed irregolari, le problematiche sociali, la conoscenza normativa, le malattie più frequenti (18).

Il nostro campione, nonostante fosse costituito da persone interessate e coinvolte nel settore dell'immigrazione che avevano scelto di formarsi in modo specifico, risponde in modo esatto alla domanda sulla consistenza numerica degli immigrati regolari solo nel 50,6% dei casi e scende al 45,7% per gli irregolari. Il 35,7% sovrastima il

⁷ A questo proposito vedi l'interessante Tesi di Laurea di Aurora Lo Bue presso l'Università degli studi di Torino, Facoltà di Lettere e Filosofia - Corso di Laurea Specialistica in Antropologia Culturale ed Etnologia dal titolo “*Fare la differenza. Forme del pregiudizio in ambito sanitario*”. <http://www.nonsoloasilo.org/nsa/wp-content/uploads/2013/04/TESI-Aurora-Lo-Bue.pdf>

fenomeno e ciò diventa più evidente se ci si riferisce all'immigrazione irregolare con oltre 10 punti percentuale in più (il 46,8%). A fronte di una sovrastima complessiva del fenomeno, gli operatori hanno la chiara percezione che gli immigrati siano una popolazione sfruttata (segnalato dal 64% dei partecipanti tra i primi 3 problemi in ordine d'importanza), che manchino politiche d'integrazione adeguate (59%) e che siano in genere non tutelati (58%). Considerando solamente la prima risposta, le tre già segnalate sono ai primi posti ma complessivamente quasi un quarto degli operatori segnala come problema principale quello relativo alla delinquenza o alla prostituzione o alla droga.

Le aspettative relative al problema sanitario sono state testate chiedendo agli interlocutori di segnalare quale sia la malattia più diffusa tra gli immigrati in Italia, sottolineando proprio quella più frequente e non quella più grave: quasi il 60% degli operatori ritiene come malattia più frequente degli immigrati una attribuibile al gruppo delle malattie infettive, il 14% a problemi psichiatrici e solo il 26% a patologie comuni o da degrado in una popolazione sostanzialmente sana, la risposta esatta. Facendo un'analisi più attenta, salta agli occhi come la prima malattia rappresentata è la tubercolosi sia nella risposta più frequente con il 42,6% (3 volte più rappresentata delle due che seguono: bronchiti al 14,2% e depressione al 13,1%) sia nella somma delle prime tre risposte dove però l'aids e le malattie sessualmente trasmesse si affiancano alla bronchite ed alla

depressione. Come dire che se una malattia infettiva non è al primo posto, certamente lo è tra le prime tre.

Forse sorprende il ruolo attribuito alla depressione, malattia certamente grave e che potrebbe aprire tutto un altro campo interpretativo relativo al rapporto che si è sempre stabilito tra alterità e follia che non possiamo qui approfondire.

Nonostante questa disinformazione sui reali bisogni sanitari e con l'enfasi sulle malattie infettive, la difficoltà indicata dagli operatori nel trattare con un immigrato malato non ha quasi mai riguardato il rischio di trasmissione dell'infezione, d'altro canto ci troviamo di fronte a professionisti della salute, ma alla incapacità della comprensione linguistica e culturale; una implicita richiesta ad affrontare il tema della comunicazione, della relazione e della mediazione in ambito formativo ma anche organizzativo e gestionale.

La teorizzazione delle osservazioni di campo trova conferma in questo studio empirico di oltre 10 anni fa, e ciò ci ha permesso di improntare percorsi formativi alla luce della consapevolezza di agire esplicitamente sui pregiudizi con un approccio trasversale e con collaborazioni interdisciplinari.⁸

⁸ Vedi il documento "Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate" prodotto nell'ambito del progetto finanziato e promosso dal Ministero della Salute con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, dal titolo "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del

“Leggere della sindrome di Salgari è stata una specie di rivelazione, il primo passo per affrontare la questione salute e immigrazione da un diverso punto di vista. Ho scoperto che le patologie esotiche non esistono, o quasi, tra gli immigrati che arrivano nel nostro Paese: sono una popolazione sostanzialmente sana. Perché dovrebbero essere affette da gravi malattie persone giovani, tra i 15 ed i 45 anni, che hanno il coraggio e la forza di affrontare il viaggio lungo e difficile? Più lungo è il viaggio, e più forte, fisicamente e psicologicamente, dovrà esserlo chi lo affronta. E allora niente Salgari: chi è malato non parte, e se parte si ferma, per sempre, nel deserto o nel cassone di un tir.

Chi riesce ad arrivare ha da offrire all’occidente le sue braccia, la capacità di lavorare, in nero naturalmente. Come è facile intuire, le malattie non saranno determinate dall’essere originario di un Paese lontano, non avranno nulla di esotico. Sono le patologie del degrado sociale, abitativo e lavorativo che gli immigrati sperimentano in Italia. Una malattia, reale o presunta, compromette il patrimonio di salute che l’immigrato ha da spendere nel mondo del lavoro e rischia di vanificare un progetto.

Allora si arriva al Naga anche per un raffreddore, il callo, l’unghia incarnita, quanto di meno esotico ed interessante possa esistere per

diritto alla salute di queste popolazioni” (0013205-P-16/04/2008).
https://www.simmweb.it/attachments/category/42/Documento_Indicazioni_metodologiche_relative_alla_Formazione_degli_operatori_sociosanitari_vers_del_15_03_2011.pdf

un medico. Ma io sono guarito, ho sconfitto la sindrome, e mi sforzo di ascoltarlo ripetendomi che sono, siamo, l'unica possibilità di cura per quella persona.

Se per curare gli immigrati servono caratteristiche particolari credo esse siano nell'atteggiamento mentale disposto a riconoscere e superare i pregiudizi di cui tutti siamo vittime inconsapevoli".⁹

La sindrome di Salgari sul piano collettivo e politico

Questo percorso in tre fasi (esotismo, scetticismo, criticismo) è riconducibile con qualche accentuazione o attenuazione, anche su un piano collettivo e nelle scelte di politica sanitaria relativa all'immigrazione ad esempio con la proposta di visite mediche all'arrivo, test obbligatori e screening indiscriminati per tutti gli stranieri (fase dell'esotismo). Un atteggiamento diverso ma egualmente inefficace è di contro l'estensione *tout court* della sanità pubblica agli immigrati senza tener conto di alcune situazioni che ne rendono spesso impossibile l'accessibilità e la fruibilità ai percorsi di salute come la debolezza complessiva di politiche d'integrazione, gli iter amministrativi complessi, la discrezionalità nell'applicazione delle norme, oltre che, a volte, la non leggibilità culturale (fase dello scetticismo).

⁹ Testo tratto da Nagazzetta, Sindromi. La testimonianza di un medico volontario del Naga, n. 15, marzo 2010

Quando, oltre 30 anni fa, in Italia si cominciò a parlare di medicina delle migrazioni, politicamente si affrontava il tema della salute di questa popolazione evocando il rischio di importazione di malattie infettive anche ignorando i pochissimi dati di letteratura a disposizione e avendo una scarsissima esperienza diretta. In quegli anni (inizio anni '90) l'allora ministro della sanità, on. Francesco De Lorenzo, istituì per la prima volta una commissione ministeriale con il compito di affrontare il tema della salute degli immigrati e non è casuale che a parteciparvi fossero quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi (ed anche un veterinario!). In quella impostazione, certamente non dettata da speculazione politica, allora non c'era il dibattito acceso di oggi, intravediamo chiaramente l'azione della sindrome di Salgari come da noi definita.

Ma quelli erano anche gli anni dell'impegno, spesso nascosto, di centinaia di medici, infermieri, farmacisti, operatori sanitari in genere, che nel volontariato (19) ed in sparute strutture pubbliche particolarmente sensibili, cercavano di garantire il diritto alla salute sancito dalla nostra carta costituzionale e, in quel periodo, per legge negato e nascosto agli immigrati regolari o illegalmente presenti. (20)

Fu un periodo di scoperte, in particolare quella di trovarci davanti persone in buone condizioni di salute, provate nel fisico non dalla provenienza da una particolare area geografica o dal contatto con improbabili malattie esotiche ma dalle deboli, se non inesistenti politiche di accoglienza ed integrazione. L'effetto migrante sano si contrappose alla Sindrome di Salgari. Da una parte il processo di

selezione in partenza dell'immigrato per cui non parte chi sta male ma colui che ha più possibilità di riuscita in un progetto migratorio che spesso vede nell'integrità fisica la condizione per inserirsi in un mercato di lavori rifiutati dagli italiani perché rischiosi o particolarmente faticosi; dall'altra le aspettative fantasiose di trovare persone affette da morbi tropicali senza alcuna esperienza e evidenza scientifica di tale evenienza. Dopo circa 20 anni di dibattiti e ricerche, a fine gennaio 2006, il ministro della salute di turno, on. Francesco Storace, rilancia la necessità di visite mediche per gli immigrati all'ingresso in Italia, dichiarando che ciò serve *“per verificare la loro condizione di salute ... non per cacciare chi sta male ma per curarlo”* (Il Messaggero 31 gennaio 2006). E inoltre, precisa l'on. Roberto Calderoli, ministro per le riforme del Governo Berlusconi, *“con la visita si evita che possano fare (nдр: gli immigrati) da veicolo per malattie infettive che da anni erano solo un ricordo dalle nostre parti e che, invece sono tornate in auge”* (La Stampa del 31 gennaio 2006). Sempre nel 2006, un altro ministro di un governo di diverso schieramento politico nel frattempo sopraggiunto, dichiara: *“Non è possibile eliminare i Cpt (nдр: Centri di permanenza temporanea, poi Centri di identificazione e espulsione – Cie, e oggi Centri permanenti per i rimpatri – CPR) e lasciare per la strada chi sbarca anche perché c'è un'emergenza sanitaria con casi di lebbra, tbc e scabbia”* (Corriere della Sera del 28 settembre 2006) ed ancora: *“Non possiamo mica lasciare su una strada chi sbarca da un barcone. Li dobbiamo accogliere. E li dobbiamo anche visitare. Sono un pericolo sanitario. Serve una verifica.*

È gente povera che viene da paesi poveri, dove la sanità è modesta e dove ci sono malattie come la scabbia o la tubercolosi” (La Stampa del 28 settembre 2006).

Sindrome di Salgari o posizioni ideologiche?

Nelle ultime dichiarazioni dell'allora ministro dell'Interno Giuliano Amato si può leggere almeno un pò di confusione: i Cpt/Cie/Cpr non sono centri d'accoglienza ed anche definire un'emergenza sanitaria per le malattie citate che non hanno certamente avuto impatto significativo in termini di sanità pubblica. È probabile che il pregiudizio, che abbiamo visto essere *bipartisan*, abbia condizionato quelle affermazioni. Ma forse sono le ultime così connotate in quanto da allora si apre una stagione di vero e proprio scontro politico sul tema dell'immigrazione: il governo successivo predispone il cosiddetto “pacchetto sicurezza”, poi si incrementa il fenomeno degli sbarchi e progressivamente tra aperture (pensiamo all'operazione *Mare Nostrum*) e chiusure (pensiamo agli accordi con Turchia e Libia) si arriva ad oggi. La salute degli immigrati, sempre più identificati con coloro che sbarcano in Italia dimenticando i 5 milioni di residenti in maggioranza europei, è anch'essa frequentemente terreno di contrapposizione politica con i mass media schierati che ne amplificano e condizionano i contenuti:

“Dopo la tbc, il vaiolo. Allarme Italia” (Il Tempo, 1 luglio 2014);

“Grillo: Clandestini vanno rispediti a casa e per i migranti visita medica obbligatoria. Basta tabù, via i clandestini sui barconi. Rischio malattie” (La Repubblica, 21 ottobre 2014);

“Allarme Ebola e casi di scabbia. I rischi sono concreti” (La Padania, 25 ottobre 2014);

“Vagava nei giardini. Clandestino fermato. Aveva la scabbia” (Il Gazzettino 12 dicembre 2014);

“Allarme tubercolosi: un immigrato su due è infetto” (La Nazione, 6 giugno 2015);

“Nigeriano morde poliziotto. Vietato sapere se è ammalato” (il Tempo 26 ottobre 2016);

“Meningite. Scoppia il caso immigrati” (Il Tempo, 31 dicembre 2016);

“Migranti, la denuncia al governo: c'è il rischio Aids tra i nigeriani” (Il Tempo, 17 luglio 2017);

“Dopo la miseria, portano le malattie: immigrati affetti da morbi letali diffondono infezioni. Basta una zanzara che punge un malato e poi uno sano e quest'ultimo muore” (Liberò, 6 settembre 2017).

Sono anche pubblicate notizie veritiere e rassicuranti ma non basta se si notano i commenti e le risposte ai vari articoli nelle testate on line¹⁰.

¹⁰ Impegnati in un continuo monitoraggio della stampa citiamo in particolare l'Associazione Carta di Roma (www.cartadiroma.org) fondata nel dicembre

E questo è un paradosso in quanto oggi abbiamo tante informazioni, tanti studi, tante evidenze che ci dicono il reale impatto dell'immigrazione sulla salute collettiva¹¹; è il periodo in cui abbiamo anche più strumenti per una adeguata *governance* sanitaria (21), con risorse e competenze diffuse¹².

La scelta fatta dall'Italia ormai oltre 20 anni fa di garantire a tutti gli immigrati, anche coloro in condizione di irregolarità giuridica, accesso ai servizi sanitari in forma ordinaria e che ha visto nel tempo migliorare le condizioni di salute degli stranieri (22) e non verificarsi mai un allarme di tipo sanitario se non piccolissimi e non gravi focolai ben gestiti e delimitati (23 e 24), pare non abbia inciso sul pregiudizio che in alcuni casi è diventato sistema.

2011 per dare attuazione al protocollo deontologico per una informazione corretta sui temi dell'immigrazione e l'Associazione Lunaria che periodicamente pubblica un libro bianco sul razzismo in Italia (www.cronachediordinariorazzismo.org)

¹¹ Rapporto Osservasalute. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore. Prex SpA. Milano. Dal 2005 ogni anno contiene un capitolo dal titolo Salute della popolazione straniera. <http://www.osservatoriosullasalute.it/rapporto-osservasalute>

¹² Pensiamo ad esempio alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM – www.simmweb.it) o all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP – www.inmp.it)

Conclusione

Come operatori della salute è necessario promuovere la comunicazione di messaggi efficaci, rigorosamente provati, contrastando facili sensazionalismi spesso legati a esperienze limitate e parziali, consci che informazioni sbagliate o non sufficientemente chiare, vanno a rafforzare quei luoghi comuni che possono strutturare pregiudizi anche tra il personale sanitario che, come circolo vizioso, a sua volta confermano specifici pregiudizi nell'intera popolazione e nella classe politica.^[1] Ci sembra un presupposto indispensabile per abbattere o meglio contenere i pregiudizi in un ambito “fisiologico” evitando “i comportamenti ingiusti” che essi possono produrre (25).

Salgari ha vissuto un'esistenza faticosa e, per alcuni versi, drammatica, ma oggi i suoi personaggi popolano con serenità la fantasia di ognuno di noi. La sindrome che porta il suo nome vogliamo che sia monito per rendere meno faticosa la vita di una umanità in cammino che popola da protagonista la nostra quotidianità.

Bibliografia

AA.VV. “Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat”. Supplemento monografico. *Epidemiol Prev* 2017; 41(3-4). doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P057.066

- Affronti M, Geraci S. “Falsi allarmismi sanitari all’arrivo dei migranti”. In Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2015. Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fond. Migrantes, Sprar. Roma, 2015, 48:53
- Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. “Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?” *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 57-63. doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P057.066
- Berlinguer G. “La salute globale”. In *Bioetica quotidiana* di Berlinguer G. Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, 2000
- Colasanti R, Geraci S. “I livelli di incomprendione medico-paziente migrante”. In: Geraci S, eds. *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto: Perì Tecnés, 1995; 81:89
- Colasanti R, Geraci S. “Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale”. In *Affari Sociali Internazionali*, n. 3, Milano, 1990; 83:89
- Colasanti R. “Antropologia medica e medicina delle migrazioni”. In *Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni* a cura di S. Geraci. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 1992; 41:46
- Colasanti R. “Considerazioni sulla medicina dei migranti”. In *Immigrati e salute; paure, miti e verità*. Roma: Ed. Lavoro, 1991; 5:20
- Diasio, N, Geraci, S. “L’angelo triste: operatori socio-sanitari e percezione dello straniero”. In: M. Delle Donne, eds. *Relazioni etniche, stereotipi e pregiudizi. Fenomeno immigratorio ed esclusione sociale*. Roma: EdUP, 1998; 311:322

- Geraci S, Baglio G, De Benedictis A, Mazzetti M. “Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri”. *Studi Emigrazione* 2005; 157: 87-103
- Geraci S, Colasanti R. “Aspetti socio-sanitari dell'immigrazione e.c. in Italia (medicina e migrazioni)”. In *Quaderni di Azione Sociale*, anno XXXVIII, n. 91, 1993; 58:76
- Geraci S, Eugeni E, Baglio G. “Migrazione e salute: evidenze e policy per un'azione di sistema”. In *Immigrazione Dossier Statistico 2017. Centro Studi e Ricerche Idos*, 2017; 239:244
- Geraci S, Marceca M, Del Vecchio R. (a cura di) “Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale. Numero monografico di *Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità*”. Volume, 7, n° 3, Società Editrice Universo, Roma, 1995
- Geraci S, Marceca M. “Immigrati ed assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato”. *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Agenzia per i servizi sanitari regionali*, n. 18, Roma, 2006; 26:45
- Geraci S. “L'esperienza del Poliambulatorio Caritas A.S.F.R. nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati clandestini a Roma (1983-90)”. In *Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati. Atti dell'omonimo Congresso Internazionale. Presidenza Consiglio Ministri, Dipartimento Editoria, Roma, 1992; 135:158*
- Geraci S. “La sindrome di Salgari ... 20 anni dopo”. In *Janus. Medicina: cultura, culture. Numero 21, primavera 2006. Sanità meticcias, Zadigroma Editore; 21:29*

- Geraci S. “Ruolo della SIMM per l’assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy”. In *Sistema salute*. Volume 61, Numero 3. Luglio-settembre 2017. Cultura e Salute Editore Perugia. 2017; 15:28
- Marceca M, Geraci S, Baglio G. “Immigrants’ health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level”. *Italian Journal of Public Health* 2012; 9 (3); e7498-1-e7498-11
- Marceca M, Geraci S. “Immigrazione e salute. In *La salute in Italia. Rapporto 1997*” a cura di M. Geddes e G. Berlinguer, EDIESSE, Roma, 1997; 169:200
- Marceca M, Geraci S. “Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute”. In *Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni*. Edizioni ETS, Pisa, 2008; 286:294
- Marceca M. “Migration and Health from a Public Health Perspective”. In Muenstermann I ed. *People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits*. Rijeka: Intech, 2017:103-27. <http://dx.doi.org/10.5772/67013>
- Mazzetti M, Aragona M, Monti M.C. “Immigrazione e salute mentale nell’Italia del 2016”. In *Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2016*. Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fond. Migrantes, Sprar. Roma, 2016, 267:286
- Mazzetti M. “Il dialogo transculturale in medicina”. In: Geraci S, eds. *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Caritas Diocesana Roma, Anterem, 2000; 231:243

Mazzetti M. “Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d’aiuto”, Carocci, Roma, 2003

Riccardo F, Napoli C, Bella A, Rizzo C, Rota MC, Dente MG, De Santis S, Declich S. “Syndromic surveillance of epidemic-prone diseases in response to an influx of migrants from North Africa to Italy, May to October 2011”. *Euro Surveill.* 2011;16(46):pii=2016