Il lavoro che ferisce

Esperienze di riabilitazione degli immigrati in Lombardia

a cura di Rita Bichi e Raffaele Bracalenti

Quaderni ISMU
2/2012

Fondazione ISMU
Iniziative e Studi sulla multietnicità

Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali

INAIL
Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

La ricerca presentata in questo volume è stata finanziata dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (Inail), progetto *Esiti medico riabilitativi dei lavoratori stranieri infortunati: successi, insuccessi, progressi*.

L'editing del volume è stato curato da Fabio Compostella.

Coordinamento editoriale: *Elena Bosetti*

© Copyright Fondazione Ismu, Milano, 2012

Stampato presso Graphidea srl, Milano.

Indice

I percorsi di riabilitazione dei lavoratori stranieri infortunati,
di *Vincenzo Cesareo* pag. 5

1. Il quadro della situazione in Lombardia,
di *Attilio Balestrieri* » 13
1.1 Immigrati, quindi lavoratori » 14
1.2 Immigrazione e salute » 16
1.3 Il lavoratore immigrato dopo un infortunio » 21
1.4 Il sistema Inail e la prevenzione secondaria e terziaria » 25
1.5 Elementi di disfunzionalità del sistema » 29
1.6 Servizi di riabilitazione e differenza culturale » 36

2. Il percorso di ricerca,
di *Oana Marcu* » 41
2.1 Il disegno della ricerca » 41
2.2 L'analisi delle fonti secondarie » 43
2.3 Il questionario » 44
2.4 Le interviste semi-strutturate » 46
2.5 L'osservazione e i testimoni privilegiati » 48

3. L'indagine campionaria,
di *Daniela Carrillo, Cecilia Lindenberg* e *Alessio Menonna* » 53
3.1 Caratteristiche socio-anagrafiche » 54
3.2 La situazione lavorativa e l'Inail » 61
3.3 Il rapporto tra la persona straniera infortunata e l'Inail » 67
3.4 La terapia in Inail » 68
3.5 La terapia presso un'altra struttura » 69
3.6 Un'analisi sintetica comparata in termini di *customer satisfaction* » 70
3.7 Conseguenze dell'infortunio ed esiti del percorso medico-riabilitativo » 74

4. L'indagine qualitativa,
di *Moreno Benini* pag. 85
4.1 I soggetti intervistati » 85
4.2 La percezione dei percorsi di riabilitazione dell'utenza immigrata » 90
4.3 Apprezzamenti e critiche » 91
4.4 Per una caratterizzazione tipologica dell'immigrato infortunato » 97
4.5 Le fragilità dell'utente immigrato nella fase riabilitativa » 101
4.6 Il tema della mediazione linguistico-culturale » 105
4.7 Note conclusive » 107
5. Nodi problematici e indicazioni prospettiche,
di *Rita Bichi* e *Raffaele Bracalenti* » 113

Riferimenti bibliografici » 125

Allegati » 129
Allegato 1. Questionario. Esiti medico-riabilitativi dei cittadini stranieri infortunati: successi, insuccessi, progressi » 131
Allegato 2. Traccia intervista semi-strutturata per lavoratori extracomunitari infortunati impegnati in un percorso di riabilitazione » 149
Allegato 3. Le testimonianze dei lavoratori immigrati » 153

I percorsi di riabilitazione dei lavoratori stranieri infortunati

di *Vincenzo Cesareo*

Certamente l'immigrazione continua a essere storia di sofferenza ma essa è anche, e sempre più, storia di percorsi migratori stanziali, di inserimento, di integrazione, di affermazione individuale. L'intera penisola è oggi interessata da questa fase dell'immigrazione: pur se il Centro Nord del paese continua a esercitare una maggiore funzione attrattiva, anche nel resto del territorio nazionale sono da tempo presenti segnali e indicatori di crescita di una presenza straniera stabile. Nonostante questa evoluzione degli assetti migratori, l'immigrazione resta comunque una realtà complessa, non sempre visibile nelle sue articolazioni interne, della quale manca in molti casi una conoscenza precisa e sistematica, ragione per la quale essa pone agli amministratori sfide assai complesse.

L'aumento della presenza straniera in Italia e la sua ormai consolidata stabilizzazione implicano dunque il raggiungimento di una fase matura del fenomeno migratorio. Di conseguenza, tale fenomeno richiede un'analisi multidimensionale, che inquadri non solo il punto di vista sociale e politico, ma anche, in forma più approfondita, le questioni relative alla vita vissuta, ai percorsi di integrazione che quotidianamente gli stranieri affrontano. Questo volume, che presenta la ricerca realizzata dalla Fondazione Ismu e dall'Istituto Psicoanalitco per le Ricerche Sociali (Iprs) su incarico dell'Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro (Inail), tratta un aspetto quanto mai delicato e inesplorato: le conseguenze che gli infortuni subiti *on-the-job* possono avere sul cammino verso l'integrazione intrapreso dalle persone migranti. Infatti, sebbene un discreto numero di ricerche abbia avuto come tema gli infortuni sul lavoro, la letteratura specifica sugli immigrati, e soprattutto sulle conseguenze che gli incidenti hanno sulle loro vite, è alquanto scarsa, tanto che lo studio, i cui risultati vengono presentati in questo libro, rappresenta il primo lavoro su questo tema in Italia.

l'Inail ha preso atto di doversi confrontare con una sempre più diffusa presenza di lavoratori immigrati e con la crescita degli infortuni tra tali lavoratori, anche alla luce del rilevante fenomeno del lavoro sommerso che si accompagna a un elevato numero di soggetti in condizione irregolare per le quali la

tutela e la prevenzione della salute lavorativa diventano obiettivi difficili da raggiungere. Molto spesso infatti i migranti svolgono impieghi in ambiti lavorativi in cui si trovano più esposti rispetto ad altri al rischio di incorrere in incidenti. Si pensi per esempio alla loro sovra-rappresentazione in comparti come l'edilizia, l'industria, l'agricoltura

L'importanza di tal confronto nasce anche dalla funzione riabilitativa svolta dall'Istituto, fondata sul concetto di "presa in carico" del lavoratore assicurato dopo l'evento lesivo, che impegna gli operatori a prendere in considerazione la persona disabile nella sua specificità e complessità (ambiente, vita lavorativa, vita di relazione) al fine di individuare una gamma di servizi diversificati e personalizzati[1].

La ricerca si è proposta, in questo quadro, di conseguire obiettivi conoscitivi e operativi, cioè di studiare l'efficacia del sistema riabilitativo nei confronti dell'utenza straniera, anche analizzando le dimensioni che paiono influenzare in modo più significativo tale efficacia (obiettivo conoscitivo) e di individuare le modalità organizzative dell'erogazione dei servizi che meglio consentono di realizzare la prestazione riabilitativa sino al completo reinserimento, quando possibile, nel mondo del lavoro (obiettivo operativo). Per realizzare tali obiettivi, la ricerca ha preso le mosse da un'analisi *desk* della letteratura esistente e del sistema riabilitativo vigente, per passare poi alla ricerca sul campo, realizzata con una metodologia di lavoro che ha combinato strumenti di tipo quantitativo e qualitativo. Sono state realizzate due indagini *field*: un'indagine campionaria (*survey*) tramite questionario a ventaglio di risposte, su un campione di circa 600 lavoratori stranieri entrati in contatto col sistema della riabilitazione; un'indagine qualitativa, tramite interviste semi-strutturate, somministrate ad un campione più ristretto degli stessi lavoratori, per un totale di circa 60 interviste. Sono state altresì realizzate tre attività aggiuntive: cicli di osservazioni presso due sedi Inail, quattro focus group con rappresentanti dell'Inail e della Regione Lombardia e con esperti del settore, interviste e colloqui informali con i responsabili della riabilitazione di alcune strutture e con operatori del sistema. Rimandiamo al capitolo 2 di questo volume per una descrizione dettagliata del percorso di ricerca.

Volendo fornire qui alcune note di contesto, va evidenziato che il quadro migratorio italiano ha decisamente cambiato volto a partire dall'inizio del Ventunesimo secolo, quando si è assistito a un sostenuto aumento dei flussi: nel 2001 in Italia erano presenti 2 milioni di stranieri, nel 2005 il numero complessivo è arrivato a 3 milioni, e sempre più velocemente, a 4 milioni nel 2007, nel 2009 sono state superate le 5 milioni di unità.

[1] Desideriamo ringraziare tutto il personale Inail della Regione Lombardia, medico, paramedico, amministrativo, che ha fornito a questa ricerca – con grande spirito collaborativo –grande disponibilità e alta competenza, in un contesto di rilevazione molto difficile e complesso. Senza il loro fattivo aiuto la ricerca non avrebbe potuto aver luogo. In particolare, ringraziamo il direttore Inail della Lombardia, dott. Aniello Spina che ha agevolato l'intero iter di ricerca.

Si stima che al 1° gennaio 2011, anno della realizzazione della ricerca, la presenza straniera in Italia fosse di 5,4 milioni di individui, provenienti per la quasi totalità (95%) dai cosiddetti paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).

La crescita di immigrati sul territorio nazionale ha portato a un aumento di famiglie con almeno un membro straniero (500mila) o formate da soli stranieri (1,600mila). È aumentato anche il numero di famiglie con abitazione di proprietà (oltre il 15% soli stranieri; 50% famiglie miste), e l'occupazione straniera sembra ancora relativamente meno colpita dalla crisi economica che ha investito il nostro paese.

Le provenienze quantitativamente più rappresentate in Italia sono la rumena (969mila unità, in fortissima crescita dopo l'apertura delle frontiere ad Est dell'area libera di circolazione comunitaria europea), albanese (483mila unità) e marocchina (452mila unità). Seguono in ordine decrescente cinesi (210mila), ucraini (201mila), e ancora filippini (134mila), moldavi (131mila), indiani (121mila), polacchi (109mila) e tunisini (106mila) (Fondazione Ismu, 2012).

Entrando nello specifico della regione Lombardia, ambito territoriale in cui è stata condotta la ricerca tema di questo volume, al 1° gennaio 2011 è stata registrata una presenza di un milione e 64mila stranieri, costituendo quindi circa un quarto (23,3%) del totale nazionale. Le persone provengono, anche in questo caso, per la quasi totalità dai Pfpm, in particolare si collocano al primo posto i rumeni con 138mila unità, al secondo posto troviamo i marocchini (109mila) e al terzo gli albanesi (100mila unità) (Blangiardo, 2012). I dati del 2011 confermano la variazione percentuale annua dell'8,3% rispetto al 2010. In Lombardia è dunque possibile contare 13 stranieri ogni 100 abitanti, valore superiore di ben 2,7 volte rispetto alla prima stima dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, nel 2001.

La situazione nazionale, e in particolare quella regionale, impone con crescente impegno di riflettere sulla questione dell'integrazione e sul suo significato, nonché sulle modalità da adottare perché essa possa essere pienamente perseguita, anche in ambito socio-sanitario.

A questo proposito, è quindi opportuno far presente che il concetto di integrazione è stato variamente interpretato in letteratura (cfr. cap. 6) ma, ai fini di questo studio, la definizione che adottiamo è la seguente. Per integrazione intendiamo "quel processo multidimensionale finalizzato alla pacifica convivenza, entro una determinata realtà storico sociale, tra individui e gruppi culturamente e/o etnicamente differenti, fondato sul reciproco rispetto delle diversità etno-culturali, a condizione che queste non ledano i diritti umani fondamentali e non mettano a rischio le istituzioni democratiche. (…) Essa di declina a livello economico, culturale, sociale e politico. Proprio per questa sua natura multidimensionale, se si limita a un solo ambito, essa sarà necessariamente parziale. Ciascuna di queste dimensioni dà vita a gradi diversi di integrazione. (…) Le diverse dimensioni possono posizionarsi nel tempo in modo diacronico. In terzo luogo infine l'integrazione è bidirezionale in quanto essa

non riguarda solo gli immigrati, ma anche e congiuntamente i cittadini del paese ricevente" (Cesareo, Blangiardo, 2009).

I percorsi di integrazione sono pertanto il risultato di diverse componenti, che coinvolgono sia gli stranieri sia la società d'approdo: da una parte il reale desiderio di inserirsi nel tessuto sociale dei primi e dall'altra la capacità della seconda di rispondere alle esigenze degli immigrati. Tra i numerosi elementi attraverso cui si realizza l'integrazione degli stranieri troviamo: le politiche adottate, le opportunità lavorative e formative offerte dalla società ricevente, la distanza tra la cultura del paese di partenza e quella del paese di arrivo.

La prima ipotesi dalla quale questo lavoro parte è dunque che una delle dimensioni più importanti per il successo del percorso di integrazione degli stranieri sia il lavoro. Invero, quest'ultimo costituisce uno dei requisiti base del "Piano per l'integrazione"[2]: avere un lavoro significa, innanzitutto, essere economicamente autosufficienti e, dal punto di vista legale, poter accedere a un permesso di soggiorno regolare. Inoltre, il possesso di questi due requisiti permette l'articolazione del progetto migratorio perché dà la possibilità di avviare percorsi di riunificazione familiare, realizzare progetti matrimoniali, costruire o ri-costruire una propria identità familiare che, come è ormai risaputo, è alla base di percorsi di integrazione ben riusciti. Ancora, un posto di lavoro contribuisce in maniera inequivoca a definire la posizione del migrante all'interno della società, ma le modalità attraverso cui il lavoro si articola può dare alle persone anche la possibilità di avviare nuovi percorsi formativi in parallelo, per aumentare le chance di mobilità sociale.

Un impiego aiuta inoltre a creare dei contatti nella nuova società, che costringono a mettersi in gioco per superare gli ostacoli della comunicazione e, da un altro punto di vista, la vicinanza con persone autoctone, quando possibile, determina una diminuzione delle differenze culturali e soprattutto contribuisce al venir meno dei pregiudizi. Aspetto non meno importante è l'autostima che si acquisisce attraverso il lavoro nonché il senso di appartenenza e inclusione nella comunità. Il lavoro, infine, ha una valenza di grande interesse anche in quanto è il luogo dove si incontrano diverse dimensioni del welfare tra cui, aree di interesse della nostra ricerca, quella securitaria, sanitaria e sociale.

In generale, non tutti i lavoratori vengono correttamente informati sui possibili pericoli in cui possono incorrere, su come prevenirli o come ridurne gli eventuali effetti, ed è questo un gap importante per colmare il quale è necessario anche ricordare che il diffuso sistema dei subappalti rende talvolta inefficaci le pur presenti campagne di educazione che non riescono, anche per que-

[2] Il "Piano per l'integrazione" è il documento, promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e approvato il 10 giugno 2010 dal Consiglio dei Ministri, che riassume la strategia che il Governo intende perseguire al fine di promuovere un efficace percorso di integrazione delle persone immigrate, in grado di coniugare accoglienza e sicurezza. Il Piano si basa su cinque assi: educazione e apprendimento; lavoro; alloggio e governo del territorio; accesso ai servizi essenziali; minori e seconde generazioni.

sta ragione, a raggiungere tutti coloro ai quali sono destinate. Per quanto concerne le persone straniere, poi, oltre a una eventuale disinformazione di base, permane in molti casi un consistente ostacolo linguistico: se il lavoratore non parla e non capisce bene la lingua italiana c'è il rischio che non recepisca le informazioni fornite, importanti per la sua incolumità. Se questa può essere considerata la nostra seconda ipotesi di partenza, i risultati emersi dalla nostra indagine la corroborano, rilevando la necessità di elaborare più efficaci strategie di comunicazione concernenti la prevenzione del rischio (cfr. cap. 6).

Le riflessioni sin qui articolate implicano che il problema della sicurezza sul lavoro includa anche i lavoratori immigrati e che debba essere affrontato in maniera transculturale, a fronte di un sistema universalistico che ne garantisce già i diritti (cfr. cap. 1). È questa la terza ipotesi dalla quale il lavoro di ricerca è partito. A questo proposito e con specifico riferimento all'ambito sanitario, bisogna tenere in considerazione una pluralità di fattori. Per citare solo un esempio, le modalità che le persone straniere utilizzano nel relazionarsi con il sistema medico occidentale e con le strutture sanitarie non sono necessariamente simili a quelle dei cittadini italiani. Inoltre, le difficoltà nell'affrontare gli incidenti che tutti i lavoratori, indipendentemente dalla loro provenienza, incontrano, possono essere acuite proprio dal fatto di essere stranieri.

Il volume, intenzionalmente, non entra nelle maglie delle discussioni antropologiche sulle rappresentazioni di salute e di malattia diffuse nelle diverse culture, in quanto tali argomenti esulano dagli obiettivi della ricerca. Abbiamo, però, analizzato le difficoltà legate agli eventi riabilitativi che sono fortemente connesse alla condizione di immigrato in chiave sia culturale sia sociale. Solo per fornire un esempio – e lasciando la trattazione di questi argomenti ai capitoli che seguono questa introduzione – avviene con frequenza che venga a mancare il sistema informale di sostegno, che costituisce sempre un fondamentale appoggio per la persona infortunata. L'incidente, infatti, può comportare conseguenze funzionali, con frequenti situazioni di scarsa mobilità; pertanto, la persona infortunata può avere necessità di assistenza in molte delle sue attività quotidiane. Tra i migranti, date le condizioni di vita relativamente più precarie, solo pochi possono effettivamente contare sull'aiuto effettivo di un membro della famiglia; nel caso in cui questa sia presente, ci sono degli obblighi familiari – si pensi alla dimensione economica e all'accudimento della prole, per esempio – cui è difficile sottrarsi, e questi impegni possono rallentare molto la ripresa.

Inoltre, non è da sottovalutare che molti dei sistemi sanitari dei paesi di provenienza dei migranti non prevedono un istituto di assistenza sanitaria agli infortunati sul lavoro, motivo per il quale si può ipotizzare che un certo numero di stranieri non conosca l'esistenza dell'Inail e, dunque, in caso di infortunio non sappia di essere tutelato. È possibile pertanto che sia presente anche una situazione che non consente a tutti i lavoratori immigrati infortunati sul lavoro di accedere al sistema (la nostra quarta ipotesi).

È, ancora, utile mettere in evidenza che la dimensione sanitaria risulta strettamente legata a quella sociale: un incidente sul lavoro ha ripercussioni sulla sfera personale dello straniero, incidendo sul progetto migratorio e sul percorso di integrazione. Un'assenza dal lavoro di media-lunga durata comporta, in numerosi casi, una riduzione del reddito o, addirittura, la perdita del posto. Si può supporre che questa situazione abbia delle conseguenze sul reddito familiare, sulla situazione abitativa e, ancor più importante, sulla possibilità di rinnovare il permesso di soggiorno. La nostra quinta ipotesi è che l'incidente possa rallentare o, nella peggiore delle ipotesi, interrompere i programmi per il futuro, quali il ricongiungimento familiare, il ciclo di studi, il matrimonio, l'eventuale programmato rientro nel paese d'origine.

Ipotizziamo dunque, sulla base di queste considerazioni, che le conseguenze degli infortuni pesino sulla vita delle persone e che la riabilitazione costituisca un passaggio fondamentale per assicurare, nella maniera migliore possibile, il rientro nel mercato del lavoro. La ricerca si è dunque focalizzata sulle modalità di erogazione delle procedure riabilitative, nell'idea che la fragilità della condizione di migrante richieda una presa in carico mirata, per rispondere in maniera accurata a esigenze specifiche, data l'importanza simbolica e materiale che la dimensione lavorativa occupa nella vita delle persone straniere in Italia.

La struttura del volume è articolata in relazioni alle varie fasi della ricerca. Il primo capitolo descrive e analizza il sistema dell'Istituto Nazionale Infortuni sul lavoro e le misure di prevenzione secondaria e terziaria, concentrando l'attenzione sull'organizzazione del sistema Inail in Lombardia, fornendo anche un quadro articolato della situazione dei lavoratori immigrati in Italia. L'analisi si basa sulla letteratura esistente e sulla normativa vigente ma è corredata dalle informazioni raccolte di prima mano in vari focus group condotti con operatori dell'Istituto e a altri incontri di gruppo cui sono stati invitati a partecipare esperti, accademici e non, del mercato del lavoro e dei fenomeni migratori.

La ricerca sul campo, come già accennato, si è avvalsa di diversi approcci metodologici, che vengono esposti nel cap. 2. Questa diversificazione degli strumenti ha consentito la realizzazione di un quadro il più possibile completo della situazione del sistema riabilitativo rivolto ai migranti nella regione Lombardia, a partire dalle testimonianze di chi opera all'interno del sistema, sia in ambito medico-burocratico-amministrativo sia a partire da chi fruisce dei servizi e vive quotidianamente, in prima persona, i percorsi di riabilitazione. In questo stesso capitolo vengono anche evidenziati i molti ostacoli che la ricerca ha incontrato, le strategie usate per superarli e i ritardi che il continuo adattamento al campo ha richiesto. È utile ricordare che, in allegato, sono riportate le tracce usate dagli intervistatori, sia del questionario sia dell'intervista semistrutturata, nonché brani di alcune delle interviste semistrutturate raccolte. Riteniamo molto importante la presenza in questo volume delle parole dei la-

voratori immigrati. Insieme alle analisi dei ricercatori, infatti, esse contribuiscono a rendere conto dell'insieme delle dimensioni coinvolte e forniscono il punto di vista di chi vive sulla propria pelle l'esperienza dell'infortunio.

Il capitolo 3 discute l'elaborazione dei dati raccolti attraverso interviste standardizzate a stranieri infortunati sul lavoro, realizzate tra marzo e ottobre del 2011. È stato somministrato un questionario, i cui risultati sono stati elaborati al fine di disegnare le dimensioni del fenomeno e poter disporre di informazioni quantitative in grado di corroborare o falsificare le ipotesi di partenza che in questo capitolo sono state tracciate.

La parte della ricerca – condotta con interviste semistrutturate e con cicli di osservazione presso le sedi deputate all'assistenza dei lavoratori infortunati – è presentata e discussa nel capitolo 4. Con questa strategia d'indagine si è riusciti a cogliere, dalle vive parole dei lavoratori immigrati infortunati, i processi e le dinamiche proprie del percorso riabilitativo, in una prospettiva diacronica che tiene conto della complessità dei vissuti e la restituisce in forma di racconto. Le parole di queste persone hanno consentito di mettere in luce con evidenza l'articolazione dei singoli percorsi e le dimensioni culturali e sociali soggiacenti tali percorsi.

Il capitolo 5, infine, traccia e discute i principali risultati dell'intera ricerca, mettendo in evidenza come le ipotesi di partenza siano state ampiamente corroborate dalle informazioni raccolte. Viene infatti sottolineata la condizione di vulnerabilità dei lavoratori stranieri infortunati, fragilità che possiede caratteristiche proprie rispetto a quella della popolazione italiana, per quanto concerne sia gli elementi più specificamente sociali sia quelli culturali. Nel medesimo capitolo è successivamente affrontata la questione di come tale vulnerabilità spesso impatti con il sistema socio-sanitario italiano in maniera problematica, seppur partendo da un ampiamente diffuso gradimento dei servizi sanitari. Più in generale, si conferma l'ipotesi che l'infortunio costituisca per il lavoratore immigrato una frattura biografica capace, se non adeguatamente ricomposta, di rallentare o addirittura di interrompere il processo di integrazione intrapreso. In questo capitolo, inoltre, vengono proposte alcune linee d'azione utili a raggiungere questo sperato risanamento, non solo della salute fisica della persona infortunata, ma anche della frattura che si verificata nel suo percorso di vita.

1. Il quadro della situazione in Lombardia

di *Attilio Balestrieri*

Nel delineare l'analisi *desk* di un'indagine sugli esiti medico-riabilitativi dei lavoratori stranieri infortunati è opportuno collocarla all'interno di una riflessione sui rapporti tra la cultura della salute e la cultura del lavoro, perché proprio da questo punto di vista, come peraltro messo in evidenza da altre indagini[1], la condizione del lavoratore straniero appare particolarmente fragile.

Poiché il lavoratore straniero, nelle sue vesti di rifugiato economico, si configura per molti versi come lavoratore *sui generis* – soprattutto nel mercato del lavoro italiano – è parimenti all'interno di un'altra riflessione, quella intorno al binomio immigrazione e salute, che emerge, in tutta la sua evidenza e problematicità, la maggior esposizione di questo lavoratore sia al rischio di infortuni lavorativi, sia al rischio di insuccesso – ancorché parziale – del percorso riabilitativo postinfortunistico.

[1] Un'indagine condotta dall'Istituto psicoanalitico per le ricerche sociali nel 2008 (Iprs, 2008) ha ad esempio preso in esame la percezione della sicurezza e del funzionamento del sistema di prevenzione primaria, secondaria e terziaria degli infortuni, tramite somministrazione di un questionario *face to face* a un campione di circa 1.300 lavoratori stranieri infortunati "in temporanea" afferenti all'Inail in Veneto e tramite interviste aperte a 27 lavoratori stranieri con invalidità permanente. Dal punto di vista della cultura della sicurezza, l'indagine ha riscontrato in questi lavoratori un alto livello di auto attribuzione della responsabilità dell'infortunio ed una scarsa propensione a richiedere maggiori e più specifiche iniziative di formazione. In sostanza, sembra che il lavoratore tenda spesso ad attribuire la causa dell'infortunio a un *deficit* della propria capacità di concentrazione o all'imprevedibilità del destino, svalutando di fatto la necessità di sviluppare una cultura del lavoro centrata sull'incremento della sicurezza del lavoro, tanto in termini di formazione, quanto in termini di processi lavorativi. Come se la cultura del lavoro fosse ritenuta sempre e comunque prioritaria rispetto alla cultura della salute. Dove questa logica è prevalente, l'accettazione dell'informalità dei processi di sensibilizzazione, informazione e formazione concorre a svalutare anche il capitale umano proprio dei lavoratori stranieri.

1.1 Immigrati, quindi lavoratori

Le criticità della figura del lavoratore immigrato e del suo rapporto col lavoro divengono evidenti quando si verifica una malattia o un infortunio, ovvero in presenza delle conseguenze di una malattia o di un infortunio. La minaccia per la salute – più del pensionamento o della disoccupazione – rappresenta di fatto l'elemento rivelatore della condizione esistenziale e dello *status* sociale in cui si trova il lavoratore straniero immigrato, nel contesto d'immigrazione:

> In fin dei conti, un immigrato non ha una sua ragion d'essere se non nella precarietà e a patto di conformarsi a ciò che ci si attende da lui: egli è là [nel contesto d'immigrazione] ed ha una sua ragione di esservi in funzione del lavoro, per il lavoro e nel lavoro; perché si ha bisogno di lui, finché si ha bisogno di lui, solo per ciò di cui si ha bisogno di lui [ciò a cui egli serve] e solo là dove si ha bisogno di lui (t.d.A.)[2] (Sayad, 1991: 62).

La peculiare vulnerabilità di tale condizione chiede di essere interpretata alla stregua di un fatto sociale totale, prendendo in considerazione le ragioni dell'emigrazione, le vicissitudini del percorso migratorio, le modalità di inserimento nel contesto d'arrivo. Tenendo conto in ogni caso delle interconnessioni tra la dimensione del lavoro e la dimensione in cui il lavoratore immigrato vive fuori dai luoghi e dai tempi strettamente inerenti al lavoro. Quest'approccio olistico apre altresì la via alla comprensione del rapporto tra migrazione e salute, nella misura in cui consente di ricomporre la vita del migrante, anche come oggetto di studio unitario, al di là della frammentazione tra aspetti sociali ed aspetti medici, ancorché di competenza di soggetti diversi.

Con riguardo alla lettura del bisogno di salute del lavoratore immigrato, è ancora Sayad a ricordare che:

> La lezione principale che si deduce da questo tentativo di spiegazione consiste in una fondamentale messa in discussione della divisione che si stabilisce tra il lavoro e ciò che non è lavoro (tutto quel che è al di fuori del luogo stretto e dello spazio chiuso del lavoro); è questo che cominciano a rivelare gli studi sulla "salute lavorativa" che, ispirandosi ad un approccio sintetico, si preoccupano di ricostruire l'unità di un oggetto che è stato scisso tra sfere ritenute autonome e tra le discipline appropriate a tali sfere (t.d.A.)[3] (Sayad, 1991: 117).

[2] "En fin de compte, un immigré n'a sa raison d'être que sur le mode du provisoire et à condition qu'il se conforme à ce qu'on attend de lui: il n'est là et n'a sa raison d'être là que par le travail, pour le travail et dans le travail; parce qu'on a besoin de lui, tant qu'on a besoin de lui, pour ce pourquoi on a besoin de lui et là où on a besoin de lui".

[3] "La première leçon qui s'impose au terme de cette tentative d'explication consiste en une remise en cause fondamentale de la séparation qu'on établit entre le travail et ce qui n'est pas travail (i.e. tout ce qui est hors du lieu strict et hors du temps fermé du travail); c'est cela que commencent à découvrir les études sur la 'santé au travail' qui, s'inspirant d'une approche syntétique, sont soucieuses de reconstituer l'unité d'un objet qu'on a fait éclater entre des

Se la presenza del lavoratore straniero immigrato costituisce un fatto sociale totale – cioè va interpretata alla luce dei sistemi di relazioni in cui essa s'inserisce, che coincidono di fatto con l'intera organizzazione della società – essa diviene altresì occasione privilegiata per far emergere i contenuti profondi dell'inconscio sociale e per rivelare il modo di funzionare di una società, nonché la capacità che essa sviluppa di rispondere alle sollecitazioni da cui è investita. Essa lancia perciò una sfida anche ai sistemi di salute pubblica e, in termini più generali, una sfida epistemologica al sapere medico in sé[4].

sphéres posées comme autonome set entre les disciplines propres à ces sphéres". L'argomento è stato trattato in un articolo pubblicato nel 1988 sul periodico Antropologia medica (Trieste, n. 4, luglio 1988) ripreso e ampliato all'interno del volume *L'immigration ou le paradoxes de l'altérité* (Sayad, 1991) di cui costituisce il capitolo 5, intitolato La "faute" de l'absence ou les effets de l'émigration, basato sulle interviste effettuate nel corso dell'indagine Les formes d'interruption ou de cessation du travail.

[4] Nelle attuali società complesse, caratterizzate da varie ipotesi di multiculturalismo e multietnicità, i sistemi di salute pubblica hanno avuto modo di confrontarsi con soggetti portatori di diverse culture mediche e hanno altresì ritenuto di poter comunque ridefinire le proprie strategie d'intervento e le proprie modalità operative in modo da riuscire a interagire positivamente con tali soggetti. Sul piano teorico, la medicina è chiamata a cimentarsi con il limite di ciò che gli antropologi chiamano la sua "pertinenza" culturale. Ed è chiamata a questo confronto proprio mentre, su altri versanti, si vede attraversata da altre riflessioni. Infatti, le esigenze "inedite", di cui sono oggi portatori i soggetti provenienti da molteplici tradizioni mediche, rappresentano solo uno tra i reagenti e agenti di cambiamento, che vengono a intersecarsi con gli altri processi in atto nel contesto: anche a prescindere dai fenomeni migratori, all'interno delle attuali società del benessere, le nozioni di salute e malattia sono comunque soggette a complessi mutamenti di significato, che mettono continuamente in crisi i paradigmi precedentemente consolidati. Basti pensare agli epidemici processi di medicalizzazione delle richieste che si riferiscono a percezioni del malessere o del benessere sempre meno circoscrivibili (ne fornisce un esempio la chirurgia cosiddetta "estetica") all'introduzione costante di nuove cure e delle cure "alternative", al moltiplicarsi della varietà della domanda e dell'offerta di servizi, prestazioni e rimedi, in una sorta di supermarket della salute, cui conseguono incrementi vertiginosi di diagnosi, terapie, costi e relativi investimenti di risorse. Nondimeno sul piano organizzativo e operativo, i sistemi sanitari sono stimolati a contestualizzarsi e a considerare la tutela della salute anche in rapporto alle diverse tradizioni a cui i vari soggetti appartengono ed anche in rapporto alle trasformazioni che sono in corso nella vita di tali soggetti. Senza indulgere a un facile relativismo e senza scivolare in letture eccessivamente "culturali", la questione che, ancora una volta, oggi si ripropone è se sia lecito delegare alla medicina (cioè alla tradizione medica "dominante") il potere di stabilire solo al suo interno gli scopi da perseguire in ordine alla promozione e alla tutela della salute o se, al contrario, la medicina debba individuare questi scopi come scopi sociali, cioè alla stregua di obiettivi stabiliti attraverso il dialogo con la società e con le culture che in essa abitano. Le sollecitazioni che provengono dal consolidarsi dei fenomeni migratori sono rappresentate dal manifestarsi di forme differenti del bisogno di cura ed assistenza, dalla domanda di prestazioni inedite o, più semplicemente, dalla richiesta di più attente modalità di fornitura delle prestazione abituali, che siano rispettose delle norme riguardanti il senso del pudore o le norme dietetiche, dettate da differenti usi, costumi e pratiche religiose. Si tratta di sollecitazioni che rendono necessaria una capacità di rispondere a una domanda di salute più differenziata, che emerge dalla compresenza di più etnie nel loro bacino d'utenza. In alcuni casi, anche sul piano etico, la sfida consiste nel prendere in esame i principi relativi ai possibili valori condivisi, in grado di rendere stabile e funzionale una società pluralistica. Il

1.2 Immigrazione e salute

Anche in Italia, fin dagli anni Ottanta del Novecento, molta medicina delle migrazioni si è affannata a voler dimostrare che in virtù di un presumibile "effetto migrante sano", solo i più forti possono affrontare l'avventura migratoria. Gente che parte per lavorare e deve perciò poter contare in primo luogo sul proprio "patrimonio di salute", l'unico vero capitale di cui dispone e che vuole investire nel mercato del lavoro del paese d'arrivo. Alcuni muoiono prima di giungervi, lungo le rotte dell'immigrazione clandestina e le loro ossa biancheggiano, in gran parte misconosciute, sui fondali del Mediterraneo: il cosiddetto *mare nostrum*! Altri si ammalano dopo che vi sono giunti, in ragione delle condizioni precarie in cui vivono. Di essi, molti s'infortunano nei luoghi di lavoro e in percentuale sproporzionata rispetto ai lavoratori non immigrati[5]. Piuttosto che parlare di "effetto migrante sano" s'impone talvolta il coraggio e l'onestà scientifica e intellettuale di parlare di "effetto migrante

maggiore o minore diritto all'accesso ai sistemi sanitari di gruppi sociali sempre più ampi, come i gruppi di cittadini immigrati di diversa origine etnica, sembra dipendere dalla loro propensione alla scelta, che a sua volta è fortemente influenzata da un insieme di dimensioni più o meno conflittuali, tra cui, ad esempio: le incomprensioni linguistiche e culturali tra medici e pazienti, le ripercussioni del credo religioso sulle concezioni di salute e malattia, il ruolo della famiglia e del gruppo di appartenenza nella gestione della relazione terapeutica, la richiesta di impiego di rimedi previsti da "altre" tradizioni mediche o di pratiche "rituali", l'inadeguata competenza del personale sanitario nel rapportarsi con soggetti culturalmente diversi, ovvero l'inadeguata conoscenza della realtà sanitaria italiana da parte dell'utenza immigrata.

[5] Tra il 2006 e il 2009, gli infortuni sul lavoro denunciati all'Inail hanno subito complessivamente una diminuzione percentuale di circa il 15%, a testimonianza di una tendenza ad assicurare maggiori garanzie della sicurezza sul posto di lavoro. La consistente flessione degli infortuni verificatasi tra il 2008 ed il 2009 (-9,7%) a giudizio dell'Ente è da ricondurre in parte agli effetti della sfavorevole congiuntura economica che ha colpito il paese. Nel 2009, per la prima volta, si è registrato anche un decremento degli infortuni sul lavoro occorsi a cittadini nati in paesi extracomunitari (è questo il dato registrato dall'Inail che consente di distinguere, seppur in via approssimativa, tra lavoratori italiani e stranieri) che passano dagli oltre 143mila del 2008 ai circa 119mila del 2009, con un calo di circa 17 punti percentuali, cui ha contribuito prevalentemente la componente maschile (-20,3%) rispetto a quella femminile (-4,9%). Nello stesso periodo i casi mortali sono diminuiti di 39 unità, passando da 189 a 150. La flessione degli infortuni occorsi ai lavoratori nati all'estero si è verificata maggiormente nell'industria, in particolare nel manifatturiero (notoriamente ad alta presenza straniera) ambiti nei quali la crisi produttiva ed occupazionale è stata particolarmente acuta. L'incidenza degli infortuni occorsi a lavoratori nati all'estero sul totale degli infortuni resta comunque elevata, assestandosi su un valore di poco superiore al 15%. Il maggior numero di infortuni si verifica – nell'ordine – per i nati in Romania, Marocco e Albania, che ne hanno totalizzato nel 2009 circa il 40%. Se si considerano i casi mortali, la percentuale supera il 50%. Prima dell'inedito decremento verificatosi tra il 2008 ed il 2009, negli anni precedenti, in controtendenza rispetto all'andamento generale degli infortuni sul lavoro in Italia, gli infortuni occorsi ai nati all'estero erano costantemente aumentati: dal 13,3% sul totale nazionale nel 2005, al 13,9% nel 2006, al 15,4% nel 2007, fino al 16,4% nel 2008, anche in concordanza col progressivo aumento del numero di lavoratori immigrati (e col progressivo incremento del numero di lavoratori nati all'estero iscritti all'Inail).

esausto[6]". L'interrogativo principale, dal punto di vista della salute e dei sistemi di salute pubblica, sorge proprio sul significato del termine "pubblico": a quale pubblico ci si riferisce? Chi ha diritto a partecipare alla dimensione pubblica della salute?

In effetti, la medicina delle migrazioni ha dato conferma del fatto per cui non vi sono malattie da immigrati, bensì un bisogno aspecifico di salute, che cambia nel corso del tempo – in rapporto al progetto migratorio ed alla sua evoluzione, dal momento dell'ingresso nel paese d'arrivo all'eventuale stabilizzazione dell'insediamento – e di cui è portatore un insieme di soggetti (i migranti) quanto mai eterogeneo, pur se accomunato dalla condivisione di un'esperienza (la migrazione). Benché sia possibile definire similitudini e differenze, in rapporto ad alcune determinanti della salute, tra popolazioni appartenenti a gruppi etnici diversi[7], non vi sono invece specificità della popolazione immigrata rispetto a quella non immigrata: tutti tendono ad andare incontro, per riprendere l'esempio precedentemente proposto, a "malattie da raffreddamento", se vivono prevalentemente in luoghi insalubri; chiunque è più esposto a rischio di infortuni sul lavoro, se svolge mansioni pericolose, in mancanza di adeguate condizioni di sicurezza; tutti vanno incontro a gravi complicazioni di patologie altrimenti banali, laddove sussistono barriere che rendono difficile l'accesso ai pur efficienti presidi sanitari. Se dunque la lettura del bisogno di salute dei migranti chiede di essere "contestualizzata" (in rapporto al quadro della salute nel paese d'emigrazione, alle vicissitudini del percorso migratorio ed alle varie fasi del processo di adattamento al cambiamento ambientale ed alle condizioni di vita nel paese d'arrivo, che a loro volta abbracciano, ad esempio, sia la posizione lavorativa, sia la qualità dell'alloggio, sia la partecipazione alla cittadinanza sociale e l'accesso ai servizi) appare peraltro evidente la sostanziale similitudine, dal punto di vista dei rischi per la salute, tra la popolazione immigrata e quella che, ancorché non immigrata, ne condivide il profilo di povertà, emarginazione o discriminazione[8]. In questa luce, la questione del rapporto tra immigrazione e salute viene a collocarsi nell'ambito del dibattito sulle disuguaglianze.

Com'è noto, sussistono disuguaglianze di salute, vecchie e nuove, all'intero della compagine sociale. Se ne riscontrano sia tra la popolazione immigrata e quella autoctona, sia tra le diverse componenti dell'eterogenea popolazione immigrata (ad esempio tra diversi gruppi etnici). Fattori genetici e culturali possono concorrere a determinarle, ma un ruolo chiave è senz'altro giocato dallo svantaggio sociale (*status* giuridico, inserimento lavorativo,

[6] Va riconosciuto a Giuseppe Costa il merito di aver – provocatoriamente – coniato quest'espressione.

[7] Ad esempio: predisposizione genetica a sviluppare alcune malattie piuttosto che altre (variabilità biologica/naturale) oppure predisposizione a sviluppare alcune malattie piuttosto che altre in ragione di diverse abitudini culturali.

[8] Come messo in evidenza, tra gli altri, dal lavoro pionieristico Costa et al., 1994.

condizione alloggiativa ed abitativa, accesso ai servizi ed all'istruzione) e dalla discriminazione diretta ed indiretta (su base etnica e razziale o in ragione della cittadinanza straniera). L'esperienza dei paesi di più antica tradizione migratoria mostra che tali disuguaglianze si esprimono in misura variabile non solo in rapporto all'appartenenza etnica ed al genere, bensì in rapporto alle varie fasi del processo migratorio (come già ricordato: dalla prima accoglienza all'eventuale sedentarizzazione) e in rapporto all'avvicendarsi delle generazioni successive di origine immigrata. Per alcuni gruppi, le disuguaglianze tendono a dissolversi rapidamente, per altri si mantengono nonostante il succedersi delle generazioni.

Il nodo delle disuguaglianze emerge con evidenza al solo considerare che le determinanti essenziali della salute dei lavoratori stranieri immigrati rientrano tra quelli che l'OMS (Whitehead, 1990) ritiene modificabili attraverso le misure di prevenzione sociale: condizioni di vita e di lavoro a rischio, unitamente all'accesso non adeguato a servizi efficaci ed appropriati. Quando e dove tali fattori non vengono rimossi, ma continuano a produrre differenze di salute, tali differenze configurano in primo luogo il frutto del mancato raggiungimento di adeguati livelli di equità nell'accesso alla salute, in termini di diritto e opportunità. Certamente, anche i cosiddetti "comportamenti a rischio a libertà limitata" (quali il tabagismo, l'abuso di alcolici e l'insieme degli stili di vita in palese contrasto con i principi della vita sana) rientrano tra i fattori che concorrono a determinare le differenze di salute. Tuttavia, anche da questo punto di vista, le condizioni di marginalità e svantaggio contribuiscono, più delle libere scelte individuali, a favorire il consolidamento di abitudini insalubri, così come il coinvolgimento in azioni di violenza o l'esposizione al rischio di uso e abuso di sostanze proibite dalla legge.

I lavori più recenti sul tema delle disuguaglianze di salute[9] confermano il permanere e il continuo riemergere di disparità di condizioni sociali, che si traducono in disparità nell'accesso alla salute, di cui costituiscono, in ultima analisi, una sorta di specchio. La presenza di disuguaglianze di salute, vecchie e nuove è un fenomeno transnazionale stabile (Marmot, 2004) pur se tali disuguaglianze appaiono sempre più chiaramente documentabili – almeno per ciò che concerne i loro effetti – e, di conseguenza, doverosamente modificabili, ovvero meritevoli di interventi per eliminarle, nonostante la cumulabilità delle determinanti in gioco. E vale in proposito ricordare che, in accordo con Amartya Sen, le disuguaglianze nella salute limitano le possibilità di crescita di una società, poiché l'accesso alla salute rappresenta uno dei prerequisiti essenziali per il pieno e libero sviluppo delle capacità dei singoli.

Accanto alle determinanti di carattere sociale – di cui s'è già fatto cenno – la letteratura (Costa, Spadea, Cardano, 2004) pone altresì l'accento su quelle di carattere sanitario, che riguardano la prevenzione, la diagnosi precoce, i

[9] Tra gli altri, i contributi raccolti in Tognetti Bordogna, 2008.

percorsi di cura, nonché l'organizzazione e i modelli di funzionamento del sistema di salute pubblica. L'assetto del Sistema sanitario nazionale, può infatti concorrere alla produzione delle disuguaglianze, poiché esse dipendono anche dalla qualità dell'assistenza, dalle modalità di accesso ai servizi e di fruizione delle risorse destinate alla salute, cioè dal tipo di trattamenti e prestazioni di cui gli individui possono – o non possono – beneficiare. È quanto sembra peraltro mostrare in Italia la tendenza al decentramento verso i welfare regionali, cui consegue sovente un razionamento delle risorse e delle prestazioni sanitarie, con ricadute svantaggiose sui soggetti più deboli (ASR regione Emilia Romagna, 2007). Secondo Giuseppe Costa et al. (2000) il rischio di introdurre nuovi elementi d'iniquità su questo versante (l'organizzazione dei sistemi di salute pubblica) riguarda le seguenti aree: le possibili discriminazioni relative all'introduzione di sperimentazioni gestionali di assistenza indiretta o mista pubblico-privato; le disuguaglianze geografiche nella disponibilità di servizi per anziani e soggetti con disagio mentale, di competenza dell'assistenza sociale che, col trasferimento alle comunità locali, possono diventare oggetto di scelte discrezionali da parte di queste amministrazioni; le discriminazioni che possono scaturire dall'utilizzo dei servizi specialistici, dal momento che, a fronte di un accesso relativamente ugualitario alle cure primarie, la fruizione delle prestazioni specialistiche, soprattutto di quelle più qualificate, varia in base alla posizione sociale.

Tra le vecchie e nuove disuguaglianze di salute, quelle che riguardano i lavoratori immigrati e le loro famiglie si collocano senz'altro tra le più rilevanti, in Italia così come in paesi di più consolidata tradizione migratoria (Fassin, 2006). Mentre resta alto il livello d'attenzione nei confronti dei processi di razzializzazione ed etnicizzazione delle disparità – in cui la condizione di svantaggio tende ad associarsi ai tratti somatici, all'appartenenza etnica o ai nomi che lasciano supporre la provenienza o l'origine da alcune aree geografiche, sull'esempio delle disparità tra gruppi razziali tipiche del contesto statunitense, in cui sono profondamente radicate – il dibattito italiano attribuisce peso alla condizione di svantaggio strutturale dei lavoratori immigrati (nelle posizioni lavorative, nell'alloggio e nell'esercizio della cittadinanza sociale). A ciò si aggiunge la minor disponibilità di capitale sociale. Infatti, il capitale sociale ricostruito nel paese d'arrivo (anche al di là delle reti etniche, nazionali o familiari) si rivela efficace per l'inserimento nel mondo del lavoro ma assai meno utile nell'area della salute, in cui è necessario sviluppare una serie di abilità e competenze per accedere al sistema di salute pubblica, nonché per decifrare e saper selezionare in modo efficace le prestazioni che esso fornisce[10]. In accordo con una sintesi proposta da Mara Tognetti Bordogna:

[10] Sulla prospettiva del capitale sociale si è concentrato il recente lavoro *Diseguaglianze sociali e salute*, a cura di Giulia Mascagni dell'Università di Firenze, presentato nell'ambito del *Workshop Salute e società globale*, in occasione del X Convegno nazionale dell'Associazione Italiana di Sociologia "Stato, nazioni, società globale" (Milano, 23-24-25 settembre 2010). Ripren-

Per gli immigrati, più che per gli autoctoni, oltre ai sistemi di produzione, ai fattori socio-economici e alle caratteristiche della società, pesa sulle disuguaglianze di salute il sistema sanitario, il suo modo di funzionare… sono sempre più evidenti le disuguaglianze legate alle conoscenze e all'accesso alle pratiche di prevenzione, all'accessibilità, alla diagnosi, alle cure e alla loro appropriatezza. A queste vanno poi aggiunte le disuguaglianze strutturali dei sistemi di cura che pesano, in modo particolare sulla salute degli immigrati. In sintesi, oltre ai determinanti di ordine economico, sociale, culturale, politico e giuridico, vi sono anche quelli organizzativi (Tognetti Bordogna, 2008: 73).

La riflessione sulle disuguaglianze si collega alle varie modalità di adeguamento dei servizi e dei presidi sanitari, al fine di garantire l'effettiva accessibilità, in condizioni di uguaglianza, a coloro che ne hanno diritto. Tutte le strutture del sistema sanitario sono in tal senso chiamate a introdurre cambiamenti nell'organizzazione e nelle modalità operative, con riguardo all'elementare ottimizzazione dei servizi, basata sull'abbattimento di qualsiasi barriera che ne discrimini l'accessibilità, secondo il modello dei cosiddetti servizi *user friendly*. Servizi in cui la fornitura delle prestazioni tenga conto del rispetto delle norme riguardanti, ad esempio, il senso del pudore o la dieta alimentare, dettate da diversi usi, costumi e pratiche religiose. Sulla stessa linea si colloca il ricorso a figure di mediatori culturali, volte a facilitare il dialogo tra i servizi ed un'utenza che talvolta appare difficile da "capire" per la non piena condivisione dei codici comunicativi. Figure dal ruolo assai delicato – e non esente da controversie – vista anche la particolarità del rapporto di cura che informa le relazione tra medico e paziente, in cui esse si inseriscono.

Il tema dell'equità chiama altresì in gioco la dimensione dell'ampliamento della "pertinenza culturale" delle prestazioni, attraverso strategie molto differenziate. Anche qui è in gioco la garanzia in merito al diritto alla salute, poiché appare evidente che un sistema di salute pubblica – ancorché accessibile in condizioni di uguaglianza – dovrebbe anche mostrarsi in grado di rispondere, adeguatamente e concretamente, al bisogno di cura di tutti. La questione è ovviamente assai delicata, poiché stimola lo stesso sapere medico a contestualizzarsi e a considerare la tutela della salute anche in rapporto alle diverse tradizioni a cui i vari soggetti appartengono ed anche in rapporto alle trasforma-

dendo la nozione di capitale sociale proposta da Pierre Bourdieu, lo studio sviluppa l'ipotesi che competenze e conoscenze, valori, preferenze e atteggiamenti accentuino o riducano la propensione al rischio del singolo, acuiscano o limitino la sensibilità e l'attenzione verso il proprio corpo, modulino l'accesso e la capacità di fruizione dei servizi sanitari e di prevenzione. L'indagine riafferma la strategicità delle risorse economiche, culturali e relazionali ai fini della salute e fa emergere l'importanza della realtà territoriale. Quest'ultima, dialogando costantemente con i network di relazione del luogo, influenza in maniera decisiva la risorsa capitale sociale: vicinati, quartieri e città, con i loro caratteri materiali e immateriali risultano cruciali nella determinazione del ruolo positivo o negativo, di opportunità o di vincolo, che il capitale sociale localizzato può esercitare nel favorire o nell'impedire l'adozione di stili di vita collettivi di salvaguardia o, al contrario, di rischio per la salute.

zioni che sono in corso nella vita di tali soggetti. Si tratta infatti di riconoscere pari dignità a forme diverse – ed a diverse espressioni – del bisogno di cura, superando i pregiudizi nei confronti di coloro che ne sono eventualmente portatori.

1.3 Il lavoratore immigrato dopo un infortunio

Nel quadro generale caratterizzato dal *deficit* di tutela dei lavoratori, che appare sovente connesso al mancato rispetto della normativa sulla salute e la sicurezza del lavoro[11], sono molteplici le cause della maggior esposizione dei lavoratori stranieri al rischio infortunistico, tra cui quelle di seguito accennate. Costoro hanno maggiore accesso a condizioni occupazionali e a mansioni più rischiose, sintetizzate dagli studiosi anglosassoni nel triste aforisma delle "tre d": *dangerous*, *difficult*, *dirty* – a significare che ai lavoratori immigrati sono riservati i lavori più pericolosi, più faticosi e più "sporchi". Essi hanno per contro minore accesso alle misure d'informazione e formazione in materia di sicurezza del lavoro, ad esempio a causa delle condizioni contrattuali, dell'inadempienza dei datori di lavoro o della barriera linguistica, che rende più difficile sia la comprensione delle istruzioni, sia la conoscenza dei propri diritti. In ogni caso, e a prescindere dal motivo per cui ciò si verifica a danno di questi lavoratori, si riscontra una vera e propria "crisi" della coniugazione tra cultura del lavoro e cultura della salute (intesa, quest'ultima, come cultura della sicurezza dei luoghi di lavoro). Tale crisi dà peraltro piena conferma della correttezza della definizione della nozione di infortunio proposta nel 1989 dal Comitato Oil-Oms per lo studio epidemiologico dell'infortunio sul lavoro: "una conseguenza statisticamente prevedibile del fallimento tecnico-sociale del lavoro".

L'infortunio ha una serie assai complessa di cause ma, nondimeno, dà luogo anche ad una serie di conseguenze. La ricerca in materia si è giustamente

[11] Molto raramente le cause dell'infortunio sono totalmente esterne all'ambiente di lavoro. Nella maggior parte dei casi risiedono nella mancata osservazione della normativa, da parte dell'azienda; dalla scarsa informazione in tema di sicurezza; dalla frammentazione dei processi di lavoro e dall'organizzazione del lavoro; infine da errori del singolo lavoratore, spesso riconducibili a condizioni critiche in cui il lavoro stesso si svolge. In sintesi, la sicurezza del lavoratore, più che dal suo comportamento, discende dall'insieme di pratiche, che informano l'organizzazione del lavoro e dall'insieme dei rapporti tra i lavoratori, tra i lavoratori e la propria azienda o le altre aziende. L'infortunio rappresenta perciò il segnale più evidente e allarmante dell'esistenza di disfunzioni nell'ambiente di lavoro e nella gestione della sicurezza. Del resto è anche su questo punto che ha voluto porre l'accento il D.lgs n. 81 del 9 aprile 2008, teso a favorire la promozione, specialmente da parte delle piccole e medie imprese, di misure di semplificazione degli adempimenti normativi in materia di sicurezza, in modo da contribuire alla diffusione di una nuova cultura della sicurezza, non più vista come un obbligo ma come un obiettivo della gestione d'impresa e parte integrante di essa.

concentrata soprattutto sul tema della prevenzione primaria e ha accumulato molte conoscenze sulle cause e sull'andamento degli infortuni, nonché sulla tipologia dei danni subiti dai lavoratori. Sia la ricerca, sia l'interesse mediatico hanno invece posto in misura minore l'accento su quel che accade dopo l'infortunio, in cui rientra anche l'area d'attenzione della presente indagine. Si va tuttavia affermando la consapevolezza che il tema degli infortuni deve essere affrontato nella sua globalità, considerandolo alla stregua di un processo in cui il lavoratore infortunato si trova coinvolto e che si svolge all'interno di un complesso sistema di relazioni sociali, composto da diversi altri attori: i familiari, il Sistema sanitario nazionale, l'Inail e le strutture che operano in convenzione con l'Inail, i datori di lavoro ed i colleghi di lavoro, i soggetti della rappresentanza. Precisamente su questa linea si colloca la presente indagine, che intende studiare un segmento del percorso cui va incontro il lavoratore straniero dopo l'infortunio.

Se l'infortunio, inteso come evento, rimanda a una sorta di difettività intrinseca al rapporto tra lavoro e salute – nella misura in cui risulta sì contrastabile e contenibile (nel senso della prevenzione primaria) ma, di fatto, non del tutto eliminabile – la riparazione delle sue conseguenze (nel senso della prevenzione secondaria e terziaria) deve a maggior ragione aprire una valida prospettiva di rimedio e recupero, sul fronte della tutela e della promozione della salute. E tale prospettiva di rimedio e recupero si mostra tanto più valida, quanto più riesce a tener conto di tutte le dimensioni di quell'*integrità* del lavoratore, che è stata danneggiata dall'infortunio: la dimensione del danno somatico e del danno psicologico, la dimensione del danno familiare, del danno affettivo e del danno identitario[12], la dimensione del danno patrimoniale e del danno sociale.

Il lavoratore che subisce un infortunio va incontro a un percorso terapeutico, fondamentale per costruire la possibilità di limitare i danni e migliorare le proprie condizioni di salute[13]. L'accesso alle cure è un fattore chiave per la tutela della salute ma non sempre e non in tutti i contesti locali vi è certezza in

[12] L'infortunio, soprattutto se comporta conseguenze gravi, innesca un processo di lacerazione identitaria: il lavoratore infortunato è infatti costretto a ridefinire la propria identità in relazione al danno subito in termini di salute e di perdita di capacità. A ciò si aggiungono le conseguenze del cambiamento di lavoro (se non l'esclusione dal mercato del lavoro) che si traducono sovente in difficoltà economiche ed in un vero e proprio smarrimento del proprio ruolo sociale. Anche all'interno del nucleo familiare, il danno somatico e psicologico può condurre a un mutamento nella percezione del proprio ruolo di coniuge o di genitore. In ogni caso, è comunque necessario rimodulare la quotidianità attorno ai nuovi limiti, definendo nuove pratiche e nuove abitudini.

[13] Esemplare in proposito la testimonianza offerta dal racconto autobiografico *Diario di un infortunio*, scritto da Andrea Ben Leva (pubblicato dall'Inail nel 2001 e in una seconda edizione nel 2008) che fornisce un inedito resoconto dell'infortunio visto "dal di dentro" (www.benleva.it e www.inail.it).

merito all'ottenimento della terapia più adeguata e completa[14]. Il primo contatto col sistema di salute pubblica consiste generalmente nel ricovero ospedaliero per le cure di base del caso. In molti casi il percorso finisce a questo punto, in altri segue invece il momento delle terapie riabilitative – da praticare con tempestività e continuità – che costituiscono un passaggio cruciale per il pieno recupero o per il miglioramento delle condizioni di salute. L'Inail, attraverso la gestione diretta di alcuni centri, o attraverso convenzioni con altre strutture, garantisce alcune prestazioni in quest'ambito e gioca comunque un ruolo di primo piano lungo lo sviluppo dell'intero percorso.

Gli studi effettuati sembrano evidenziare che alcune difficoltà con cui si confronta il lavoratore straniero emergono nella definizione e nello svolgimento del percorso riabilitativo, più che nel momento precedente (l'ospedalizzazione per le cure di base del caso). Nella fase della riabilitazione, molte volte il lavoratore straniero infortunato pare infatti predisposto più di altri a sperimentare una condizione di svantaggio, che in genere consiste nell'esser "solo" – ovvero dotato di minori risorse – di fronte ai mutamenti intervenuti sia nel suo stato di salute somatica e psicologica, sia nella sua posizione sociale e patrimoniale; nonché "solo" nel rapporto col sistema assistenziale. Le ragioni della predisposizione a questa condizione di svantaggio sono senz'altro complesse, visti i molti fattori che entrano in gioco, in varia misura ed in maniera non univoca. Al di là dei tratti individuali, tali ragioni vanno cercate nelle barriere linguistiche, nell'organizzazione del sistema assistenziale e nel grado di *pertinenza culturale*[15] del sistema medesimo. È facilmente intuibile che la barriera linguistica possa produrre un *deficit* d'informazione e di comunicazione, soprattutto in merito a come individuare le strutture più adatte – tra quelle disponibili – ed in merito agli aspetti burocratici delle procedure di accesso (aspetti che risultano piuttosto complessi, poiché tutto ciò che riguarda i passaggi successivi all'infortunio è strettamente regolamentato, a motivo del coinvolgimento delle istituzioni pubbliche e delle parti datoriali, oltre che del soggetto infortunato). Un analogo *deficit* d'informazione in merito a come orientarsi nello scegliere la struttura più adatta al proprio caso può discendere dalle minori risorse in termini di capitale sociale. Parimenti, i tratti culturali di cui il lavoratore straniero è portatore (come nel caso, ad esempio, di alcune norme dietetiche o comportamentali) possono ostacolare la *compliance* al percorso di riabilitazione. Oppure, ancora, il sistema può rivelarsi in alcuni casi poco attrezzato a cogliere le espressioni "inedite" del bisogno di cura ed assistenza che provengono dal lavorato-

[14] Su questi aspetti ha fortemente richiamato l'attenzione l'indagine – senza dubbio pionieristica – intitolata *Il lavoro offeso*, realizzata nel 2009 (Di Nunzio, Galossi, in corso di pubblicazione) di cui è stato possibile acquisire i risultati, ancorché in corso di pubblicazione, per gentile concessione degli autori, ai quali è rivolto un sincero grazie.

[15] La "pertinenza culturale" o la "specificità culturale" dei servizi sanitari indica la capacità dei servizi medesimi di rispondere alle differenti forme del bisogno di cura e di assistenza.

re straniero infortunato ed a rispondervi adeguatamente. In ultimo: il rischio di discriminazione, diretta o indiretta.

Un altro segmento del percorso di cura, riabilitazione ed assistenza – avviato dopo l'infortunio – in cui il lavoratore straniero mostra sovente alcune fragilità è quello del reinserimento. Si tratta del momento di prevenzione terziaria, che completa la fase della prevenzione secondaria (cura e riabilitazione) e consiste nelle forme di assistenza messe in campo per conseguire i seguenti obiettivi: il rientro al proprio posto di lavoro, la riqualificazione finalizzata al ricollocamento nel mercato del lavoro, il sostegno alle possibili modalità di reinserimento sociale (soprattutto per coloro che, ancorché indennizzati, non possono più lavorare a causa dell'alto grado di disabilità conseguente all'infortunio e sono perciò esposti ad un rischio di marginalità particolarmente elevato).

Lungo l'*iter* terapeutico e amministrativo che si dipana dopo l'infortunio, il lavoratore straniero appare dunque particolarmente sensibile a eventuali criticità soprattutto nella fase riabilitativa ed in quella del reinserimento[16]. Come già ricordato e con esplicito riferimento agli elementi di fragilità che caratterizzano il lavoratore straniero nel corso di queste due fasi (riabilitazione e reinserimento) un tema di forte interesse è la ricaduta dell'infortunio, sia sulla vita del lavoratore che lo ha subito, sia sulla vita della sua famiglia. La necessità di provvedere alle ovvie incombenze che la fase riabilitativa comporta s'impone in concomitanza col subentrare degli altrettanto ovvi fattori di sofferenza economica, relativi al mutamento della condizione patrimoniale del lavoratore infortunato. Il tutto in un soggetto di per sé afflitto dalle conseguenze psicologiche del trauma infortunistico. La combinazione di questi elementi giunge spesso a configurare una condizione di seria difficoltà, in cui si rivela indispensabile l'appoggio, in termini di risorse materiali e umane, fornito dalla famiglia (messa peraltro a dura prova nelle sue capacità di tenuta) e dalle reti parentali ed amicali (quali le reti di connazionali, le reti etniche o i colleghi di lavoro). Emerge qui con la massima chiarezza il perché della fragilità

[16] L'indagine condotta dall'Istituto psicoanalitico per le ricerche sociali nel 2008 sul sistema Inail del Veneto, attraverso l'ascolto dei lavoratori stranieri con invalidità permanente, ha tra l'altro evidenziato una zona d'ombra nell'efficienza del sistema soprattutto per quanto riguarda l'accompagnamento nella fase di reinserimento successiva all'erogazione dell'indennizzo. Più recentemente, l'indagine *Il lavoro offeso* (Di Nunzio, Galossi, in corso di pubblicazione) a cui volentieri si rimanda, si è concentrata sul tema del post infortunio, effettuando interviste in profondità a lavoratori edili infortunati ed a loro familiari, in alcuni contesti territoriali (Roma, Napoli, Milano, Firenze e nelle province di Palermo, Catania e Verona). Essa ha messo in evidenza i limiti del sistema assistenziale nei percorsi di cura e di ricollocazione lavorativa, nell'erogazione dei servizi e nel riconoscimento dell'invalidità e delle indennità finanziarie, rilevando altresì che soprattutto il lavoratore immigrato – per la sua peculiare condizione di fragilità – si sente lasciato solo dalle istituzioni ed entra sovente in sofferenza nel rapporto con esse, lungo il percorso di definizione dell'infortunio, di cura e riabilitazione, nonché di reinserimento.

che contraddistingue il lavoratore straniero infortunato: l'irruzione dell'infortunio mette in crisi una serie di equilibri già di per sé precari. Per definizione, il lavoratore straniero immigrato dispone di minor risorse in termini di capitale sociale (anche laddove le filiere migratorie sono molto efficienti e si sono costruite forti e consolidate comunità etniche o nazionali). Inoltre – ed è questo il nodo della questione – il lavoro è il motivo e il significato del progetto migratorio. Come molti studiosi hanno già sostenuto in passato: la principale risorsa del lavoratore immigrato è la salute, perché è quella che gli consente di lavorare. Se la salute viene meno, vien meno anche il lavoro. E senza lavoro – nell'attesa di poter ricominciare a lavorare, o quando (nel peggiore dei casi) rimane solo la pensione d'invalidità – la vita si spezza e bisogna cominciarne una nuova[17]. Come? Dove? Con l'aiuto di chi?

La presente indagine intende fornire un approfondimento in merito ai successi, gli insuccessi ed i progressi degli esiti medico riabilitativi dei lavoratori stranieri infortunati in Lombardia. Essa si concentra pertanto su una realtà territoriale specifica e su un segmento specifico del percorso di cura che il lavoratore intraprende dopo l'infortunio, precisamente quello in cui egli interagisce col sistema Inail, nella fase della riabilitazione sanitaria e sociale. L'indagine riguarda principalmente questo momento, per la cui realizzazione l'Inail svolge un ruolo fondamentale.

1.4 Il sistema Inail e la prevenzione secondaria e terziaria

L'Inail si propone di fornire ai lavoratori infortunati o affetti da malattie professionali un sistema di tutela globale e integrata, che prevede l'erogazione di prestazioni economiche e sanitarie, ivi comprese quelle riabilitative, volte a migliorare le condizioni fisiche e psicologiche della persona disabile. Svolge inoltre una funzione di riabilitazione sociale volta a favorire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo dell'assicurato. A tal fine, oltre alle prestazioni medico legali, eroga prestazioni sanitarie, ivi comprese quelle riabilitative,

[17] "Se non avessi avuto qui la famiglia me ne sarei andato. Però ho comprato un appartamento qua, i bambini vanno a scuola qua, adesso non sanno neanche scrivere in serbo, scrivono in italiano, non sanno il cirillico… cosa faccio adesso. Loro adesso sono più italiani, non sono più serbi, anche tra loro parlano italiano adesso, per cosa adesso devo portarli giù?" (Stralcio da un'intervista condotta in Veneto a un lavoratore serbo di 49 anni, in Italia dal 2000, infortunatosi nel 2007). "… Perché io ho ancora bisogno delle cure, delle terapie, di essere seguito… però d'altra parte sono qui da solo e non si sa come si mette nella vita… perché è difficile uno che non ha parenti qua, non ha molte alternative di condurre una vita, diciamo, normale… certo a casa sarebbe molto più facile nel senso che sarei seguito, avrei sempre qualcuno sottomano che ti può aiutare se stai male… qua ti devi arrangiare da solo e comunque non è una vita allegra stare da soli… ecco adesso sto nell'indecisione più assoluta… non so cosa fare…" (Stralcio da un'intervista condotta in Veneto a un lavoratore senegalese di 42 anni, in Italia dal 2000, infortunatosi nel 2004).

necessarie per garantire un pronto recupero dell'integrità psico-fisica. Nell'ambito della riabilitazione, l'Inail ha realizzato e gestisce centri di riabilitazione. Attraverso il Centro di riabilitazione motoria di Volterra, l'Istituto ha costituito un modello sperimentale di erogazione delle prestazioni sanitarie di riabilitazione funzionale di alto livello, attraverso avanzate ed innovative tecnologie terapeutiche. La recente stipula di un protocollo di intesa con il Ministero della Sanità in materia di prestazioni sanitarie, tenendo conto dei possibili sviluppi normativi in materia di competenze sanitarie dell'Inail, intende rafforzare le sinergie con le Regioni e con le altre istituzioni operanti nel settore della sanità, per l'erogazione di prestazioni riabilitative anche tramite la fornitura diretta da parte dell'Istituto.

La funzione riabilitativa svolta dall'Istituto è fondata sul concetto di "presa in carico" del lavoratore assicurato dopo l'evento lesivo ed impegna gli operatori a prendere in considerazione la persona disabile nella sua specificità e complessità (ambiente, vita lavorativa, vita di relazione) al fine di individuare una gamma di servizi diversificati e personalizzati. L'Istituto svolge una funzione curativa attraverso la riabilitazione ambulatoriale di tipo motorio nelle sue Sedi: sotto forma di ricovero e *day hospital* presso il Centro di Volterra[18]; sotto forma di riabilitazione pre-protesica e post-protesica presso officine di costruzione di protesi e ausili (Vigorso di Budrio[19] e filiali).

Al fine di dare concreta attuazione al principio della tutela globale ed integrata, l'Inail ha istituito, su tutto il territorio, le *Équipes multidisciplinari*, composte da diverse competenze e specializzazioni professionali, che formulano – per ogni lavoratore disabile – un "progetto riabilitativo personalizzato" che consenta, attraverso la valutazione delle capacità residue – effettuata dal medico dell'Istituto – di orientare l'infortunato disabile verso un'attività lavorativa il più possibile consona alle sue attitudini residue. La finalità di tale progetto riabilitativo consiste nel definire gli obiettivi a medio e lungo termine e individuare gli interventi da porre in essere, che possono prevedere un'integrazione con eventuali altri progetti terapeutici e riabilitativi elaborati

[18] Costituisce il primo esempio di gestione diretta di attività ospedaliera di tipo strettamente riabilitativo, accreditato presso il Servizio sanitario nazionale e certificato conformemente alla norma UNI EN ISO 9001-2000. Operativo dal 1999, eroga prestazioni sanitarie di riabilitazione funzionale di tipo motorio e cure fisiche sia agli infortunati sul lavoro sia agli assistiti del Ssn in regime di ricovero ordinario e di *day hospital*. Tutti gli interventi terapeutici di alta specialità sono finalizzati a un "ritorno alla vita attiva" della persona con disabilità, attraverso le più avanzate modalità cliniche e tecnologie terapeutiche.

[19] Attivo dal 1961 e riconosciuto a livello internazionale come struttura di eccellenza, il Centro Protesi può accogliere non solo gli infortunati sul lavoro ma, più in generale, tutte le persone con disabilità motoria. Sia presso la sede principale di Vigorso di Budrio, sia presso la filiale di Roma, entrambe certificate ISO 9001-2000, viene seguito un particolare modello operativo che prevede la realizzazione di un trattamento riabilitativo pre e post protesico individuale e integrato: infatti la costruzione di protesi e presidi ortopedici personalizzati, con contestuale addestramento all'uso, viene integrata da una serie di servizi mirati alla rieducazione funzionale e sociale della persona disabile.

da altri enti, nonché il coinvolgimento del lavoratore e/o dei suoi familiari nella proposta o nella decisione di iniziative e attività di tipo sanitario, amministrativo, sociale e di reinserimento lavorativo[20].

Nell'ambito della sua funzione curativa e riabilitativa l'Inail ha anche sviluppato un'ampia riflessione sul fatto per cui la persona infortunata o tecnopatica rappresenta un "patrimonio" da tutelare, che è ad un tempo un patrimonio biologico-psicofisico ed un patrimonio di abilità ed esperienze lavorative (con riferimento alla risorsa umana e professionale, portatrice di un valore etico e nondimeno "economico", poiché l'uomo-lavoratore resta la risorsa fondamentale di qualunque impresa lavorativa). Il tutto anche in base all'evidenza che l'Inail è l'ente pubblico per eccellenza in cui la persona con menomazioni invalidanti si confronta con la sua specifica realtà lavorativa. Infatti, nell'ambito del sistema di salute pubblica, l'Istituto ha uno specifico di attività in cui gli aspetti di carattere prettamente terapeutico (le cure del caso) si accostano e sovrappongono ad aspetti che riguardano il reinserimento nel mondo del lavoro (per il quale pure l'Istituto possiede competenze e chiavi normative per intervenire).

Il percorso di presa in carico del lavoratore infortunato, con specifico riferimento all'ambito della riabilitazione sanitaria e sociale, consente di promuovere miglioramenti sia a favore della tutela della salute del lavoratore, sia sul sistema delle aziende[21]. Oltre a promuovere il ripristino del benessere del lavoratore infortunato, la riabilitazione riduce l'impatto sociale dell'infortunio ed assume una rilevante valenza economica[22]. I lavoratori infortunati costituiscono indubbiamente una categoria vulnerabile, poiché a causa dell'infortunio è minacciata: l'integrità psico-fisica del lavoratore, che naturalmente coincide col suo benessere ma rappresenta anche la risorsa essenziale di ogni essere umano e per tale ragione è oggetto di tutela, così come prescrive il dettato costituzionale (ad esempio nell'articolo 32: "La Repubblica tutela la salute come

[20] Sulla base di quanto previsto dalla legge in tema di collocamento mirato (legge n. 68/99) l'Inail svolge il ruolo di "facilitatore" dei meccanismi di reinserimento lavorativo delle persone con disabilità, a fianco degli enti e degli organismi istituzionalmente preposti a tale compito. In particolare l'art. 24 del D.lgs n. 38 del 2000 ha consentito la riqualificazione professionale finalizzata al reinserimento nel mondo produttivo di oltre 1.000 invalidi e il supporto economico alle piccole e medie imprese per l'abbattimento delle barriere architettoniche negli ambienti di lavoro.

[21] Il successo della riabilitazione riduce la durata dell'assenza del lavoratore dal posto di lavoro e dal sistema produttivo, ovvero favorisce il reinserimento nel mondo del lavoro di lavoratori orientati e, ove necessario, riqualificati.

[22] Per il lavoratore, perché riduce il tempo d'inabilità temporanea assoluta e garantisce il miglior reinserimento lavorativo; per le imprese, perché rende più breve l'assenza del lavoratore dal posto di lavoro ed incrementa le possibilità di recupero del lavoratore medesimo nelle sue funzioni (valorizzando il patrimonio di esperienze e competenze in suo possesso); per l'intera collettività, perché valorizza il lavoratore infortunato o tecnopatico, inteso come patrimonio biologico-psicofisico, di abilità ed esperienze lavorative, cioè come risorsa umana e professionale, portatrice di un valore etico ed economico, indispensabile alla società.

fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività..."); la possibilità di integrazione lavorativa, che rappresenta la modalità essenziale attraverso cui realizzare l'integrazione economica e sociale dell'individuo, come prescritto nell'articolo 1 della Costituzione della Repubblica: "L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro..."; l'integrazione sociale del lavoratore, sia a causa del rischio di perdita della capacità di produrre reddito, sia per gli effetti che un'eventuale invalidità permanente può avere sulla vita di relazione dell'individuo.

Posto che, all'interno del percorso di prevenzione secondaria e terziaria, il segmento della riabilitazione gioca un ruolo di primo piano e si fonda sul concetto di "presa in carico" del lavoratore infortunato (che impegna gli operatori a considerare la sua specificità e complessità in rapporto all'ambiente, alla vita lavorativa ed a quella di relazione) il successo della fase riabilitativa sanitaria e sociale va ricercato negli aspetti appresso specificati. Aspetti che costituiscono pertanto una sorta di indicatori di efficacia ed efficienza del sistema della riabilitazione nel suo complesso.

In primo luogo vi sono la rapidità dei processi di presa in carico e la tempestività dei trattamenti riabilitativi da erogare. In seguito a un evento lesivo, qual è l'infortunio sul lavoro, oltre e insieme alle cure, il momento della riabilitazione è un momento fondamentale per il pieno recupero dell'integrità psicofisica della persona (intesa quest'ultima come entità biologica e psichica, nonché come soggetto sociale) ovvero, qualora ciò non sia possibile, per ottenere il risultato più soddisfacente in termini di massimo recupero delle funzioni lese o in termini di valorizzazione e potenziamento delle abilità residue, con l'ausilio di tutti i mezzi e le tecnologie disponibili.

Il percorso riabilitativo richiede un grado di specializzazione, finalizzata al reinserimento lavorativo. Con riferimento in particolare alla riabilitazione in area sanitaria (cioè senza considerare la riabilitazione in area sociale) l'esperienza clinica suggerisce che il ricorso alle cure riabilitative, oltre che tempestivo, dev'essere consono con le lesioni da trattare, per ripristinare celermente l'integrità, promuovendo un'effettiva riduzione dell'inabilità temporanea assoluta ed un miglioramento dell'indice di gravità dei postumi invalidanti. La riabilitazione si confronta con la specifica realtà lavorativa dell'infortunato, adottando un approccio di tipo occupazionale, che tenga conto dell'analisi del gesto lavorativo, della valutazione delle *performance* lavorative (nella componente neuromotoria, muscolo-scheletrica e psicocognitiva) e di un esercizio terapeutico finalizzato al recupero di quella gestualità o abilità psicofisica di specifico interesse lavorativo. Il percorso prevede la diagnosi della lesione (eventuale valutazione della menomazione, delle abilità residue e dei potenziali benefici attesi) cui consegue la definizione di un progetto riabilitativo personalizzato, elaborato dall'*équipe* riabilitativa, coordinata dal medico responsabile e, in ultimo, la misurazione dei miglioramenti ottenuti, in base a quelli attesi.

È nondimeno necessario predisporre procedure *friendly users*, che agevolino la presa in carico del lavoratore infortunato da parte delle strutture riabilitative: disponibilità di informazioni chiare e complete sulle modalità di prestazione dei servizi, in grado di orientare l'assistito; coordinamento tra gli operatori del sistema, per facilitare il disbrigo delle pratiche burocratiche e garantire la tempestività dell'intervento di riabilitazione e la *compliance* dell'assistito. Analogamente si richiede corretta informazione degli assistiti in merito alle decisioni che li riguardano ed in merito alle motivazioni di tali decisioni; riservatezza[23].

In ultimo: capacità di effettuare una valutazione finale delle competenze residue, standardizzata ed utilizzabile dall'insieme degli attori, ivi compreso il lavoratore infortunato; capacità di individuare i percorsi più idonei per la riabilitazione e la riqualificazione professionale dei lavoratori infortunati con menomazioni che impediscono totalmente il reinserimento nelle stesse situazioni antecedenti l'infortunio[24].

In alcuni casi, un buon percorso di riabilitazione richiede altresì la capacità del sistema di attivare percorsi di reinserimento sociale dei lavoratori resi inabili al lavoro dall'infortunio, volti sia a promuovere il benessere di queste persone, sia a prevenire le patologie mediche e sociale che l'invalidità permanente può produrre.

1.5 Elementi di disfunzionalità del sistema

L'Inail svolge la funzione di garante della tutela privilegiata che lo Stato riconosce al lavoratore infortunato e provvede alle cure e alla riabilitazione, in si-

[23] Su questi aspetti hanno posto l'accento, tra gli altri, Casali, Lagattolla, 2002.

[24] Come ricordano Tavolaro, Castaldo, Allamprese, 2002. Nella delicatissima fase in cui deve riprendere la propria collocazione lavorativa, il lavoratore non può e non deve essere lasciato da solo… un modello di intervento che realizzi un corretto e tempestivo reinserimento lavorativo… dovrà rispondere anche all'esigenza di: 1) ottimizzare la compatibilità tra mansioni specifiche ed esiti di cui il lavoratore è portatore; 2) ridurre i tempi di latenza tra la definizione dei postumi e la ripresa di mansioni lavorative compatibili per quel determinato soggetto; 3) fornire di fatto un servizio sanitario integrato all'assicurato prevenendo la fase di disorientamento e frustrazione che in percentuale elevata colpisce gli infortunati alla definizione del periodo di Inabilità temporanea assoluta laddove sono residuati postumi importanti; 4) ridurre spese sanitarie da parte dell'assicurato/datore di lavoro: si previene il ricorso da parte dell'infortunato a visite specialistiche e/o ad esami strumentali già effettuati all'interno dell'Istituto; 5) fornire al medico competente, in tempi ristretti, tutte la notizie di carattere sanitario nonché di indagini strumentali espletate, giusto finalizzato all'emissione del giudizio di idoneità; 6) effettuare visite collegiale periodiche o su richiesta del lavoratore, finalizzate al controllo e quindi alla previsione di tutte le misure sanitarie per impedire aggravamenti delle menomazioni del soggetto ricollocato".

nergia col Sistema sanitario nazionale, direttamente e indirettamente[25]. Certamente l'Istituto mantiene la propria fisionomia originaria e costitutiva di ente assicurativo, sostenuto dai contributi versati dai lavoratori e dai datori di lavoro, che ha la finalità specifica di perseguire il reinserimento lavorativo degli assistiti (ovvero il massimo recupero possibile delle capacità lavorative). Il Sistema sanitario nazionale, nell'ambito della sua funzione di tutela e promozione della salute, garantisce ovviamente tutte le misure necessarie a restituire il massimo grado di salute possibile ai lavoratori infortunati ma, per molti versi, non ha quella specificità dell'Inail, nell'interpretare le esigenze specifiche dei lavoratori, perché – a differenza dell'Inail – nasce con finalità diverse ed ha per oggetto la salute pubblica.

L'organizzazione funzionale del sistema di tutela del lavoratore è stata fino al 1978 in capo all'Inail, che attraverso i propri ambulatori, la rete dei Centri traumatologici ospedalieri e i propri fisiochinesiterapisti, aveva costruito un bagaglio di esperienze specialistiche ed organizzative centrate sulla protezione della salute, in funzione del lavoro[26]. Con la riforma del 1978 e il passaggio di competenze al Sistema sanitario nazionale, si è realizzato un cambio di prospettiva teorica, che ha teso a considerare la salute un valore in sé, indipendentemente dalla funzione produttiva del lavoratore[27]. Senza affrontare i ri-

[25] Fatti salvi i casi di semplice terapia fisica strumentale, per disabilità minimali, un progetto di riabilitazione richiede la presa in carico clinica globale della persona infortunata, mediante un progetto riabilitativo individuale: l'insieme di proposizioni elaborate dell'*équipe* riabilitativa, coordinata dal medico responsabile. Le cure riabilitative ambulatoriali si effettuano presso l'Inail in regime di convenzione, tramite atto aggiuntivo col Ssn. Quelle presso strutture altamente specializzate (ad esempio il Centro di riabilitazione motoria di Volterra) si effettuano in regime di ricovero, di day hospital e semiresidenziale.

[26] Il principio della tutela privilegiata del lavoratore infortunato trova una sorta di punto di riferimento nel decreto del Presidente della Repubblica del 30 giugno 1965, avente in oggetto il Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, in base al quale l'Inail erogava direttamente le cure mediche, chirurgiche e protesiche. Anche la riabilitazione rientrava nel novero delle prestazioni sanitarie erogate direttamente dall'Istituto. In questa fase, che si protrae fino all'istituzione del Sistema sanitario nazionale, l'Inail fornisce le prestazioni curative e riabilitative attraverso la rete degli ambulatori istituiti presso le proprie sedi periferiche ed attraverso la rete dei Centri traumatologici ortopedici istituiti – unitamente ad altre strutture di eccellenza – per il trattamento dei traumi più impegnativi. All'interno di queste strutture si sviluppano e sono gestite dall'Inail anche le prime scuole per fisioterapisti (terapisti della riabilitazione). Erano altresì già presenti iniziative di riabilitazione specificamente finalizzate al reinserimento lavorativo, come nel caso della Scuola Inail di riqualificazione professionale, istituita presso il centro di riabilitazione al lavoro per motulesi (mentre l'assistito svolgeva il trattamento di fisiochinesiterapia veniva avviato alla scuola per svolgere un corso residenziale di riqualificazione della durata di 14 mesi, con attestazione finale di un diploma, in previsione di un riavviamento al lavoro, da realizzarsi in sinergia con gli Uffici provinciali del lavoro e della massima occupazione).

[27] L'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978, che ha ridisegnato l'architettura del Sistema sanitario ed entrando nel merito dell'attività e delle finalità degli Enti previdenziali, ha soppresso la possibilità per questi ultimi di effettuare prestazioni di carattere diagnostico e terapeutico, accentrandole nell'ambito dell'istituendo Sistema sanitario nazionale.

svolti etici e sociologici di queste due diverse prospettive, vale però ricordare che se è indubbio il valore etico che pone la salute come bene da tutelare in sé, è altresì indubbio che per il lavoratore la salute e l'integrità fisica costituiscono una risorsa umana e professionale, portatrice di un valore etico ed economico, indispensabile per la società, che merita anch'esso una tutela. Di fatto, la tensione tra questi due principi (il lavoratore infortunato è un soggetto che ha diritto alle cure come qualsiasi altro soggetto nella medesima condizione sanitaria e afferisce pertanto al Ssn, che universalmente assicura a tutti la propria tutela; il lavoratore infortunato è un elemento del sistema produttivo e il recupero della piena funzionalità ai fini dell'efficienza produttiva necessita di un sistema di tutela specifico, peraltro finanziato dallo stesso sistema produttivo e dal lavoratore medesimo) non è stata mai completamente risolta. Ne danno conferma sia la funzione dell'Inail nel garantire l'indennità dell'inabilità temporanea, nel coprire i costi della riabilitazione e provvedere all'indennizzo dell'invalidità permanente, sia la permanenza sul territorio nazionale degli ambulatori gestiti direttamente dall'Inail e di strutture di eccellenza, come quelle di Vigorso di Budrio e di Volterra.

Il tentativo d'integrazione tra la gestione universalistica del lavoratore infortunato e le competenze tecniche e professionali dell'Inail ha conosciuto fasi

In accordo col principio di garantire a ciascun cittadino un uguale ed adeguato livello di assistenza sanitaria (superando le frammentazioni esistenti) ed in accordo col principio di razionalizzare il sistema di salute pubblica, la riforma ha tuttavia comportato una parziale perdita del principio della tutela privilegiata del lavoratore infortunato. Quest'ultimo infatti, a seguito della riforma, afferisce – per diagnosi, cura e riabilitazione – alle strutture del Sistema sanitario nazionale, con le stesse modalità previste per tutti i cittadini. Di fatto, la competenza sulle prestazioni sanitarie – ivi comprese quelle riabilitative – viene in tal modo sottratta all'Inail, che conserva invece la funzione di liquidare le prestazioni. Nel corso dell'attuazione della riforma sanitaria non si è tuttavia verificato un effettivo e completo mantenimento delle garanzie di tutela del lavoratore infortunato (in termini di visite specialistiche, esami strumentali e riabilitazione) a fronte di una certa disomogeneità delle prestazioni sul territorio regionale e a fronte di una non sempre puntuale tempestività dell'attuazione dei percorsi riabilitativi. In presenza di tale andamento, si giunge alla legge n. 67 del 1988 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) che nell'articolo 12 comma 2 recita: "Al fine di garantire agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici la maggiore tempestività delle prestazioni da parte dell'Inail, le Regioni stipulano convenzioni con detto Istituto secondo uno schema-tipo approvato dal Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale, per disciplinare l'erogazione da parte dell'Istituto stesso, congiuntamente agli accertamenti medico-legali, delle prime cure ambulatoriali necessarie in caso di infortunio sul lavoro e di malattia professionale, e per stabilire gli opportuni coordinamenti con le unità sanitarie locali". Vengono così attivati ambulatori per le prime cure presso le unità territoriali e ambulatori di fisiochinesiterapia, tramite atti aggiuntivi con le Regioni. Infine, in seguito al decreto ministeriale del 21 maggio 2001 (Definizione livelli essenziali di assistenza) vengono fissati i livelli essenziali di assistenza (Lea) delle prestazioni garantite dal Ssn e poiché le prestazioni riabilitative non sono uniformi in tutte le regioni, l'Inail ha emanato delibere che permettessero, con atto aggiuntivo alle convenzioni per le prime cure, l'apertura di ambulatori di fisiochinesiterapia presso le sedi maggiormente carenti per la riabilitazione.

e percorsi diversi, incontrando ulteriori elementi di complessità in seguito alla modifica del Titolo V della Costituzione e successiva regionalizzazione del Ssn.

Al di là delle disparità nella qualità e nell'organizzazione dei servizi che si riscontrano tra regione e regione, allo stato attuale è nel suo complesso che il sistema di presa in carico del lavoratore infortunato all'interno dei servizi di riabilitazione segnala difficoltà nel garantire piena efficienza[28]. In particolare, rispetto agli aspetti prima elencati, che costituiscono una sorta di indicatori di efficacia ed efficienza del sistema della riabilitazione nel suo complesso, vi è una diffusa concordanza nell'individuare le disfunzionalità di seguito specificate, che costituiscono per l'appunto le fragilità del sistema medesimo.

Tab. 1 - Disfunzionalità del sistema riabilitativo

Possibili indicatori di qualità	*Punti di fragilità del sistema*
Rapidità dei processi di presa in carico da parte del servizio di riabilitazione ed inizio tempestivo del trattamento.	Difficoltà del lavoratore infortunato ad orientarsi nei confronti del sistema e nell'individuare le strutture a cui rivolgersi, con discontinuità nel passaggio dal momento delle cure (ricovero ospedaliero) al momento riabilitativo, con ricadute negative sulla rapidità della presa in carico e sull'esito del trattamento.
Specializzazione del percorso riabilitativo ai fini del reinserimento lavorativo.	Non tutte le strutture di riabilitazione sono in grado di predisporre programmi riabilitativi personalizzati a cui concorrono specialisti fisiatri, versati nella terapia occupazionale. Difficoltà del lavoratore nell'orientarsi verso le strutture più qualificate a trattare il suo caso.
Semplificazione delle procedure e trasformazione dei servizi in senso *friendly users*.	Il lavoratore infortunato è disorientato dall'incompletezza di informazioni chiare e complete. Le procedure burocratiche sono complesse e svolte da più attori (ad esempio: medico di base e medico Inail). La carenza di coordinamento tra i vari attori che concorrono alla presa in carico e alla riabilitazione non conferiscono continuità all'*iter* post-infortunistico e hanno una ricaduta negativa sulla *compliance* dell'assistito, che molte volte non è al corrente delle decisioni prese dal sistema nei suoi confronti né delle motivazioni. Alcuni autori segnalano la mancanza di riservatezza (Casali, Laggattola, 2002) Non vi sono procedure elettroniche di raccolta dei dati relativi all'assistito, da rendere immediatamente disponibili all'insieme degli attori coinvolti.

[28] Sugli aspetti disfunzionali del sistema di tutela del lavoratore infortunato ha fortemente richiamato l'attenzione la già più volte ricordata indagine *Il lavoro offeso*, realizzata nel 2009 (Di Nunzio, Galossi, in corso di pubblicazione). Gli elementi di fragilità della prevenzione terziaria, sul versante del sostegno alla socializzazione degli infortunati resi inabili al lavoro dall'infortunio, sono stati presi in esame da uno studio qualitativo promosso dall'Inail Veneto e realizzato dall'Istituto psicoanalitico per le ricerche sociali nel 2008.

Valutazione finale delle competenze del lavoratore standardizzata ed utilizzabile dall'insieme degli attori.	Difficoltà del sistema nell'adottare come prassi comune, al termine del percorso riabilitativo, il ricorso alla classificazione Icf per effettuare una valutazione delle competenze, che risulta indispensabile a completamento della documentazione in possesso dell'assistito, ai fini del reinserimento lavorativo ovvero della riqualificazione, nonché ai fini del monitoraggio delle condizioni del lavoratore nel lungo periodo.
Rapida riqualificazione professionale dei lavoratori che non possono reinserirsi nella posizione lavorativa precedente.	La gestione del lavoratore tecnopatico in conseguenza di infortunio si colloca in una sorta di terra di nessuno (Tavolaro, Castaldo, allamprese, 2002) in cui tutti hanno difficoltà a farsi carico dell'inidoneità alla mansione specifica. Il riorientamento dell'infortunato disabile verso un'attività lavorativa il più possibile consona alle sue attitudini residue prevede un'integrazione con eventuali altri progetti elaborati da altri enti, nonché il coinvolgimento del lavoratore e/o dei suoi familiari nella proposta o nella decisione di iniziative ed attività di tipo sanitario, amministrativo, sociale e di reinserimento lavorativo, che non sempre sono facilmente realizzabili. L'Inail stesso, in base a quanto previsto dalla legge in tema di collocamento mirato (legge n. 68/99) svolge il ruolo di "facilitatore" dei meccanismi di reinserimento lavorativo delle persone con disabilità, a fianco degli enti e degli organismi istituzionalmente preposti a tale compito.
Attivazione di percorsi di reinserimento sociale dei lavoratori inabili al lavoro in seguito all'infortunio.	Il sistema di riabilitazione sanitaria e sociale del lavoratore infortunato lascia qui una sorta di vuoto di tutela. Dopo il vitalizio o l'indennizzo, questo lavoratore permane in una condizione di forte fragilità su cui il sistema non riesce ad estendere la propria tutela, che sovente resta appannaggio del volontariato sociale o delle risorse umane rese disponibili dalle reti amicali[29].

Di fronte agli elementi di fragilità del sistema della riabilitazione, i lavoratori immigrati condividono in parte le difficoltà cui vanno incontro i lavoratori non immigrati più svantaggiati e in parte ne incontrano di supplementari, dovute al peso delle barriere linguistiche e culturali, oltre che alla minore disponibilità di risorse in termini di capitale sociale. Come già ricordato, il lavoratore immigrato che resta vittima di un infortunio sul lavoro è più "solo" nel rapporto col sistema assistenziale, meno attrezzato ad espletare correttamente le procedure burocratiche spesso complesse e meno capace di orientarsi nella scelta delle strutture riabilitative più adatte al suo caso. I tratti culturali di cui talvolta è portatore possono ostacolare la sua *compliance* al trattamento, so-

[29] Studio qualitativo promosso dall'Inail Veneto e realizzato dall'Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali nel 2008 (Iprs, 2008).

prattutto laddove i servizi di riabilitazione non mostrano un'adeguata capacità di interagire positivamente con la differenza culturale (con riferimento al già citato grado di "pertinenza" culturale dei servizi). Tutto ciò si traduce di fatto in una condizione di discriminazione indiretta, che sussiste anche in mancanza di eventuali forme di discriminazione diretta. E quest'insieme di elementi, che configura un rischio d'insuccesso – o minor successo a paragone col lavoratore non immigrato – del percorso di riabilitazione sanitaria e sociale, assume una valenza particolare nel caso del lavoratore immigrato, per il quale il lavoro è "tutto", visto che nella possibilità di lavorare risiede la possibilità di riscatto economico e sociale, ovvero il motivo ed il significato del progetto migratorio.

Gli aspetti disfunzionali del sistema della riabilitazione sono ovviamente comuni anche al territorio della Lombardia. Il sistema Inail ha piena consapevolezza della cogenza del tema e s'è fatto promotore di numerose iniziative volte a migliorare i livelli di tutela della salute dei lavoratori immigrati.

Come più volte ricordato, la letteratura si è concentrata sulla prevenzione primaria, cioè sull'area della nocività del lavoro, anche in rapporto al binomio immigrazione e salute. Una sorta di punto di riferimento in Italia è stato posto dall'indagine dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, *Immigrati e rischio infortunistico in Italia*, a cura di Franco Pittau ed Amedeo Spagnolo, pubblicata nel dicembre 2003 (www.istitutoaffarisociali.it). Un contributo più recente è stato apportato dallo studio di De Luca M.G., Calandriello L. e Bindi L., *Il fenomeno infortunistico tecnopatico nei lavoratori stranieri. Aspetti sociali e di prevenzione* (Atti del VII Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale, www.inail.it) che hanno esaminato il fenomeno negli anni 2003-2007 e presentano dati più aggiornati.

Nello specifico della Lombardia è stato tuttavia recentemente attivato il Progetto pilota "Lavorare sicuri" (luglio 2009). Si tratta di una delle regioni in cui è più evidente l'incidenza degli infortuni sul lavoro occorsi a lavoratori immigrati[30], anche a motivo della dinamicità del contesto occupazionale (la Lombardia è la regione più produttiva d'Italia) che trova corrispondenza nel dato dei circa 800mila cittadini stranieri residenti nel territorio regionale. A giudizio dell'Ente, il numero sproporzionato di infortuni tra i lavoratori immigrati è dovuto a fattori legati alle variabili culturali, alla lingua ed alla percezione del rischio. Il Progetto "Lavorare sicuri" consiste pertanto nella formazione di 250 operatori Inail di sportello e di 350 mediatori culturali (o rappresentanti delle associazioni di immigrati) per fornire loro competenze utili a

[30] Nel 2007, su circa 29.500 infortuni denunciati all'Inail in Lombardia, circa 24.900 riguardavano lavoratori nati in paesi extracomunitari. Nel 2008 il dato appariva ancora in crescita, pur se con una diminuzione del numero – peraltro elevatissimo – di casi mortali occorsi a lavoratori nati all'estero (da 45 a 40). Tra le province più colpite, spiccavano quelle col maggior numero di lavoratori stranieri (Milano, Brescia e Bergamo). Tra i più coinvolti: i nati in Marocco, seguiti dai nati in Romania e in Albania.

facilitare i rapporti tra le varie tipologie di utenza immigrata e l'Inail stesso. Inoltre, attraverso una specifica campagna d'informazione, il Progetto mira a sensibilizzare i lavoratori immigrati al comportamento responsabile in azienda, nonché a diffondere la conoscenza dei diritti, dei doveri e dei servizi di tutela offerti dall'Inail.

Un presupposto del Progetto inaugurato in Lombardia si rinviene nell'esperienza d'inserimento del mediatore culturale nella sede Inail di Milano Boncompagni (Astengo, Broglio, Calmieri, 2004[31], che ha messo in evidenza fondamentalmente la necessità di processi di formazione-informazione dei lavoratori stranieri. Secondo gli autori, tale bisogno scaturisce direttamente dall'appartenenza a contesti culturali diversi e dalle modalità prevalenti dell'immigrazione in Italia, che vede la stragrande maggioranza dei lavoratori immigrati accedere al mondo del lavoro con scarsissima preparazione innanzitutto nella conoscenza della lingua italiana ed in merito alle tecnologie produttive ed agli strumenti legislativi che regolano diritti e doveri del cittadino lavoratore. Ne consegue che un'adeguata promozione degli interventi volti a rafforzare la prevenzione – sia in campo infortunistico, sia rispetto alla possibile insorgenza di patologie di origine professionale – possa passare attraverso iniziative finalizzate a conseguire una più completa informazione di gruppi di lavoratori extracomunitari, in genere collocati proprio in quei settori di attività ove i citati rischi sono maggiormente presenti. Tali iniziative si gioverebbero certamente dell'ausilio di operatori interculturali, per indurre un miglioramento del fenomeno infortunistico almeno nelle sue linee generali. Allo stesso modo, iniziative di carattere formativo troverebbero adeguata collocazione nell'intento più ampio di rafforzare la prevenzione, tenuto conto che i lavoratori immigrati sono per lo più catapultati nel mondo del lavoro senza aver preventivamente ricevuto alcuna preparazione in merito alle mansioni da svolgere ed agli strumenti da utilizzare. Sulla base di questi presupposti, gli autori propongono di realizzare interventi formativi strutturati, anche attraverso progetti collaborativi, in parte già esistenti, con la Regione Lombardia e le Asl locali.

Tra i pochi studi effettuati sugli esiti della prevenzione secondaria e terziaria, in cui rientra il segmento della riabilitazione, si può solo citare il già menzionato lavoro *Il lavoro offeso*, peraltro non concentrato sul tema degli esiti riabilitativi né sul panorama lombardo, che ha tuttavia richiamato l'attenzione sia sulle difficoltà che i lavoratori immigrati infortunati incontrano nel cimentarsi con gli aspetti burocratici del sistema Inail, sia sulle difficoltà che essi

[31] L'esperienza è stata realizzata da un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha reso operativo un mediatore culturale, attraverso la collaborazione con una cooperativa locale. Presso la sede in oggetto gli infortuni occorsi a lavoratori immigrati rappresentavano circa il 14% del totale ed il settore dell'edilizia quello più interessato. L'esigenza di mediazione era avvertita soprattutto nei confronti dei lavoratori egiziani e marocchini. Il miglioramento dei rapporti è stato osservato sia nell'ambito dell'area lavoratori, sia nell'ambito dell'area medica.

incontrano nell'individuare le strutture in cui praticare le cure riabilitative, nonché nell'accedere alle prestazioni più qualificate.

La Lombardia, al pari di altre Regioni, mostra una sensibilità al tema della riabilitazione e del reinserimento dei lavoratori infortunati, anche in ragione del fatto per cui, tra le Regioni italiane è la prima cliente dell'Inail per numero di imprese assicurate. Ne fornisce testimonianza un Convegno tenuto a Como nel luglio 2006, *Sicurezza sul lavoro: riabilitazione e reinserimento degli infortunati al Nord*, dedicato alle nuove prospettive determinate dall'ampliamento dell'area d'intervento dell'Istituto, nel campo della cura e del reinserimento professionale dei lavoratori infortunati. In quest'occasione, è stata lanciata ad esempio l'idea di favorire la costruzione di un polo riabilitativo di eccellenza, considerando che laddove l'Inail prende in carico il lavoratore, fino al suo completo reinserimento c'è una riduzione media di 9 giorni del periodo di infortunio (che scende a 25 giorni, a fronte di una media nazionale di 34 giorni) così da assicurare al lavoratore infortunato maggiori *chances* per essere restituito nel modo migliore all'attività produttiva.

1.6 Servizi di riabilitazione e differenza culturale

Le disfunzionalità del sistema della riabilitazione, per come si configurano nel quadro attuale, sembrano confermare che le difficoltà di dar luogo a un'interazione positiva con l'utenza immigrata sono di diverso ordine e grado. Più precisamente, è possibile collocare tali difficoltà lungo un *continuum*, che parte dall'aspetto relativo all'accesso ai servizi ed alle prestazioni in condizioni di pari opportunità, per scivolare progressivamente verso l'aspetto relativo alle barriere culturali, declinabili in accordo con la definizione stessa di cultura, che comprende, ad esempio: la varietà delle abitudini alimentari e delle pratiche religiose, fino alle diverse forme ed espressioni del bisogno di cura ed assistenza, che spesso sottendono differenti rappresentazioni del corpo e del mondo. La dimensione relativa alla possibilità dei nuovi utenti di accedere al sistema di salute pubblica è in sostanza contigua alla dimensione che riguarda la possibilità dei nuovi utenti di avere a disposizione tipologie di prestazioni in grado di rispondere alle loro eventuali esigenze culturali ed erogate con modalità consone a tali esigenze.

Vi sono certamente disuguaglianze di accesso ai servizi e alle prestazioni, associate alle forme di instabilità economica e marginalità sociale – anche in termini di minor capitale sociale. Da questo punto di vista, i lavoratori immigrati (ovvero alcune categorie di lavoratori immigrati) condividono vecchie e nuove disuguaglianze di salute con i lavoratori autoctoni che versano in condizioni di svantaggio economico e sociale. Ancora da questo punto di vista, si presume di fatto che i percorsi di riabilitazione e fisiochinesiterapia – cioè le strategie d'intervento e gli strumenti operativi di cui dispone il sistema ogget-

to di studio – possano essere in grado di rispondere alle esigenze di tutti i lavoratori infortunati, laddove sia possibile garantire a tutti i migliori percorsi di riabilitazione e fisiokinesiterapia, in condizioni di parità e non discriminazione, cioè laddove non sussistano ostacoli all'accesso per alcuni e laddove siano adeguatamente risolti il problema della barriera linguistica e quello della discriminazione (diretta o indiretta). Si presume altresì che il sapere medico, almeno in questo campo, abbia una sorta di validità universale. In estrema sintesi: il modello teorico e operativo della medicina non è particolarmente sollecitato a sviluppare una riflessione critica sulla propria efficacia, mentre vi è una forte sollecitazione a far sì che tutti possano beneficiare appieno della potenza delle prestazioni che quel modello teorico e operativo è in grado di garantire (adeguata informazione degli utenti a rischio di esclusione; avvicinamento, orientamento e guida ai servizi; segretariato sociale; abbattimento della barriera linguistica; lotta alla discriminazione diretta ed indiretta).

In contiguità con la questione delle disuguaglianze di accesso alle risorse del sistema sanitario (riconducibili allo svantaggio sociale di alcuni utenti) si pone la questione della pertinenza culturale di tali risorse. Questione che ha a che fare con la flessibilità del sistema sanitario e del sapere medico in sé, che sono per molti versi chiamati ad ampliare il proprio raggio d'azione, attraverso vari accorgimenti, in modo da fornire adeguate risposte sia alle varie forme del bisogno di cura legate alla diversità culturale dei gruppi umani, sia agli elementi di diversità biologica di cui i vari gruppi umani sono portatori[32]. Su questa linea, vi è particolare attenzione al tema dell'interazione tra medico e paziente. Soprattutto nell'incontro con pazienti che esprimono un diverso bisogno di cura e assistenza, in ragione della mancanza di codici e rituali comuni, prendono infatti maggior risalto le implicazioni relazionali del rapporto di cura. Qui la cultura medica occidentale appare fortemente stimolata a rivedere le proprie modalità di approccio alle varie espressioni di disagio e si cimenta col problema di come ascoltare meglio il paziente, al di là delle esigenze di oggettivazione, intrinseche alla procedura medica standard. In una battuta: la medicina si ripensa e nel far ciò ripensa il modo di "fare medicina"[33]. In tal

[32] La riflessione autocritica della medicina ha assunto una fisonomia più decisa in particolare nello specifico dell'ambito psichiatrico e psicoanalitico, in cui il sapere medico occidentale è stato sollecitato in due direzioni. Su un versante ha rinunciato all'universalismo delle proprie concezioni di salute, malattia e cura (di stampo metastorico e "culturicentrico") e in alcuni casi ha accettato di recuperare altre culture mediche, operando accanto ad esse o in sinergia con esse. Su un altro versante, si avvale di apporti estranei al proprio contesto originario – appropriandosi di numerosi contributi provenienti dall'antropologia e dalla sociologia – tentando di riproporsi, in una veste rinnovata, come approccio terapeutico in grado di affrontare tutte le patologie in tutti i contesti possibili.

[33] Dal punto di vista storico, i modi di "fare medicina" e di occuparsi della salute delle persone si sono costruiti (sia dal punto di vista dei processi di accumulazione delle conoscenze scientifiche, sia dal punto di vista dei processi di costruzione sociale, che pure contribuiscono alla traduzione dei saperi in messa a punto di sistemi di salute pubblica e garanzia di prestazioni di

senso, il sistema sanitario e il sapere medico tentano di contestualizzarsi e di inquadrare i problemi di salute in rapporto alle tradizioni cui i soggetti appartengono, nonché in rapporto ai mutamenti che sono in corso nella vita dei soggetti medesimi.

Un ulteriore motivo d'interesse per lo studio degli esiti medico riabilitativi dei lavoratori stranieri infortunati, con riferimento a successi, insuccessi e progressi, risiede nel suo costituire un'occasione per una riflessione su come il mondo della riabilitazione, nello specifico dell'area di competenza sanitaria, si confronta con la questione della diversità culturale, dunque con l'adeguamento della "pertinenza culturale" dei servizi e delle prestazioni riabilitative. Il tema è pressoché assente dalla letteratura italiana, nello specifico della riabilitazione in area sanitaria, ma se ne ha crescente riscontro in quella internazionale.

Per descrivere concretamente le possibili risposte del sistema sanitario, di fronte alle questioni sollevate dal tema della pertinenza culturale dei servizi, alcuni autori[34] hanno ricostruito una sorta di scala dei gradi di competenza culturale, da intendersi, anche in questo caso, come un *continuum* lungo il quale si passa dall'incapacità di tener conto delle variabili culturali, al pieno sviluppo di approcci efficaci nei loro confronti. Si parla di *incapacità culturale* per indicare che un sistema non ha la capacità di interagire positivamente con soggetti provenienti da altre culture: opera in base a pregiudizi scientifici o culturali, mantiene un alto livello di pregiudizio ed assume una distanza paternalistica nei confronti dell'utenza. Segue l'*indifferenza culturale*, in cui il principio teorico su cui si fonda il sistema (oppure un insieme di servizi) ancorché esente da pregiudizi, risiede nel considerare tutti gli utenti alla stessa maniera, senza riconoscere e – di conseguenza – considerare le differenze culturali: qui le strategie e le prassi operative non prevedono il ricorso a misure specifiche per rispondere a esigenze di ordine culturale avanzate da alcuni utenti, le prestazioni sono prevalentemente etnocentriche ed i servizi di fatto incoraggiano l'assimilazione dell'utenza eteroculturale e tendono ad attribuire alle presunte caratteristiche negative di quest'ultima la responsabilità degli in-

prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione) in rapporto ai valori, alle culture e alle esigenze cosiddette maggioritarie, che generalmente – e in maniera semplicistica ma non molto lontana dal vero – coincidono con le caratteristiche della *middle-class* di pelle bianca che vive nelle società occidentali a sviluppo avanzato. La tradizione medica dominante, nonostante le contraddizioni che la attraversano, ha prodotto strumenti di cura indubbiamente molto potenti ed efficaci ed è in grado di offrire molto. Tuttavia, soprattutto alcuni settori, tra cui quello della riabilitazione, hanno costituito terreno fertile per acquisire crescente consapevolezza dei limiti dell'approccio puramente biomedico, basato sulla comprensione meccanicistica e biologica dell'essere umano, dei processi che lo attraverso e della loro espressione. Soprattutto in questi settori si avverte perciò la necessità di tenere in gran conto, nel prendersi cura delle persone, i fattori socio-culturali materiali e non materiali. Quest'interesse si coniuga con l'altrettanto impellente necessità di fornire le prestazioni terapeutiche in maniera efficiente ed efficace, al fine di ottimizzare l'impegno delle risorse (che appaiono peraltro sempre più esigue).

[34] Tra gli altri, Cross et al., 1989 e, soprattutto, Leavitt, 1999, che costituisce una sorta di punto di riferimento per gli studi successivi.

successi, operando una sorta di colpevolizzazione della vittima. Ad un grado più elevato si pone la *pre-competenza culturale*, che caratterizza il sistema consapevole delle proprie difficoltà (nel rispondere adeguatamente alle esigenze di tutti i gruppi che compongono la propria utenza di riferimento) e impegnato a esplorare le possibili alternative per porvi rimedio. Si giunge così alla *competenza culturale*, laddove il sistema rispetta ed accetta le differenze culturali, mette in atto un continuo processo di auto assestamento nei confronti di queste ultime, è attento alle dinamiche connesse all'incontro tra culture non omologhe e tende a incrementare le conoscenze e le risorse interculturali ed il conseguente adattamento dei servizi e delle prestazioni. Il grado ottimale di competenza culturale (*cultural proficiency*) si configura quando il sistema dedica un elevato livello d'attenzione alla variabile "cultura" ed avverte la necessità di promuovere ricerche, diffondere le conoscenze e sviluppare approcci che conducano alla messa a punto ed alla fornitura di prestazioni di ampia pertinenza culturale, in grado di rispondere ad esigenze specifiche (le esigenze avanzate dai vari gruppi che compongono l'utenza).

In sintesi, si ha un *continuum* di esigenze ed elementi di difficoltà cui far fronte (che spazia dal garantire a tutti gli utenti l'erogazione dei servizi, al garantire la comprensione delle diverse forme del bisogno di cura ed assistenza, al fornire le prestazioni nel rispetto delle diversità culturali, fino all'offrire, in alcuni casi, prestazioni specifiche, ad esempio opzioni terapeutiche provenienti da altre culture mediche, laddove esse siano efficaci nei confronti di alcuni utenti) che può incrociarsi con un *continuum* di possibili adattamenti e riassestamenti (più o meno radicali) messi in atto dal sistema sanitario in risposta a tali esigenze e difficoltà dei nuovi utenti (che può spaziare dalla rigidità dell'incompetenza culturale, all'universalismo deliberatamente insensibile nei confronti delle variabili culturali, fino alla flessibilità degli approcci a più alto grado di pertinenza culturale).

In questa cornice concettuale, la letteratura medica internazionale ha da qualche tempo iniziato a considerare la questione del rapporto tra l'esito dei percorsi riabilitativi e le determinanti connesse all'appartenenza etnica e culturale dell'assistito. La stessa complessità della nozione di riabilitazione, seppur limitata alla sua sola dimensione sanitaria (l'insieme dei trattamenti fisiochinesiterapici) induce a presupporre che queste variabili abbiano rilevanza, ai fini del suo successo e dal punto di vista delle sue modalità di realizzazione. Pur se gli studi effettuati non sono moltissimi, la medicina sta sviluppando un crescente interesse per l'approfondimento delle conoscenze in merito alle relazioni tra queste variabili ed i successi e gli insuccessi della riabilitazione medica (in tutti i suoi campi di applicazione, al di là dell'infortunistica e della prevenzione secondaria e terziaria degli infortuni sul lavoro). Ciò al fine di assicurare prestazioni di riabilitazione e fisiochinesiterapia, che siano maggiormente "centrate" sugli individui, cioè culturalmente appropriate, in modo da migliorare l'efficienza dei servizi di riabilitazione in termini di risultati cli-

nici ed in termini di costi (Leavitt, 1999). Gli studi effettuati mostrano che un'attenta considerazione di questi fattori contribuisce sia a incrementare il livello di efficienza e professionalità delle tecniche e delle strategie di riabilitazione, sia ad assicurare un miglior recupero delle funzioni lese.

Il tutto anche per cogliere la dimensione della *compliance* al trattamento (relazione tra l'*équipe* terapeutica ed il paziente eteroculturale) nonché quella relativa all'eventuale grado di *over medication* o *under medication* degli assistiti eteroculturali. Per *over medication* s'intende sia la ridondanza delle cure, con spreco di risorse, sia l'eccessiva medicalizzazione delle difficoltà del paziente, laddove esse sono di ordine culturale e relazionale piuttosto che di ordine strettamente medico biologico. In entrambi i sensi, peraltro complementari, l'*over medication* costituisce un possibile segno del tentativo di compensare (con la ridondanza di cure e di medicalizzazione) l'incomprensione delle esigenze di cura ed assistenza di un paziente o di alcuni gruppi di pazienti. Allo stesso modo, l'eventuale *under medication* può segnalare un problema di sottrazione di cure, dovuto sia al mancato accesso di un paziente (o di alcuni pazienti) alle prestazioni più qualificate, sia di un basso livello di *compliance*, da parte del paziente, al percorso riabilitativo, ancorché altamente qualificato.

2. Il percorso di ricerca

di *Oana Marcu*

2.1 Il disegno della ricerca

La ricerca presentata in questo volume si è proposta un duplice obiettivo. Un primo, conoscitivo e un secondo, operativo.

L'obiettivo conoscitivo si riferisce all'analisi dell'efficacia del sistema riabilitativo nei confronti dell'utenza straniera e delle variabili che influenzano in modo più significativo tale efficacia, accanto alla comprensione dell'esperienza che il lavoratore fa del percorso riabilitativo e delle dinamiche relazionali che lo caratterizzano.

Il secondo obiettivo, operativo, è consistito nell'individuazione delle modalità organizzative dell'erogazione dei servizi che meglio consentono di realizzare la prestazione riabilitativa sino al completo reinserimento, quando possibile, nel mondo del lavoro.

La ricerca segue un approccio quanti-qualitativo e analizza il fenomeno utilizzando un mix di metodi e strumenti: l'indagine campionaria, le interviste individuali e di gruppo, l'osservazione.

Da una parte, il disegno della ricerca riflette l'obiettivo di ragionare in termini di ampiezza del fenomeno e di collegamento tra variabili strutturali (socio-demografiche, inserimento occupazionale, percorsi migratori, presa in carico) e gli esiti della riabilitazione. Dall'altra mira ad arrivare a una profonda comprensione dei significati che gli attori stessi attribuiscono agli eventi e a riflettere sull'esperienza soggettiva dei lavoratori infortunati immigrati.

Gli *stakeholder* nei percorsi riabilitativi dei lavoratori migranti sono molteplici. Solo per elencare i principali è necessario menzionare il lavoratore stesso, l'ente assicurativo, il personale medico dei diversi servizi, il datore di lavoro, la famiglia. La ricerca si è proposta di interpellarne alcuni e di conseguenza è nata l'esigenza di utilizzare diversi strumenti e strategie, in diversi campi di ricerca.

In relazione alla necessità di adeguare gli strumenti a tali campi, l'iniziale disegno della ricerca ha subito aggiunte e revisioni *in itinere*, in quanto gli approfondimenti in atto hanno man mano svelato l'interdipendenza tra i numerosi attori che incidono sui percorsi riabilitativi.

La ricerca si è svolta lungo l'arco di dodici mesi e le fasi sono state articolate cronologicamente in modo da portare a un processo cumulativo di raccolta del materiale, per fare in modo che ciascuna fase informasse la fase successiva, in un ciclo continuo di approfondimenti e revisioni, al fine di rispecchiare, per quanto possibile, la complessità del tema studiato.

Una prima tappa è consistita nella ricostruzione di un quadro generale del fenomeno attraverso la raccolta e l'analisi di dati già esistenti da fonti secondarie. Essa ha rappresentato un primo inquadramento, mirato all'acquisizione di elementi conoscitivi comparabili, riguardanti la popolazione straniera e quella autoctona, nei percorsi di riabilitazione e negli infortuni sul lavoro in generale. Inoltre, si è proceduto a una revisione della letteratura in merito al fenomeno oggetto di indagine, con riguardo ai seguenti aspetti: il rapporto tra immigrazione e salute, il percorso di riabilitazione socio-sanitaria che il lavoratore infortunato intraprende dopo l'infortunio, il sistema della riabilitazione Inail e il tema della "pertinenza culturale" legata ai servizi di riabilitazione (cfr. cap. 1).

In seguito, si è proceduto alla definizione ed elaborazione degli strumenti d'indagine secondo le indicazioni della ricerca *desk* e in base agli obiettivi formulati nella progettazione della ricerca. Essi sono stati sottoposti a *pretest* rivisti in base ai primi risultati emersi.

La rilevazione con il questionario (cfr. cap. 3) ha costituito la terza fase della ricerca, in cui sono state acquisite informazioni rispetto alle caratteristiche socio-anagrafiche dei lavoratori infortunati, al percorso di riabilitazione e ai suoi esiti. Inoltre, per intercettare un maggior numero di lavoratori immigrati che avevano subito un infortunio, il campo d'indagine è stato esteso ed è infine arrivato a includere anche contesti e luoghi non collegati direttamente alle strutture Inail.

La fase d'indagine che si è avvalsa di strumenti qualitativi ha utilizzato le interviste semi-strutturate individuali (60) e collettive (4 *focus group*) e ha avuto lo scopo di approfondire il vissuto e le percezioni degli infortunati ma anche del personale medico-sanitario degli ambulatori Inail e del Servizio sanitario nazionale (Ssn). I *focus group* hanno coinvolto i testimoni privilegiati con ruoli chiave all'interno della struttura organizzativa dell'ente assicurativo. L'osservazione è stata invece mirata a comprendere le dinamiche di interazione caratteristiche dei *setting* più tipici dell'incontro tra l'Inail e il lavoratore infortunato in riabilitazione: l'ambulatorio medico-legale e l'ambulatorio di fisioterapia (cfr. cap. 4).

Oltre a questi due, i luoghi di rilevazione si sono moltiplicati progressivamente, arrivando a includere diverse strutture non appartenenti all'Inail (Ssn, patronati o luoghi di aggregazione informale). La scelta metodologica, mantenuta anche in sede di rilevazione qualitativa, ha consentito di incontrare il bacino dell'utenza preso in carico da Inail in un più ampio spettro temporale non limitandosi dunque agli utenti che erano in infortunio nel periodo della rileva-

zione delle informazioni. Inoltre, la dislocazione rispetto alle strutture medico-riabilitative ha contribuito a sganciare l'immagine del ricercatore da quella delle figure professionali appartenenti all'Inail, con conseguenze positive dal punto di vista della libertà di espressione degli intervistati e dunque utili al raggiungimento di un grado più elevato di attendibilità delle informazioni raccolte[1].

La scelta di svolgere la rilevazione quantitativa e qualitativa in territori diversi ha peraltro contribuito al mantenimento di uno sguardo decentrato, attento alle diversità locali e quindi a una migliore ricostruzione dei percorsi riabilitativi degli immigrati infortunati.

Le interviste semi-strutturate sono state realizzate con lavoratori residenti sia nei centri urbani (Milano, Brescia, Lodi, Mantova) sia nei paesi di più piccole dimensioni della Lombardia. La differenziazione sulla base dell'ampiezza demografica è stata considerata rilevante e tale si è confermata, poiché si è costatato che i percorsi riabilitativi si configurano in modo diverso, in base sia alla disponibilità e facilità d'accesso alle strutture sanitarie sia alla vicinanza della rete di supporto del lavoratore infortunato.

La ricerca ha previsto inoltre diversi momenti di restituzione sotto forma di convegni, che hanno coinvolto un ampio pubblico di professionisti e rappresentanti di enti pubblici e privati. In questo modo si è mirato alla più ampia diffusione dei suoi risultati e ad aumentare la probabilità che le conclusioni della ricerca abbiano un impatto concreto sul piano operativo, dell'erogazione dei servizi assicurativi e riabilitativi.

2.2 L'analisi delle fonti secondarie

L'analisi delle fonti secondarie ha utilizzato dati statistici e indicatori di accesso e fruizione dei servizi Inail (fornite dall'ente stesso), quanto ricerche precedentemente realizzate dai partner di progetto sul tema degli infortuni dei lavoratori stranieri. Attraverso i dati statistici esistenti si è potuto ottenere da una parte una prima stima di ampiezza del fenomeno – utile anche per stabilire le procedure di campionamento – ma anche delle indicazioni rispetto alle principali tendenze del fenomeno.

Inoltre, sono stati approfonditi i principali approcci teorici e le ricerche esistenti sul tema del lavoro e dell'immigrazione, il legame con la salute e le disuguaglianze esistenti in questo campo, l'esperienza dell'infortunio e le dimensioni specifiche che incidono su di essa nei contesti migratori, il funzionamento dell'Inail e i problemi già rilevati del sistema assicurativo.

[1] Per attendibilità si intende qui la corrispondenza tra ciò che l'intervistato comunica all'intervistatore e l'effettivo stato del soggetto intervistato.

Attraverso questi approfondimenti, è stato costruito un quadro concettuale e descrittivo della popolazione di riferimento funzionale alle successive tappe della ricerca.

2.3 Il questionario

Il questionario (Allegato 1) è stato predisposto per interrogare i lavoratori stranieri infortunati in merito a tutti i passaggi che segnano il loro percorso attraverso il sistema di riabilitazione. Esso ha pertanto esplorato le seguenti aree:

1) le caratteristiche sociografiche dei lavoratori stranieri infortunati e gli aspetti legati al percorso migratorio intrapreso, alla situazione abitativa in Italia, alla situazione famigliare, alla conoscenza della lingua italiana sono state rilevate per ottenere un quadro complessivo della vita del lavoratore migrante e per identificare eventuali punti forti e aree di fragilità che possano incidere sugli esiti della riabilitazione.
2) Nella seconda sezione del questionario sono state rilevate le caratteristiche dell'inserimento occupazionale, con riferimento all'eventuale percorso lavorativo nel paese d'origine, a quello compiuto in Italia, alla tipologia di lavoro svolto, al grado di soddisfazione della dimensione lavorativa e alle competenze acquisite sul tema della prevenzione dei rischi. La sezione ha incluso anche una scala di valutazione soggettiva del lavoro attuale rispetto ai lavori passati, utilizzando molteplici dimensioni.
3) Le domande sulle caratteristiche dell'infortunio sono state incluse nel questionario per permettere di rilevare sia i tipi di infortuni più frequenti sia le caratteristiche principali (durata, esito) delle terapie riabilitative. È stata inclusa in questa dimensione anche l'area delle eventuali altre esperienze infortunistiche pregresse, con specifico riferimento alle interazioni col sistema della riabilitazione, agli esiti di tali percorsi, nonché ad eventuali percorsi di reinserimento o riqualificazione.
4) La sezione dedicata all'Inail ha previsto delle domande sull'accesso ai servizi offerti, sulle eventuali barriere, quali la mancata conoscenza del servizio, e sul percorso più frequente che i lavoratori intraprendono prima di rivolgersi all'ente. Sono stati rilevati anche altri aspetti legati alla fruibilità dei servizi rispetto alla presa in carico dell'assistito all'interno del sistema di riabilitazione, con riferimento all'accessibilità agli uffici, alla chiarezza delle informazioni, alla presenza di mediatori culturali.
5) La sezione dedicata alla terapia riabilitativa è stata articolata in due parti molto simili, una riferita all'ambiente Inail e l'altra riferita all'ambiente del Servizio sanitario nazionale. La sezione ha richiesto la valutazione di tutta una serie di aspetti rilevanti per l'erogazione della terapia (orari, tempi di attesa, professionalità e capacità di ascolto del personale medico

e paramedico). Le dimensioni rilevate sono state identificate nella letteratura analizzata come aspetti che incidono sulla *compliance* al trattamento. Inoltre è stata valutata la necessità e la presenza effettiva di figure di supporto in riferimento non solo all'intervento medicale, ma rilevanti sul versante psicologico e culturale (es. i mediatori).

6) La sezione finale ha compreso altre dimensioni della *compliance* alla terapia, attraverso la raccolta di informazioni riguardanti: il grado di adeguatezza delle informazioni ricevute in merito ai servizi di riabilitazione; la presenza di eventuali figure di sostegno; la disponibilità di un supporto psicologico; le eventuali difficoltà incontrate; le eventuali forme di discriminazione percepite; l'eventuale sopravvenuta necessità di trovare autonomamente e con risorse proprie supporti che l'assistito non ha trovato, ovvero non ha saputo dove cercare, all'interno del sistema. Inoltre, sono stati indagati nella sezione finale del questionario gli esiti percepiti da parte del lavoratore e gli eventuali fattori intervenuti nel caso dell'interruzione del ciclo di terapie.

Al fine di corroborarne l'adeguatezza, il questionario è stato somministrato, con funzione di *pretesting*, a 10 lavoratori stranieri, presso la sede Inail di Milano Boncompagni.

Il campionamento ha previsto la stretta collaborazione con le sedi di Inail con maggior afflusso di lavoratori stranieri e con caratteristiche particolari per l'intercettazione della popolazione d'interesse per la ricerca. A tal riguardo, sono stati presi in considerazione gli ambulatori medico-legali di Inail Boncompagni, a Milano, di Inail Brescia, Como e Mantova, il Punto Cliente di Milano Porta Nuova e l'ambulatorio di fisiokinesiterapia di Brescia.

Le difficoltà di campionare la popolazione di riferimento sono apparse evidenti in seguito all'immediato riscontro di un'insufficiente affluenza di utenti stranieri alle sedi Inail (per effettuare la visita di controllo a conclusione del programma riabilitativo), insufficiente rispetto a quanto previsto in fase di progettazione per raggiungere l'intero campione in tempi ragionevoli.

In particolare, se in sede di progettazione era parso possibile effettuare il *survey* presso le sedi Inail, intercettando l'intero campione all'interno dell'utenza straniera che afferisce all'Inail per sostenere la visita di controllo finale, si è reso invece necessario provvedere rapidamente a un'estensione del campo di rilevazione.

In un primo momento, la rilevazione è stata estesa ad altre sedi Inail e, successivamente, ad altri contesti in cui fosse possibile intercettare lavoratori stranieri infortunati che avessero o avessero avuto contatti col sistema della riabilitazione (lavoratori stranieri vittime di un infortunio che abbia loro causato una condizione di invalidità temporanea o permanente, la cui pratica fosse ancora *in itinere* – cosiddetti lavoratori "in temporanea" – e lavoratori stranieri vittime di un infortunio che abbia loro causato una condizione d'invalidità

permanente riconosciuta dall'Inail e a seguito della quale siano stati indennizzati in capitale o in rendita). Per raggiungere questo obiettivo sono stati attivati diversi siti di rilevazione, come i patronati e i contesti di aggregazione dei migranti.

In sintesi, il*survey* è stato condotto tramite l'interrogazione:

1) dei lavoratori che stavano effettuando la visita di controllo prima del ritorno al lavoro;
2) dei lavoratori infortunati "in temporanea" e in riabilitazione presso le sedi Inail;
3) i lavoratori in riabilitazione o con pregressa esperienza di riabilitazione, intercettati in altri luoghi.

Ciò ha consentito di raggiungere la numerosità campionaria prevista, ammontante a 600 soggetti. Più precisamente, attraverso tali modalità di lavoro si è giunti alla raccolta di 615 questionari, di cui 518 validati.

Tutti i questionari sono stati somministrati da intervistatori opportunamente formati e competenti in alcune delle lingue utilizzate dagli intervistati.

Infine, a ogni lavoratore straniero a cui è stato somministrato il questionario è stata richiesta la disponibilità per un ulteriore incontro e in questo modo è stato possibile stilare l'elenco di soggetti che sono stati poi contattati e incontrati per la realizzazione delle interviste semi-strutturate, condotto dunque anch'esse con modalità *face-to-face*.

2.4 Le interviste semi-strutturate

Le interviste semi-strutturate sono state usate al fine di sondare la qualità delle informazione acquisite dal *survey* e cogliere meglio l'impatto delle variabili socio-psicologiche che possono influenzare la dinamica tra l'offerta/erogazione della prestazione riabilitativa e il risultato della medesima, anche sul versante dell'efficacia del processo di reinserimento sociale e lavorativo, in accordo con gli obiettivi conoscitivi e operativi del progetto, già ricordati nel primo paragrafo. A tal fine è stata messa a punto una traccia di intervista, di cui si fornisce copia in allegato, in grado di indagare su:

1) il percorso seguito dal momento dell'incidente al momento del rientro al lavoro, per identificare la presenza di eventuali elementi nella modalità di erogazione del servizio di riabilitazione (nella fase informativa, nella fase del trattamento, nella fase di reinserimento) che possono costituire ostacolo a un'adeguata presa in carico;
2) la percezione dell'intervistato rispetto alle modalità di erogazione delle prestazioni riabilitative (se cioè tali modalità lo hanno allontanato o avvicinato al servizio) e la presenza di eventuali fattori culturali, o legati alla sua esperienza migratoria, che lo hanno reso poco disponibile a prendersi

cura di sé, oppure a dedicare tempo al percorso di riabilitazione ed a reagire adeguatamente ad esso;
3) il vissuto dell'intervistato in merito all'incidente, al percorso di riabilitazione intrapreso/compiuto e sull'esito dello stesso.

La traccia dell'intervista è stata pertanto strutturata sulle seguenti aree tematiche:
1) l'anamnesi biografica e lavorativa dell'intervistato (cittadinanza, istruzione, anno di arrivo in Italia, competenze professionali precedenti, esperienza lavorativa in Italia);
2) l'infortunio (le modalità attraverso le quali l'infortunio si è verificato, le conseguenze psico-fisiche determinate, la tonalità emotiva che il ricordo di questo evento suscita, la reazione alla situazione vissuta, la percezione dell'assistenza ricevuta);
3) il percorso di riabilitazione (la descrizione delle modalità di presa in carico, del percorso seguito, del grado di alleanza terapeutica, delle possibili modalità alternative attraverso cui il servizio poteva essere somministrato, della disponibilità mostrata alle cure, ai tempi, al trattamento, ai percorsi riabilitativi, degli elementi di fragilità percepiti nel percorso di cura);
4) la valutazione complessiva, da parte dell'intervistato, del percorso di riabilitazione (recupero efficienza lavorativa, adeguatezza delle cure ricevute, sensibilità del personale medico).

I partecipanti all'indagine qualitativa sono stati reclutati all'interno del campione intercettato nel corso della realizzazione del *survey*, come già evidenziato nel paragrafo precedente. Complessivamente, tra maggio e novembre 2011, sono state realizzate 60 interviste semi-strutturate a lavoratori stranieri vittime di un infortunio.

Ciascun lavoratore è stato contattato inizialmente per telefono, per fissare un appuntamento. In alcuni casi l'intervistatore si è recato presso l'abitazione della persona da intervistare, in altri l'incontro è avvenuto in un luogo della città (bar, giardino pubblico o contesto di aggregazione degli immigrati). L'ambiente dell'intervista è stato quindi difficile da controllare: a volte durante l'intervista erano presenti parenti, oppure altre persone entravano e uscivano dalla stanza in cui si svolgeva l'intervista. In alcuni casi le interviste sono state svolte in luoghi pubblici. Se da una lato questi aspetti possono incidere sulla completezza e la riservatezza del racconto dell'intervistato, da un diverso punto di vista hanno permesso all'intervistatore di immergersi nel contesto di vita della persona e di comprendere meglio aspetti che altrimenti sarebbero rimasti in ombra, come la condizione abitativa o familiare nella quale il lavoratore infortunato vive.

Ciascuna intervista ha avuto mediamente la durata di un'ora ed è stata registrata, tranne in quei casi in cui gli intervistati hanno espressamente rifiutato

l'utilizzo del registratore. A volte l'intervistatore è stato percepito come una persona che potesse incidere sul percorso amministrativo del lavoratore infortunato e spesso i partecipanti hanno fatto domande specifiche mirate all'acquisizione di maggiori informazioni sul funzionamento dell'*iter* burocratico. Nonostante lo sforzo di chiarimento del ruolo e della modalità di trattamento delle informazioni ricevute, nei casi in cui sussisteva una causa giudiziaria in atto tra il lavoratore e l'Inail o tra il lavoratore e il datore di lavoro, il timore di subire conseguenze non desiderate ha, con tutta evidenza, limitato la libera espressione delle opinioni e degli atteggiamenti.

Tra i principali problemi incontrati nel percorso di ricerca con interviste semi-strutturate, il più rilevante è stato forse la riscontrata difficoltà a raggiungere i lavoratori, spesso residenti in località lontane dai centri urbani, diverse dal luogo di lavoro o dalla sede Inail o dal patronato in cui sono stati reclutati. Inoltre, sono state riscontrate difficoltà a reclutare persone inserite in un percorso di fisioterapia nei "Punti Cliente" dell'Inail vista la loro scarsa numerosità.

2.5 L'osservazione e i testimoni privilegiati

I cicli di osservazione sono stati realizzati presso la sede Inail Milano Boncompagni (nell'arco di una settimana) e la sede Inail di Brescia (tre giornate nella sede che integra prestazioni amministrative, mediche e riabilitative).

Come già descritto, la realizzazione di quest'attività è scaturita dall'esigenza di acquisire ulteriori elementi informativi di fronte alla necessità di ridisegnare il piano di realizzazione del *survey*, in modo da ovviare alle difficoltà riscontrate nell'intercettazione di un campione sufficientemente ampio di utenti stranieri. Al contempo è stato considerato opportuno comprendere le dinamiche specifiche dell'interazione tra il personale dell'Inail e le pratiche caratteristiche del contesto concreto dell'interazione con il lavoratore. Si è in sostanza ritenuto opportuno effettuare una più dettagliata esplorazione del funzionamento del sistema ricorrendo all'osservazione delle modalità operative e all'ascolto degli attori del sistema medesimo, a livello di operatori e a livello dei responsabili organizzativi. Il tutto anche in base al presupposto che tale esplorazione – ancorché aggiuntiva e immediatamente finalizzata a ovviare alla difficoltà di intercettare il campione – avrebbe altresì incrementato l'insieme dei dati utili al raggiungimento degli obiettivi complessivi del progetto di ricerca, nelle loro declinazioni già ricordate in premessa.

In particolare, attraverso l'osservazione e l'ascolto degli operatori, si è tentato di individuare meglio i "canali di transito" principalmente seguiti dai lavoratori stranieri infortunati all'interno del sistema della riabilitazione in Lombardia e di comprendere meglio l'interazione tra l'utenza straniera e le strutture Inail.

L'osservazione ha condotto a un approfondimento delle conoscenze in merito a:

1) bacini d'azione delle sedi Inail e bacini di competenza delle Asl (come l'utente straniero identifica la sua sede di riferimento e la raggiunge);
2) informazioni disponibili e "visibilità" delle strutture da parte dell'utenza e di quella straniera in particolare;
3) organizzazione delle sedi e figure professionali presenti al loro interno, con particolare riguardo a quelle che possono agevolare l'interazione con l'utente straniero (mediatore culturale);
4) gestione amministrativa dell'utenza;
5) interazione tra servizi amministrativi e lavoratori stranieri infortunati;
6) relazioni tra personale medico e lavoratore straniero infortunato;
7) relazione tra operatori della riabilitazione e lavoratore straniero infortunato;
8) integrazione tra Inail e Servizio sanitario nazionale.

Come previsto, oltre ad agevolare l'intercettazione del campione del *survey*, i cicli di osservazione hanno condotto all'acquisizione di un patrimonio di informazioni di estrema rilevanza ai fini dell'obiettivo conoscitivo e di quello operativo.

I ricercatori sono stati presenti per l'intero orario di apertura nel poliambulatorio e nel centro integrato (Punto Cliente) dove sono entrati in relazione sia col personale medico e amministrativo sia con l'utenza (lavoratori infortunati e i loro accompagnatori). Al personale medico e amministrativo, durante i tempi di assenza dell'utenza, sono state rivolte interviste aventi a oggetto il funzionamento del servizio, le problematiche sperimentate e gli esiti dei percorsi riabilitativi.

Tutti gli intervistati sono stati informati degli scopi della ricerca. La presenza dei ricercatori è stata inserita all'interno della *routine* quotidiana delle strutture. Le conversazioni con gli utenti hanno avuto luogo nella sala d'attesa o negli spazi contigui agli ambulatori.

In accordo con le ragioni della *privacy*, nessuna osservazione è stata realizzata durante le visite mediche.

In seguito alle sessioni di osservazione è stata elaborata schematicamente una rappresentazione del percorso che gli utenti possono seguire attraverso i cicli di riabilitazione. Le figure chiave all'interno di questo percorso sono state individuate all'interno e all'esterno della struttura Inail. Si è costatato che nella maggior parte dei casi il canale attraverso il quale i lavoratori arrivano a rivolgersi all'Inail parte dai medici di base. Si è tentato quindi di intervistarli in quanto testimoni privilegiati, per poter ulteriormente approfondire il tema dell'accesso ai servizi specifici di fisioterapia dell'Inail. Sfortunatamente, questa strada non si è dimostrata molto efficace e sono state incontrate notevoli difficoltà nel realizzare questo particolare approfondimento.

Si è in seguito tentato di intercettare figure professionali coinvolte nel percorso riabilitativo all'interno delle strutture convenzionate con l'Inail per erogazione di terapie riabilitative. Un esempio è l'intervista con il responsabile della riabilitazione dell'Istituto ortopedico Galeazzi, che si è concentrata sui seguenti temi: l'andamento dell'afflusso di lavoratori stranieri infortunati presso l'Istituto, l'*iter* di accesso ai servizi per gli assistiti Inail e la convenzione tra i due enti, la *compliance* dell'utente straniero, eventuali difficoltà nell'incontro con l'utenza straniera.

L'intervista ha integrato l'osservazione e l'ascolto degli operatori Inail con l'ascolto di altri operatori del sistema della riabilitazione in Lombardia, fornendo ulteriore ausilio nell'individuazione dei "canali di transito" principalmente seguiti dai lavoratori stranieri infortunati (ai fini della loro intercettazione) e assicurando una più approfondita conoscenza dell'interazione tra l'utenza straniera e tale sistema.

Al fine di mettere in luce e approfondire il punto di vista degli operatori e degli studiosi che hanno esperienza delle problematiche oggetto d'indagine, nonché di acquisire aggiuntivi elementi di valutazione che permettessero di identificare ulteriori scenari in merito all'infortunio dei lavoratori immigrati, di completare quanto già emerso in sede di ricognizione della letteratura in materia e di impostare l'analisi *field* – sono stati realizzati quattro *focus group*. Si è pensato di organizzare tali momenti di approfondimento tematico sulla base della tipologia dei partecipanti, facendo in modo che questi, per ruolo e funzione ricoperti, fossero il più omogenei possibile: in un caso (due *focus group*), sono state così convocate esclusivamente figure istituzionali e figure specialistiche sul versante sanitario e sul piano dei rapporti dell'infortunato con l'ente assicurativo; nell'altro caso (gli altri due *focus group*), esclusivamente figure che, in qualità di studiosi ed esperti del fenomeno migratorio, fossero in grado di dare una lettura più articolata, anche sulla base di studi comparati, del momento infortunistico in rapporto all'esperienza migratoria.

I *focus group* istituzionali – ovvero con il sistema della presa in carico del lavoratore infortunato – hanno avuto luogo a Milano presso la Direzione dell'Inail nel mese di gennaio 2011 e hanno visto la partecipazione di medici di base, di medici dell'Inail, di assistenti sociali, di direttori di sedi centrali e direttori di sedi periferiche dell'Inail, di fisioterapisti, di dirigenti della Regione Lombardia. Nel corso di tali *focus group* sono state analizzate e discusse tematiche relative all'interazione tra sistema e utenza straniera, al funzionamento del sistema della presa in carico, ai "canali di transito" principalmente seguiti dai lavoratori stranieri infortunati (ai fini della loro intercettazione), alle esperienze di mediazione culturale, alle precedenti indagini e studi in materia realizzati.

Attraverso i *focus group* con studiosi e ricercatori del mondo accademico si è voluto acquisire il punto di vista di chi da anni, in qualità di studioso del fenomeno migratorio, può fornire utili elementi analitici e interpretativi su

quelle fragilità soggettive (minore capitale sociale, umano, debolezza psicologica) e oggettive (maggiore difficoltà ad interagire con i servizi) che, come testimoniato anche dalla letteratura in materia, possono compromettere il percorso riabilitativo del soggetto infortunato e minare così l'efficacia della presa in carico dell'ente assicurativo. In particolare, si è analizzato il peso dell'esperienza migratoria nella fase post-infortunistica, le difficoltà di reinserimento socio-lavorativo, il disagio psicologico sperimentato dal soggetto infortunato, anche sulla base della letteratura esistente in materia, ed il ruolo della variabile culturale nella lettura che di tale disagio viene data.

Tali *focus group* hanno avuto luogo a Milano presso la sede della Fondazione Ismu nel mese di febbraio 2011 e hanno visto la partecipazione di docenti del mondo accademico milanese (sociologi dell'immigrazione, sociologi del lavoro, psicologi, demografi, antropologi, esperti in questioni socio-sanitarie connesse ai fenomeni migratori, esperti delle relazioni interetniche), appartenenti all'Università degli studi Milano-Bicocca e all'Università Cattolica del Sacro Cuore.

3. L'indagine campionaria

di *Daniela Carrillo*, *Cecilia Lindenberg* e *Alessio Menonna*

La ricerca ha inteso ricostruire il percorso medico-riabilitativo all'interno della più ampia cornice costituita dalle situazioni familiari e sociali che possono modificarsi nella vita di una persona a seguito di un incidente sul lavoro. In altri termini, si è cercato così di comprendere se l'essere migrante comporti un rischio maggiore di subire un accumulo di fattori negativi in grado di amplificare le difficoltà connesse all'infortunio e alla conseguente riabilitazione; e insieme di ridurre le possibilità di re-integrazione e prosecuzione del progetto migratorio in Lombardia e in Italia.

Per raggiungere questi obiettivi, tra le differenti azioni previste, è stata realizzata un'indagine quantitativa che ha coinvolto un totale di 615 soggetti stranieri infortunati. Le persone sono state intervistate presso le sedi Inail di Milano Boncompagni, Milano Porta Nuova, Brescia, Como, Mantova, Lodi e in altri centri minori su tutto il territorio regionale. Tutti i questionari sono stati somministrati da intervistatori opportunamente formati e competenti nelle lingue utilizzate dagli intervistati, accorgimento che non ha reso necessaria la traduzione dello strumento. Delle 615 interviste pervenute è stato possibile validarne 518 – poiché 97 sono risultate incomplete, con troppi dati mancanti, o sono state ritenute non affidabili durante il processo di verifica dei dati, pur senza particolari effetti di autoselezione all'interno del campione – che fanno riferimento a 349 persone di sesso maschile (due terzi del totale) e 169 di sesso femminile. Tale *sex ratio* è peraltro coerente con i dati sugli infortuni riportati dall'Inail a livello nazionale, che vedono sì una prevalenza maschile, ma comunque inferiore ai tre quarti del totale e in forte e tendenziale diminuzione nell'ultimo anno disponibile 2010 rispetto al 2009.

C'è però da dire che la ricerca quantitativa sul campo – realizzata da marzo a ottobre 2011 – ha seguito un iter che, pur rispettando il necessario criterio di omogeneità, ha anche necessariamente dovuto adeguarsi alle diverse situazioni locali. La tipologia di servizi offerti dall'Inail è, infatti, diversificata territorialmente e solo in alcuni centri provinciali sono presenti i servizi di riabilitazione che hanno consentito agli intervistatori il contatto immediato con le per-

sone, mentre in altri contesti il contatto è avvenuto durante le fasi di espletamento degli iter burocratici.

Nell'ambito del possibile, il numero delle interviste effettuate in ciascuna struttura è stato invece determinato a priori, con attenzione alla diversa distribuzione spaziale nel territorio regionale dell'utenza immigrata.

3.1 Caratteristiche socio-anagrafiche del campione

Come mostrato in tabella 1, oltre il 30% delle persone sono state intervistate nella provincia di Milano, mentre rappresentano più del 15% gli intervistati in ciascuna delle province di Brescia, Lodi e Mantova. In questi due ultimi casi le persone intervistate hanno avuto una forte sovrarappresentazione rispetto all'incidenza sul totale degli immigrati presenti nelle rispettive realtà provinciali e al numero di infortuni sul lavoro che effettivamente occorrono ogni anno.

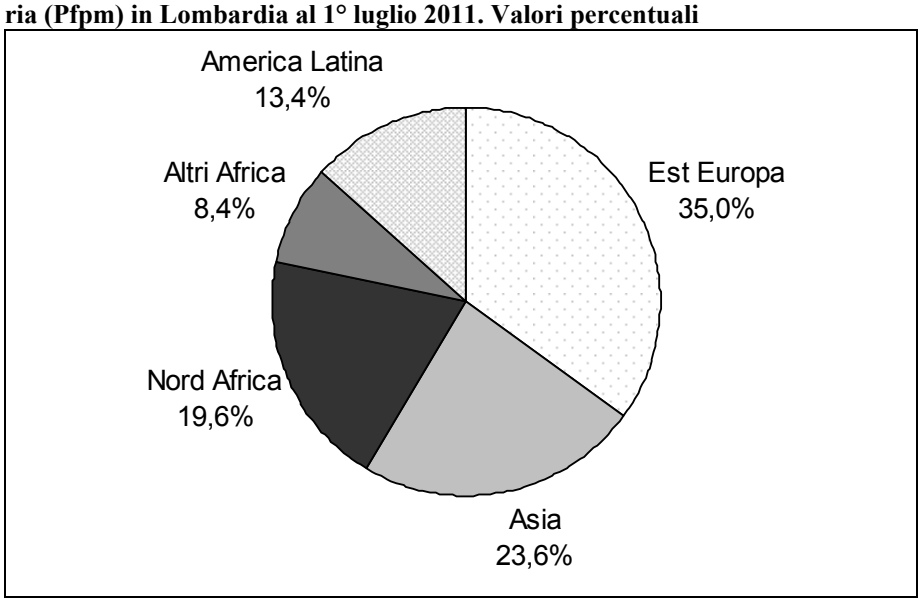
Tab. 1 - Numero di stranieri, numero di stranieri infortunati e numero di unità statistiche campionate dall'indagine, per province

Province	*Migliaia di presenti da paesi a forte pressione migratoria al 1.7.2010 (stima Orim)*	*V.% presenti*	*Migliaia di infortunati stranieri durante il 2010*	*V.% infortunati*	*Numero di intervistati stranieri*	*V.% campionati*
Varese	79,9	6,3	12.182	9,1	43	8,3
Como	53,1	4,2	7.093	5,3	14	2,7
Sondrio	9,9	0,8	2.684	2,0	0	0,0
Milano	460,4	36,3	41.679	31,3	164	31,7
Monza-Brianza	77,0	6,1	9.163	6,9	12	2,3
Bergamo	142,9	11,3	15.810	11,9	35	6,8
Brescia	202,6	16,0	18.577	13,9	78	15,1
Pavia	66,0	5,2	5.984	4,5	3	0,6
Cremona	49,2	3,9	6.164	4,6	7	1,4
Mantova	64,2	5,1	6.696	5,0	79	15,3
Lecco	33,0	2,6	4.558	3,4	3	0,6
Lodi	31,0	2,4	2.653	2,0	80	15,4
Lombardia	*1.269,2*	*100,0*	*133.243*	*100,0*	*518*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati Orim e d'indagine

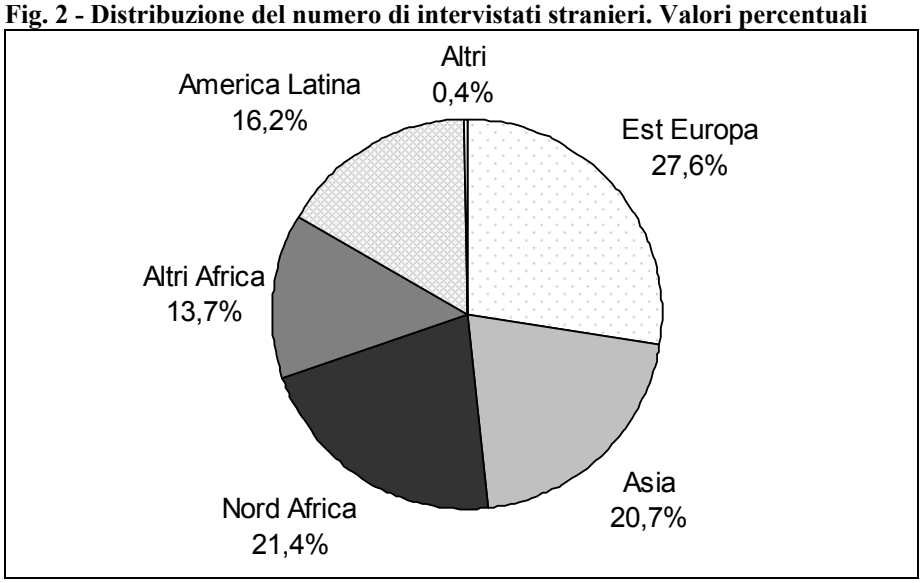
Per quanto riguarda le macroaree di provenienza delle unità statistiche campionate, riportate in figura 2, esse non si discostano troppo dalle caratteristiche della presenza straniera in Lombardia rilevate dall'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità (Orim) nel 2011 (Fig. 1). Infatti, il gruppo più importante proviene dall'Europa dell'Est, seguito in quantità dal Nord Africa e dall'Asia e, più a distanza, dall'America latina e dall'Africa subsahariana.

Fig. 1 - Distribuzione delle presenze straniere da paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) in Lombardia al 1° luglio 2011. Valori percentuali



Fonte: n/e elaborazioni su dati Orim

Fig. 2 - Distribuzione del numero di intervistati stranieri. Valori percentuali



Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Per quanto concerne il grado di scolarizzazione delle persone intervistate, le analisi sul titolo di studio mostrano che circa il 33% degli intervistati è in possesso di un diploma di scuola media inferiore, mentre ben il 38% ha un diploma di scuola media superiore e solo meno del 5% non possiede alcun titolo.

Tab. 2 - Titolo di studio degli intervistati stranieri, per macroaree provinciali. Valori percentuali

Titolo di studio	*Nord Ovest (VA CO SO LC)*	*Nord Est (BG BS)*	*Centro (MI MB)*	*Sud (CR MN LO PV)*	*Totale*
Nessuno	10,0	4,4	3,4	4,1	4,6
Licenza elementare (o equivalente)	11,7	17,7	4,5	18,9	12,9
Dipl. sc. media inferiore (o equivalente)	40,0	28,3	33,0	33,1	32,8
Dipl. sc. media superiore (o equivalente)	30,0	32,7	44,9	37,3	38,0
Laurea	6,7	16,8	13,6	6,5	11,2
Altro	1,7	..	0,6	..	0,4
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Si notano inoltre, come ci si poteva aspettare, credenziali formative migliori tra gli immigrati nelle aree più centrali tra Milano, Monza, Bergamo e Brescia, in particolar modo con le incidenze più alte di laureati. In tal caso – sia a livello generale sia, a più grandi linee, a livello di specifiche infraregionali – il profilo delle credenziali formative delle persone intervistate in corso di riabilitazione si sovrappone in maniera lineare a quello delle persone complessivamente presenti in Lombardia al 1° luglio 2011, secondo quanto risulta dall'undicesima indagine dell'Orim (cfr. Blangiardo, 2012).

Tab. 3 - Titolo di studio delle presenze straniere da paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) in Lombardia al 1° luglio 2011, per macroaree provinciali. Valori percentuali

Titolo di studio raggiunto	*BG*	*BS*	*CO*	*CR*	*LC*	*LO*	*MB*
Nessun titolo	7,8	4,5	6,5	7,1	12,9	10,3	4,2
Scuola dell'obbligo	35,7	42,9	43,9	32,9	39,6	36,9	35,1
Scuola sec. sup.	44,9	42,7	43,2	46,5	35,3	41,9	46,0
Laurea/dipl. universitario	11,5	9,9	6,4	13,5	12,2	11,0	14,7
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*
	MI città	*MI altri*	*MN*	*PV*	*SO*	*VA*	*Lomb.*
Nessun titolo	2,9	3,6	4,4	9,6	15,1	4,8	5,3
Scuola dell'obbligo	26,4	26,9	37,4	41,6	43,3	32,1	34,2
Scuola sec. sup.	49,6	51,1	49,0	38,4	31,7	45,4	46,0
Laurea/dipl. universitario	21,1	18,4	9,2	10,5	9,9	17,7	14,5
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: Orim

In realtà, rispetto a tutto ciò, fa parziale eccezione solo una lieve sovrarappresentazione dei laureati tra gli infortunati che non tra i presenti *tout court*, che si spiega con il fatto che gli immigrati con elevate credenziali formative sono maggiormente impegnati degli stranieri senza alcun titolo di studio nel mercato del lavoro lombardo e pure hanno un inserimento ancora marginale nei settori impiegatizi e d'ufficio: e dunque, a causa della sottooccupazione, sono a maggior rischio di infortunio in quanto inseriti in attività industriali, edili o comunque di tipo manuale.

In questo contesto, inoltre, ipotizzando che il capitale sociale a disposizione delle persone infortunate possa influenzare l'andamento del percorso riabilitativo che segue un infortunio, una prima dimensione indagata è stata lo stato civile – o meglio l'effettiva presenza di un partner a fianco in emigrazione, o di una famiglia completa – che, come dimostrato anche da indagini realizzate dalla Fondazione Ismu (Cesareo, Blangiardo, 2009), può incidere spesso molto positivamente sul grado di integrazione nella società di accoglienza.

Tab. 4 - Stato civile degli intervistati stranieri, per macroaree provinciali. Valori percentuali

Stato civile	*Nord Ovest (VA CO SO LC)*	*Nord-Est (BG BS)*	*Centro (MI MB)*	*Sud (CR MN LO PV)*	*Totale*
Celibe/nubile	33,3	20,4	23,3	23,1	23,7
Coniugato/a	55,0	69,0	63,6	59,8	62,5
Separato/a, divorziato/a	8,3	8,0	9,7	11,2	9,7
Vedovo/a	3,3	2,7	3,4	5,9	4,1
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Tab. 5 - Stato civile delle presenze straniere da paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) in Lombardia al 1° luglio 2011, per macroaree provinciali. Valori percentuali

Stato civile	*BG*	*BS*	*CO*	*CR*	*LC*	*LO*	*MB*
Celibe/nubile	37,8	29,8	37,8	31,8	35,0	29,5	33,6
Coniugato/coniugata	53,3	60,9	50,2	56,1	58,6	59,2	57,4
Separato/a, divorziato/a	1,7	3,1	3,4	3,7	1,2	3,9	2,2
Vedovo/vedova	7,2	6,2	8,6	8,4	5,2	7,4	6,7
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*
	MI città	*Mi altri*	*MN*	*PV*	*SO*	*VA*	*Lomb.*
Celibe/nubile	34,8	34,5	33,4	30,6	27,6	34,7	33,7
Coniugato/coniugata	55,8	53,4	56,2	52,6	58,8	49,1	55,5
Separato/a, divorziato/a	1,5	3,2	3,0	6,3	3,3	3,7	2,8
Vedovo/vedova	7,9	8,9	7,4	10,4	10,4	12,6	8,0
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: Orim

Studi ormai ampiamente riportati in letteratura sull'utilizzo dei servizi sanitari hanno mostrato come la presenza di un coniuge o di un compagno, sia al ma-

schile sia al femminile, influenzi positivamente il partner nella capacità di prendersi cura di se stessi e della propria salute come nella competenza necessaria a poter fruire in maniera corretta dei servizi sanitari offerti.

Per quanto concerne il nostro campione, oltre il 60% delle persone intervistate ha dichiarato di essere coniugata a fronte del 24% circa che è invece nubile/celibe, per un rapporto percentuale quasi ribaltato rispetto a quello in generale riscontrato in regione Lombardia al 1° luglio 2011 dall'Orim.

Questa informazione è stata completata da una domanda sulla presenza o meno del nucleo familiare in Italia. È chiaro che il fattore protettivo rappresentato dalla famiglia si esplica solo nel caso in cui questa sia presente e da questo punto di vista la successiva tabella 6 riporta la distribuzione del campione.

Tab. 6 - Presenza del nucleo familiare tra i soggetti intervistati. Valori percentuali

Nucleo familiare	*V.%*
Tutto in Italia	57,3
Parte in Italia, parte altrove	21,1
Tutto altrove	21,5
Totale	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati Orim e d'indagine

La maggioranza delle persone intervistate vive in Italia con la propria famiglia, intesa come il coniuge e i figli se coniugato o come famiglia di origine se non coniugato. Tuttavia, oltre il 40% degli immigrati ha tutta o parte della famiglia nel paese di origine.

È evidente, quindi, che più di due quinti degli infortunati in Lombardia non hanno potuto contare completamente sull'aiuto dei familiari nel momento dell'infortunio e della riabilitazione, aumentando così in molte occasioni gli ostacoli all'adesione alla terapia.

L'incrocio degli ultimi due dati analizzati ha rilevato, inoltre, che tra quanti sono coniugati il 71% vive in Italia insieme al coniuge, come mostra la tabella 7.

Tab. 7 - Stato civile delle persone intervistate. Valori percentuali

	Dove vive ora il nucleo familiare			*Totale*
	Tutto in Italia	*Parte in Italia, parte altrove*	*Tutto altrove*	
Celibe/nubile	27,7	32,8	39,5	100,0
Coniugato/a	71,2	12,1	16,7	100,0
Separato/a, divorziato/a	48,0	40,0	12,0	100,0
Vedovo/a	31,6	52,6	15,8	100,0
Totale	*57,3*	*21,1*	*21,5*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati Orim e d'indagine

Queste prime risultanze di ricerca andrebbero approfondite in maniera specifica per analizzare maggiormente il ruolo, il peso e la composizione del network sociale. Inoltre, sarebbe importante includere in future analisi domande su figure familiari "altre" rispetto a quelle considerate in questa indagine, che tengano conto di organizzazioni familiari a geometria variabile, non immediatamente evidenti dalle precedenti domande su stato civile e tipologia di famiglia in emigrazione.

Infine, la condizione abitativa, altra dimensione in esame nel questionario e nel piano di ricerca, avrebbe potuto, nelle ipotesi di ricerca in partenza, subire un peggioramento a seguito dell'infortunio tanto per il potenziale reddito diminuito tanto per il bisogno di assistenza. In effetti, più del 12% delle persone intervistate è stato costretto a cambiare abitazione a seguito dell'infortunio – con un peggioramento della propria situazione nella quasi totalità dei casi – e, tra chi ha dovuto spostarsi, la maggior parte lo ha fatto in maniera definitiva.

Tab. 8 - Abitazione di residenza degli intervistati stranieri prima dell'infortunio, per macroaree provinciali. Valori percentuali

Dove viveva prima dell'infortunio	*Area di residenza*				*Totale*
	Nord Ovest (VA CO SO LC)	*Nord Est (BG BS)*	*Centro (MI MB)*	*Sud (CR MN LO PV)*	
Casa di proprietà	23,3	15,0	25,7	30,2	24,6
Casa in affitto	70,0	75,2	51,4	49,7	58,2
Stanza in affitto	1,7	3,5	8,0	4,7	5,2
Posto letto in affitto	..	..	8,0	1,2	3,1
Ospite da parenti/amici/conoscenti	3,3	3,5	2,3	3,6	3,1
Sul luogo di lavoro	..	2,7	4,6	10,7	5,6
Pensione/albergo/residence	1,7	..	..	..	0,2
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Tab. 9 - Tipologia abitativa delle presenze straniere da paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) in Lombardia al 1° luglio 2011, per macroaree provinciali. Valori percentuali

Tipologia abitativa	*BG*	*BS*	*CO*	*CR*	*LC*	*LO*	*MB*
Proprietà	24,6	14,8	19,7	22,5	23,8	30,5	25,4
Affitto solo/parenti	54,9	63,5	54,6	48	61,4	42,4	45,3
Ospite	5,8	3,7	1,6	5,9	4,2	6,9	6,6
Affitto con altri	6,9	11,7	14,2	7,2	3,6	7,0	15,0
Pensione/albergo	..	..	..	0,3	..	0,4	0,3
Struttura accoglienza	0,6	0,5	0,6	0,1	0,8	1,3	0,6
Luogo di lavoro	5,8	4,1	7,0	6,2	4,2	8,5	5,4
Occupazione abusiva	..	0,3	..	..	..	0,5	0,3
Concessione gratis	0,6	0,6	2,4	8,5	1,2	2,2	1,2
Campo nomadi	0,3	..	..	..	..	..	..
Sistemazione precaria	0,5	0,9	..	1,1	0,9	0,4	0,1
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Tab. 9 (segue)

	MI città	*MI altri*	*MN*	*PV*	*SO*	*VA*	*Lomb.*
Proprietà	21,5	25,0	23,1	17,7	15,9	25,9	21,9
Affitto solo/parenti	50,3	53,4	52,1	53,2	66,6	46,8	53,5
Ospite	3,4	4,7	6,3	4,9	3,7	7,1	4,7
Affitto con altri	14,7	9,0	6,3	9,0	2,1	10,0	10,5
Pensione/albergo	0,2	0,1	..	0,4	0,4	..	0,1
Struttura accoglienza	1,9	0,8	0,1	1,2	0,5	0,7	0,9
Luogo di lavoro	5,3	5,2	9,6	6,6	9,9	9,0	5,9
Occupazione abusiva	1,4	0,1	0,3	0,8	..	..	0,4
Concessione gratis	1,0	0,7	1,6	4,0	1,0	0,5	1,4
Campo nomadi	0,1	0,2	..	1,1	..	0,1	0,2
Sistemazione precaria	0,4	0,9	0,4	1,0	..	..	0,6
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati Orim

Tab. 10 - Situazione rispetto all'eventuale cambio di abitazione dopo l'infortunio per gli intervistati stranieri, distintamente per macroaree provinciali. Valori percentuali

Ha dovuto cambiare abitazione dopo l'infortunio?	*Area di residenza*				*Totale*
	Nord Ovest (VA CO SO LC)	*Nord Est (BG BS)*	*Centro (MI MB)*	*Sud (CR MN LO PV)*	
Sì, temporaneamente	..	0,9	4,8	2,4	2,6
Sì, definitivamente	15,0	4,5	7,2	13,4	9,5
No	85,0	94,6	88,0	84,1	87,9
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

I motivi principali che hanno determinato il cambio – non voluto – di residenza sono riconducibili principalmente nel 47% dei casi, a un bisogno di assistenza e nel 41% delle occasioni a una riduzione del reddito, con quote equilibrate tra le due ragioni nelle due aree infraregionali del Nord della Lombardia e invece una lieve prevalenza di cause riferibili a riduzioni di reddito a Sud e una maggiore incidenza di bisogno di assistenza a Milano e nella zona di Monza e della Brianza.

Per quanto riguarda l'opinione degli stranieri rispetto all'eventuale peggioramento della situazione abitativa tra chi ha cambiato alloggio, si esprime effettivamente in questi termini – segnalando dunque un aggravamento delle condizioni di alloggio – il 53% del campione, e per la precisione due terzi nell'area di Nord Ovest, quasi altrettanti nel Centro della regione, un po' meno di metà a Sud e solamente un terzo nella zona di Nord Est.

3.2 La situazione lavorativa e l'Inail

Il rischio di infortunio è indubbiamente connesso alla mansione nonché al comparto lavorativo in cui la persona è inserita al momento dell'incidente. Per quanto concerne la nostra indagine, la maggioranza assoluta degli uomini incontrati era occupato nei settori dell'industria (con una quota molto elevata pari al 56,8%) o in misura minore dell'edilizia (17,8%), nei servizi alle imprese (9,1%), nei trasporti (5,4%), in agricoltura (3,6%) o nella ristorazione o negli alberghi (3,0%). La distribuzione delle donne infortunate, al contrario, mostra una prevalenza di occupate nei servizi alle famiglie (con una quota del 27,2%), come ausiliario socio-assistenziale o operatore socio-sanitario (23,2%) e, in misura minore, di impegnate nei servizi alle imprese (18,5%), lavoratrici nell'industria (17,9%) o – ancora più a distanza – nella ristorazione e negli alberghi (8,6%).

Tab. 11 - Lavoro degli intervistati stranieri al momento dell'incidente, per genere. Valori percentuali

	Uomini	*Donne*	*Totale*
Industria	56,8	17,9	44,6
Costruzioni	17,8	1,3	12,7
Servizi alle imprese	9,1	18,5	12,0
Personale domestico	0,9	27,2	9,1
Sanità e servizi sociali	0,6	23,2	7,7
Alberghi e ristorazione	3,0	8,6	4,8
Trasporti	5,4	..	3,7
Agricoltura	3,6	0,7	2,7
Altro	2,7	2,6	2,7
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Ancora una volta i dati su esposti rispecchiano le rilevazioni dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità in merito ai comparti lavorativi solitamente occupati dalle persone straniere in Lombardia, nonché le informazioni riportate dallo stesso Istituto Inail in riferimento agli assicurati, confermando la bontà della rappresentatività del campione anche da questo punto di vista.

Tab. 12 - Lavoro svolto dagli uomini. Valori percentuali, Lombardia 2001-2011

Tipo di lavoro svolto	*2001*	*2005*	*2010*	*2011*
Operai generici nell'industria	34,9	21,7	19,5	17,1
Operai generici nel terziario		10,7	10,7	9,5
Operai specializzati	9,0	5,1	3,7	2,9
Operai edili	13,2	21,0	15,0	18,7
Operai agricoli e assimilati	1,9	4,4	4,1	5,6
Addetti alle pulizie	1,6	2,6	3,9	3,7
Impiegati esecutivi e di concetto	1,2	1,5	1,5	1,6
Addetti alle vendite e servizi	6,3	2,0	2,3	2,8

Tab. 12 (segue)

Addetti alle attività commerciali		3,3	7,2	7,3
Addetti alla ristorazione/alberghi	10,8	9,6	9,8	8,4
Mestieri artigianali	5,1	6,9	6,6	8,5
Addetti ai trasporti	2,8	4,3	5,0	5,4
Domestici fissi	3,8	1,3	1,4	0,6
Domestici a ore		0,7	1,8	1,3
Assistenti domiciliari	0,4	0,5	1,3	0,9
Baby sitter	0,1	0,1	0,0	0,1
Assistenti in campo sociale	0,9	0,2	0,7	0,2
Medici e paramedici	0,8	0,9	0,5	0,7
Mestieri intellettuali	1,5	1,8	2,0	1,5
Prostituzione	0,1	0,2	0,0	0,0
Professioni sport e spettacolo	0,5	0,8	0,0	0,1
Altro	0,4	0,2	2,9	3,4
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: Ismu

Tab. 13 - Lavoro svolto dalle donne. Valori percentuali, Lombardia 2001-2011

Tipo di lavoro svolto	*2001*	*2005*	*2010*	*2011*
Operaie generiche nell'industria	8,6	6,9	6,3	7,0
Operaie generiche nel terziario		1,4	2,9	2,3
Operaie specializzate	3,1	0,5	0,5	0,3
Operaie edili	0,3	0,2	0,1	0,3
Operaie agricole e assimilate	0,2	0,4	0,3	0,5
Addette alle pulizie	0,7	7,4	6,3	8,2
Impiegate esecutive e di concetto	2,8	4,0	4,7	4,8
Addette alle vendite e servizi	3,0	4,1	5,5	6,2
Addette alle attività commerciali		1,0	3,0	2,4
Addette alla ristorazione/alberghi	10,1	12,4	11,9	13,2
Mestieri artigianali	1,3	2,4	1,8	1,9
Addette ai trasporti	0,0	0,2	0,1	0,1
Domestiche fisse	37,9	8,1	8,3	5,8
Domestiche a ore		18,4	14,0	14,1
Assistenti domiciliari	15,0	15,8	15,4	16,5
Baby sitter	3,4	4,0	2,9	3,0
Assistenti in campo sociale	2,6	3,2	4,7	4,3
Medici e paramedici	2,1	2,5	3,9	3,3
Mestieri intellettuali	1,0	5,1	5,6	4,0
Prostituzione	0,1	0,4	0,1	0,2
Professioni sport e spettacolo	1,0	0,5	0,1	0,0
Altro	0,3	0,4	1,8	2,6
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: Ismu

Si tratta, infatti, con particolare riferimento ai primissimi al maschile e in misura inferiore al femminile, di settori ad elevata frequenza di infortunio che registrano una forte presenza di manodopera immigrata e che, inoltre, sono particolarmente a rischio sia per la tipologia intrinseca del lavoro sia per le condizioni di scarsa tutela in cui spesso lavorano le persone immigrate.

La conoscenza dei rischi connessi all'ambiente lavorativo determina, inevitabilmente, una maggiore capacità di non incorrere in incidenti e tale condizione è correlata non solo alla messa in sicurezza degli ambienti lavorativi,

ma anche alla partecipazione ai corsi di formazione sulla sicurezza, realizzati all'interno dell'azienda.

Si tratta di opportunità, queste ultime, che però prevedono – se non si elaborano né si attivano procedure *ad hoc* – una padronanza della lingua italiana non sempre propria ai lavoratori stranieri.

Infatti, a fronte di un 45% che dichiara di leggere bene o molto bene l'italiano, i nostri intervistatori hanno rilevato che ben il 34% ne aveva una conoscenza inferiore a quella percepita.

Se si analizza in dettaglio la consapevolezza del rischio, da parte delle persone intervistate, emerge che il 65% del campione dichiara di essere stato direttamente informato e il 73% ritiene di essere a conoscenza dei principali fattori di rischio per gli infortuni. In maniera coerente, quindi, è emerso che all'incirca nel 68% delle situazioni lavorative le misure di sicurezza e prevenzione previste erano state regolarmente adottate.

Se da un lato questi dati riportano una forte relazione tra la realizzazione di campagne di informazione e l'aderenza alle regole di base per la protezione da possibili incidenti sul lavoro, dall'altro essi stessi sottolineano con forza la necessità di elaborare importanti strategie particolarmente mirate per i lavoratori stranieri i quali non sempre sono in grado di recepire correttamente tutte le informazioni fornitegli.

Si tratta, a nostro avviso, di un risultato molto significativo – che peraltro consolida analoghi risultati di ricerca ormai ottenuti negli ultimi anni – ma rispetto a cui l'Inail ha ancora margini d'azione nonché possibilità di prestare maggiore attenzione, assumendo un ruolo ancora più rilevante nelle campagne di sensibilizzazione sul tema della prevenzione e promuovendo in questo modo i propri obiettivi e la capacità di prevenzione degli infortuni.

L'indagine ha poi voluto verificare l'eventuale presenza – nella storia del migrante – di infortuni avvenuti in Italia precedentemente all'ultimo; e ha quindi indagato sulla eventuale migliorata capacità degli stranieri di fruire delle prestazioni dell'Inail, per sondare l'esistenza di un'incidenza positiva di esperienze precedenti.

Da questo punto di vista, come mostrato in tabella 14 non sono rare una o più precedenti esperienze d'infortunio sul lavoro tra gli immigrati riabilitati e campionati dall'indagine: circa il 30% degli intervistati aveva già subito infortuni sul lavoro.

Tab. 14 - Soggetti al secondo infortunio all'interno del campione d'indagine. Valori percentuali

Ha avuto un infortunio precedente?	*V.%*
No	68,5
Si	29,9
Non dichiara	1,6
Totale	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Incrociando questa informazione con il dato secondo cui il 55% degli intervistati nel campione complessivo conosce l'Istituto Inail, è evidente che la maggior parte di chi ha già subito un infortunio conosce l'Inail; mentre il restante 70%, al primo infortunio in Italia, si suddivide in una quota del 25% che conosceva già l'Inail e in una quota del 45% che non lo conosceva. In altre parole, tra chi non è già incorso in infortuni sul lavoro la conoscenza dell'Inail è solamente al 35%.

Se l'adesione alle misure di sicurezza è praticamente pari all'informazione – così come risulta dalla nostra ricerca, come dettagliato *supra* – i margini di miglioramento sono ampi e chiari.

Si sottolinea, inoltre, che la mancata conoscenza dell'Inail – e di tutto ciò che in termini di benefici e tutela comporta l'accedervi per il lavoratore – potrebbe influire anche sulle mancate denunce di infortunio.

Queste ultime, infatti, sono sicuramente il risultato di una situazione di fragilità contrattuale del lavoratore nei confronti del datore di lavoro, soprattutto per le persone migranti il cui titolo di soggiorno è fortemente legato all'attività lavorativa; ma anche dell'ignoranza di diritti e dunque di servizi altrimenti fruibili. Si ricorda, da questo punto di vista, che i paesi di provenienza della maggior parte delle persone intervistate non prevedono la presenza di simili enti e questo rende quasi impossibile per l'infortunato richiedere un servizio di cui non potrebbe neanche sospettare l'esistenza.

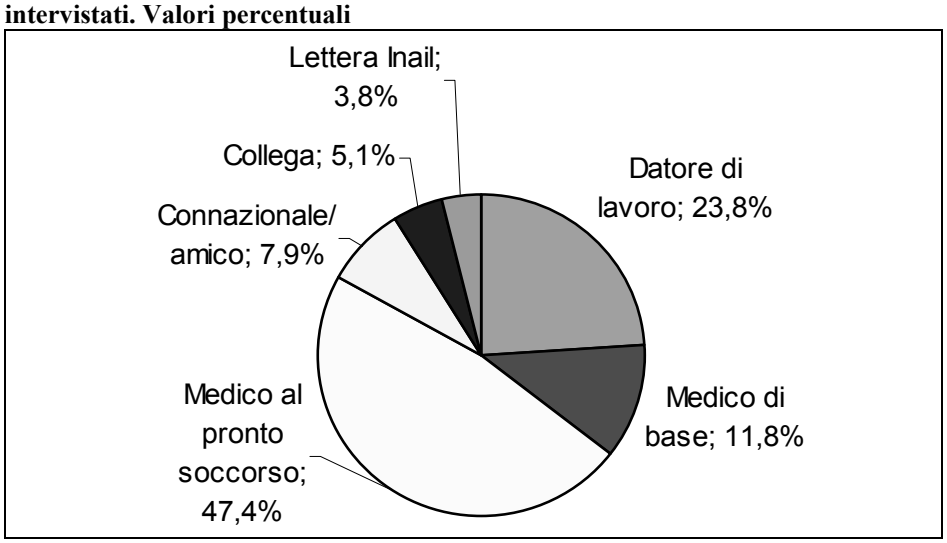
In questo contesto, peraltro, è necessario ricordare cinque fattori nuovi e in forte crescita, che potrebbero facilitare l'emersione di tutti gli infortuni realmente occorsi sul lavoro. Si tratta di fattori che, all'interno del mercato del lavoro italiano e lombardo, ricadono anche sui lavoratori stranieri e, con un effetto moltiplicativo, sui giovani lavoratori stranieri:

1) l'inesperienza professionale dovuta anche alla crescente flessibilità, al turn over e al precariato lavorativo;
2) la ricattabilità, dovuta all'irregolarità non solo propriamente nel lavoro ma anche nel soggiorno, ovvero a livello giuridico-amministrativo, con il rischio quotidiano di esser soggetti a espulsione dall'Italia e magari a dover abbandonare la propria famiglia;
3) la de-sindacalizzazione, dovuta nelle società post-moderne a un'individualizzazione crescente del sé e, in particolare, dei percorsi, delle forme e delle organizzazioni lavorative, che registrano sempre più contratti atipici, situazioni lavorative frastagliate, determinando una minor appartenenza sindacale;
4) la sovra-esposizione professionale, per cui, per risparmiare sul compenso della forza-lavoro, mansioni di profilo più elevato vengono fatte svolgere da personale non qualificato o non adeguatamente esperto;
5) l'ignoranza, come in parte documentato, rispetto all'esistenza e alle notevoli funzioni dell'Istituto Inail, che ormai non si può più imputare tanto

alla scarsa anzianità migratoria ed esperienza del territorio quanto, come detto, a una minima recettività rispetto alla pubblicità sul tema.

A tal proposito, poi, come mostrato in figura 3 si rileva come il medico del pronto soccorso abbia suggerito di recarsi all'Inail a circa la metà delle persone intervistate, mentre quasi un quarto degli infortunati sono stati indirizzati all'Istituto dal datore di lavoro.

Fig. 3 - Da chi è arrivato il suggerimento di rivolgersi all'Inail, tra i soggetti intervistati. Valori percentuali



Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Le varie opportunità non sono tra loro equamente concorrenti a livello temporale e l'occorrere di una non preclude che un'altra figura, in assenza della prima, avrebbe operato la medesima azione di informazione e suggerimento rispetto al migrante.

È stato rilevato, inoltre, che gli attori del processo post-infortunio conoscono e suggeriscono l'Inail in maniera diffusa, al netto della quota di infortunati del 3,8% che ha avuto suggerimento di intraprendere un'adeguata terapia medico-riabilitativa in Istituto a partire solo da una lettera formale dell'Inail.

Questo dato, però, pone un'altra domanda sul grado di conoscenza dell'Istituto tra quanti rappresentano il capitale sociale del soggetto, relativamente al suo network etnico.

A livello provinciale, nella zona di Milano, Monza e della Brianza si registra una forte caduta dell'atto di (primo) suggerimento dell'Inail da parte dei medici del pronto soccorso: solo in meno di un caso su tre a fronte di quote di maggioranza assoluta altrove. Al contrario, vi sono maggiori segnalazioni dell'Inail da parte dei datori di lavoro: più di un caso su quattro, a fronte di

valori che altrove oscillano fra il 19% e il 24%, ma anche se non soprattutto in termini relativi di percentuali più elevate sia "di rete" sia dell'importanza della lettera Inail.

Tab. 15 - Chi ha suggerito l'Inail agli intervistati stranieri, distintamente per macroaree provinciali. Valori percentuali

Chi ha suggerito l'Inail?	*Area di residenza*				*Totale*
	Nord Ovest (VA CO SO LC)	*Nord Est (BG BS)*	*Centro (MI MB)*	*Sud (CR MN LO PV)*	
Datore di lavoro	19,2	21,6	26,9	24,0	23,8
Medico di base	9,6	14,4	11,7	10,4	11,8
Medico al pronto soccorso	51,9	57,7	33,1	56,3	47,4
Connazionale/amico	9,6	4,1	13,8	2,1	7,9
Collega	3,8	1,0	8,3	5,2	5,1
Lettera Inail	5,8	1,0	6,2	2,1	3,8
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Nelle province di Milano e di Monza e della Brianza, infatti, nel 14% delle occasioni il suggerimento e la prima segnalazione dell'esistenza dell'Istituto Inail sono stati dati da un connazionale o amico dell'infortunato, mentre tale quota è ancora del 10% nell'area di Nord Ovest ma supera appena il 4% in quella di Nord Est e scende al 2% a Sud della regione. Il suggerimento dell'Inail da parte di un collega è dato, poi, nella zona centrale della Lombardia in più dell'8% dei casi, mentre altrove oscilla fra l'1% e il 5%.

Anche la lettera dell'Inail ha un'incidenza superiore nella zona di Milano e Monza, superando in quest'unico caso la quota del 6%, mentre sull'altro estremo a Nord Est e a Sud i valori sono molto inferiori, pari all'1-2%.

Come detto, le quote percentuali superiori nell'area di Milano e Monza rispetto al resto della regione sono il contraltare alla minore incidenza, in tale zona, del suggerimento dell'Inail da parte del medico di base.

Infine, meno legata a questa contrapposizione di schemi di suggerimento Inail, differenti tra centro e periferia della regione, appare la quota relativa al medico base. Da questo punto di vista, esso è il primo suggeritore dell'Inail nel 14% delle occasioni nel Nord Est, nel 12% dei casi al Centro e nel 10% al Sud e nel Nord Ovest.

Sembra delinearsi una maggiore densità di rete composta da connazionali, amici e colleghi della persona infortunata nell'area più centrale della regione, di Milano e Monza, dove appare maggiore anche la sensibilizzazione sul tema dei datori di lavoro. D'altra parte, i rari casi di infortunati che al contrario non si vedono segnalare l'Istituto dell'Inail né dal datore di lavoro né dalla rete di prossimità, paradossalmente molto più spesso nelle province di Milano e di Monza e della Brianza che non altrove, non sono poi avvertiti correttamente neanche dai medici, soprattutto da quelli del pronto soccorso. È immaginabile che tale comportamento sia dovuto alla percezione che data la diffusione del

fenomeno migratorio la conoscenza dell'Istituto tra le persone straniere sia scontata, e gli infortunati ricevono segnalazione dell'Inail solo dalla lettera dell'Istituto.

3.3 Il rapporto tra la persona straniera infortunata e l'Inail

Come già accennato, la ricerca ha inteso esplorare le modalità di interazione delle persone straniere con il sistema riabilitativo, e con l'Inail in particolare. Per questa ragione sono stati ripercorsi i diversi momenti che dall'infortunio hanno portato le persone a recarsi presso l'Istituto.

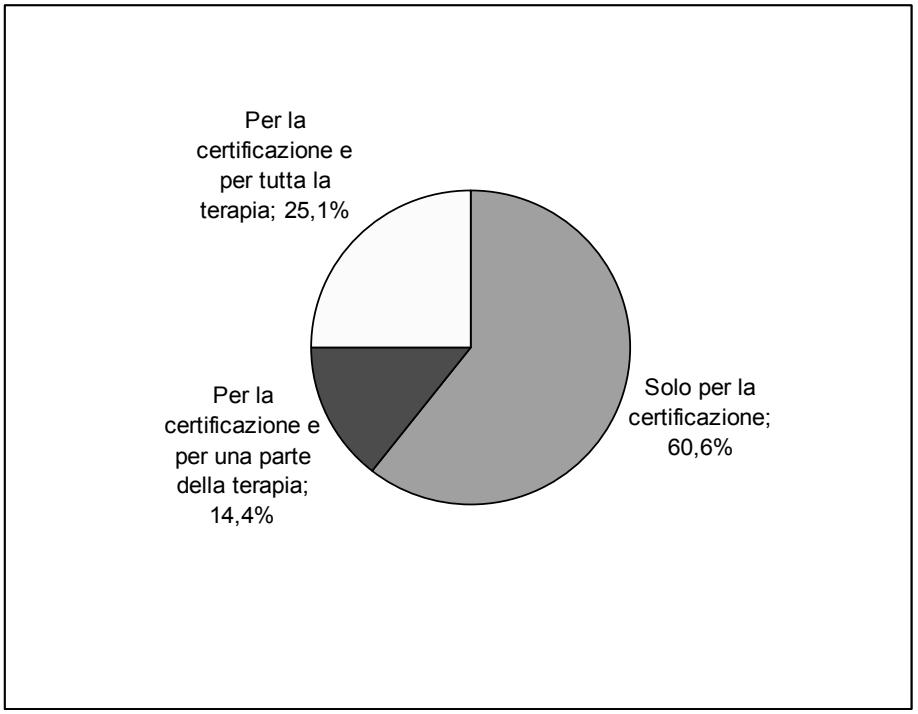
Come mostra la figura 4, più di tre quinti degli intervistati si è rivolto all'Inail solo per la certificazione, seguendo quantomeno parte del successivo percorso riabilitativo in altre strutture. La ragione di tale scelta è da attribuirsi prevalentemente alla lunghezza dei tempi di attesa, quando nella sede competente era presente la struttura riabilitativa; altrimenti era proprio l'assenza del servizio a spingere verso strutture esterne. Tuttavia, dal confronto tra chi ha seguito la terapia riabilitativa in Inail e chi, invece, l'ha seguita interamente o parzialmente presso la Asl o un'altra struttura ospedaliera, è emerso che i giudizi sono molto simili tra loro, come si dirà infra.

Per quanto riguarda l'accessibilità agli uffici dell'Istituto, oltre l'85% del campione ha espresso un giudizio favorevole rispetto agli orari di accesso e non ha avuto difficoltà a superare le barriere architettoniche. Solamente un quarto, tuttavia, ha dichiarato di aver ricevuto informazioni molto chiare e complete.

Inoltre, in quasi tutti i casi – per la precisione nel 96% – non era presente un mediatore culturale, mentre il 60% degli immigrati ha dichiarato che questa presenza sarebbe stata d'aiuto nella comunicazione con gli operatori. Si consideri, però, che in generale le risposte sulla mediazione linguistica e culturale, poste in varie occasioni nel questionario, possono risultare almeno parzialmente viziate dal fatto che, proprio essendo la figura del mediatore linguistico-culturale ancora appannaggio di poche strutture sanitarie, è possibile che la persona intervistata in realtà non la abbia riconosciuta, rispondendo pertanto "no" senza porvi la necessaria attenzione.

Risultati molto interessanti sono emersi a proposito dei costi, in termini propriamente economici, della riabilitazione. Le analisi realizzate mostrano che un quinto degli intervistati ha dovuto pagare per ausili, visite specialistiche private e per la terapia; mentre circa due quinti ha corrisposto il ticket sanitario. Ciò fa supporre – e la questione non pare marginale – che non sia stato spiegato o recepito bene dagli immigrati stranieri come funziona la parte amministrativa di rimborso delle spese da parte dell'Inail, nonché l'effettiva gratuità di alcune prestazioni medico-riabilitative.

Fig. 4 - Ragioni di ricorso all'Inail. Valori percentuali



Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

3.4 La terapia in Inail

Tra coloro che hanno seguito tutta la terapia in Inail, il 60% circa delle persone ha indicato un giudizio "buono" nei campi relativi alla valutazione degli orari della terapia e della professionalità e capacità di ascolto di medici e paramedici. Inoltre, circa il 54% del campione ha giudicato buoni i tempi di attesa.

Di contro, però, oltre il 20% degli immigrati ha avuto dubbi su come seguire la terapia in Inail e il 19% ha sentito la mancanza della presenza di uno psicologo.

Per quanto concerne, invece, la presenza di un mediatore linguistico-culturale oltre la metà degli intervistati (54%) non ne ha avvertito il bisogno durante la terapia, anche se, a fronte di questo dato, è tuttavia risultato che un buon 43% ne avrebbe desiderata la presenza, perché avrebbe aiutato nella comprensione del percorso riabilitativo e delle conseguenze dell'infortunio.

Ciò è confermato anche dalle parole degli operatori intervistati – si rimanda per questo ai risultati anche dell'indagine qualitativa che attiene alla stessa azione di ricerca – che hanno dichiarato come la presenza di un mediatore lin-

guistico-culturale agevolerebbe in misura notevole la relazione con gli utenti stranieri.

Questo risultato è sicuramente importante, nella misura in cui si dovesse pensare di allargare a queste figure l'offerta dell'Inail; ma in questo contesto si sottolinea con forza l'importanza della mediazione anche negli spazi più propriamente amministrativi, viste le grosse difficoltà che i percorsi burocratici creano alle persone straniere.

3.5 La terapia presso un'altra struttura

Il primo passaggio indagato per analizzare il percorso di riabilitazione in una struttura diversa dall'Inail ha riguardato la sua fattiva individuazione. Come mostra la tabella 16, tra coloro che hanno svolto in un'"altra struttura" il percorso di riabilitazione, o almeno parte di esso, circa la metà ha ricevuto l'indicazione dagli operatori dell'ospedale in cui sono stati portati in seguito all'incidente sul lavoro. In un terzo dei casi, invece, il suggerimento è stato dato dal medico curante. Infine, in misura marginale hanno partecipato altri attori: in primo luogo un collega, quindi l'Inail stesso, un amico o un connazionale. Infine, l'immigrato non ha cercato la struttura "extra Inail", perché già la conosceva nel 3,4% dei casi, mentre ha cercato informazioni su internet solamente nel 2,8% dei casi.

Come accennato prima, il giudizio dato sulle "altre strutture" è generalmente positivo. Infatti, quasi il 65% degli intervistati ha indicato come buoni gli orari di accesso per la terapia e il 52% ha espresso lo stesso parere sui tempi di attesa.

A proposito della professionalità e della capacità di ascolto dei medici il grado di buona soddisfazione (58%) è di poco superiore – di un paio di punti percentuali – rispetto allo stesso giudizio espresso sui paramedici.

Tab. 16 - Percorso di individuazione della struttura extra Inail dove fare riabilitazione, tra i soggetti intervistati. Valori percentuali

Chi le ha segnalato la struttura extra Inail?	*V.%*
Me l'ha segnalato un collega	6,4
Me l'ha segnalato il mio medico curante	33,1
Ho cercato informazioni su internet	2,8
Me l'hanno indicata in ospedale	48,8
Me l'ha segnalato un amico/connazionale	2,5
Me l'ha segnalato l'Inail	3,1
Conosceva da sé	3,4
Totale	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Si noti, poi, che in due casi su tre chi ha dovuto trovare in maniera autonoma un centro in cui fare terapia di riabilitazione, rivolgendosi a strutture private o

non convenzionate con l'Inail, lo ha fatto per la lunghezza dei tempi di attesa indicati.

A tal proposito, è importante ricordare come le lungaggini di un percorso di riabilitazione possa avere dei risvolti ancora più severi per le persone migranti, per le quali l'investimento nelle proprie capacità produttive è fondamentale nella riuscita piena del percorso migratorio.

A questo si aggiungano le considerazioni fatte prima sulla necessità di mantenere il proprio posto di lavoro per aver garantito il permesso di soggiorno.

3.6 Un'analisi sintetica comparata in termini di *customer satisfaction*

La maggioranza assoluta degli infortunati ha segnalato un grado di soddisfazione buono per tutti i servizi offerti sia dall'Inail sia dall'Asl o dall'ospedale. All'interno dei giudizi vi è però una forte variabilità, i migliori giudizi sono stati dati in ordine: da oltre il 36% degli intervistati, ai paramedici dell'Inail in riferimento alla loro professionalità e dal 34% in riferimento alla loro capacità di ascolto; infine da un terzo del campione ai medici dell'Inail sempre in riferimento alla loro professionalità. Al contrario, solo il 25% del campione ha segnalato come ottimi gli orari in cui seguire la terapia in Inail, il 19% i tempi di attesa in Inail e il 17-18% dei casi ha dato un giudizio ottimo sia per gli orari sia per i tempi di attesa in Asl o in ospedale.

Sui tempi di attesa emerge chiaramente tutta la problematicità quando si analizzano le valutazioni "scarse" o "pessime" che, per l'Inail, sono segnalate nel 27% dei casi per tale item, mentre per le altre aree di valutazione tale quota di giudizio raggiunge al più il 12% per gli orari e percentuali invece ancora inferiori sia per la professionalità sia per la capacità di ascolto, tanto dei medici quanto dei paramedici. Per l'Asl o l'ospedale, valutazioni simili scarse o pessime sono indicate nel 30% dei casi per i tempi di attesa, mentre per gli altri item il valore oscilla sempre fra il 13% e il 18%: al di sopra del dato minimo segnalato in Inail, con eccezione per la professionalità dei medici. A tal proposito, giudizi scarsi o pessimi sui medici delle strutture non appartenenti all'Inail sono segnalati solo in poco più del 9% delle occasioni, mentre tale valore supera appena il 4% per i medici dell'Istituto.

Tab. 17 - Valutazione dei servizi di riabilitazione seguiti presso strutture Inail e presso Asl o ospedale, tra i soggetti intervistati. Valori percentuali

		Valutazione				*Tot.*
		Pessima	*Scarsa*	*Buona*	*Ottima*	
In Inail	Orari	3,0	9,0	62,9	25,1	100,0
	Tempi di attesa	4,2	22,9	53,6	19,3	100,0
	Professionalità medici	1,2	3,0	62,4	33,3	100,0
	Capacità ascolto medici	0,6	7,3	63,0	29,1	100,0
	Professionalità paramedici	0,6	4,3	58,9	36,2	100,0
	Capacità ascolto paramedici	0,6	4,9	61,0	33,5	100,0

Tab. 17 (segue)

In Asl /ospedale	Orari	2,9	14,9	64,9	17,2	100,0
	Tempi di attesa	5,8	23,9	52,4	17,8	100,0
	Professionalità medici	1,6	7,8	57,8	32,8	100,0
	Capacità ascolto medici	2,0	12,4	58,3	27,4	100,0
	Professionalità paramedici	1,3	11,7	55,8	31,2	100,0
	Capacità ascolto paramedici	2,3	11,4	55,4	30,9	100,0

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

A prima vista emerge un quadro di servizi di riabilitazione migliore in Inail che non nelle Asl e negli ospedali, seppure su situazioni mediamente buone se non ottime in entrambi i casi, se si escludono i tempi di attesa. Quest'ultimo tema è segnalato con una maggior forza relativa, ancora una volta, nelle Asl e negli ospedali che non in Inail ma, d'altra parte, si discosta di più dalla media dei giudizi più positivi in quest'ultimo ambito. In altri termini, per quanto riguarda i tempi di attesa giudizi scarsi o pessimi sono segnalati nel 30% delle occasioni nelle Asl e negli ospedali a fronte di una quota come al solito minore in Inail (27%); ma, da un altro punto di vista, si segnala che per le altre aree di valutazione – in particolare quella riguardante gli orari, ma anche rispetto a ciò che concerne professionalità e capacità di ascolto di medici e paramedici – nelle Asl e negli ospedali giudizi di tale tenore sono segnalati in quote comprese fra il 9% e il 18% dei casi, mentre in Inail solamente tra il 4% e il 12%. Dunque, le segnalazioni di criticità dei tempi d'attesa sono in valore assoluto più che doppie rispetto a quelle per le altre aree di valutazione in Inail, mentre nelle Asl e negli ospedali ci si discosta un po' meno da un contesto che anche per gli altri settori di valutazione non è altrettanto roseo.

In questo senso spicca maggiormente la problematicità dei tempi di attesa in Inail, ivi quasi unico piccolo neo in un panorama di valutazioni sempre molto buono o ottimo; mentre nelle Asl e negli ospedali questo aspetto critico risulta un po' più sfumato all'interno di un quadro generale giudicato mediamente in modo non altrettanto positivo.

Al di là di tutta questa prima analisi esplorativa, poi, è possibile sintetizzare i giudizi espressi per quantificare le differenze di punteggio tra un item e l'altro, a favore dell'Inail oppure delle Asl e degli ospedali.

A tal fine si è scelto di adoperare un metodo meno diffuso, nella prassi sociologica e statistica, ma anche probabilmente molto più oggettivo. Non si sono attribuiti classicamente punteggi crescenti soggettivamente – solitamente di un'unità, ma anche questa è una scelta – ai valori, nell'ordine, pessimo, scarso, buono e ottimo; ma si è adoperata la tecnica "della semisomma dei percentili ordinati" proposta da una decina d'anni all'interno della facoltà di Scienze Statistiche dell'Università Milano-Bicocca e già utilizzata, seppure in una versione leggermente modificata, all'interno delle indagini annuali dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità della Lombardia. Metodologicamente, secondo questa tecnica, prendendo in considerazione come variabile-base la valutazione della professionalità dei medici nelle

Asl e negli ospedali si sono dapprima ordinate le modalità di risposta pessima, scarsa, buona e ottima e poi a esse sono stati attribuiti punteggi pari alla semi-somma dei percentili cumulati di confine tra una modalità e la successiva.

La principale proprietà di questa tecnica è che la media dei punteggi è sempre pari per costruzione a 50, come dimostrabile[1].

In questo caso si è deciso di raddoppiare i punteggi ottenuti in base all'applicazione del metodo alle modalità di risposta che fanno riferimento alla professionalità dei medici di Asl e ospedali e, data tale base 100, osservare i punteggi in questi e negli altri aspetti dei servizi indagati, riferiti tanto all'Inail quanto alle Asl e agli ospedali.

Tab. 18 - Giudizi complessivi di valutazione dei servizi di riabilitazione seguiti presso l'Inail e presso l'Asl o l'ospedale, tra i soggetti intervistati, base 100 pari al giudizio complessivo espresso per la professionalità dei medici nelle Asl e negli ospedali

	Inail	*Asl/ospedale*
Orari	91	80
Tempi di attesa	76	73
Professionalità medici	104	*100*
Capacità di ascolto medici	98	92
Professionalità paramedici	106	96
Capacità di ascolto paramedici	103	95

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

La tabella 18 esprime così sinteticamente e con chiarezza quanto rilevato più qualitativamente all'inizio del paragrafo. L'area di maggior sofferenza, sia per l'Inail sia per le Asl e gli ospedali, è quella dei tempi di attesa; che è anche quella con il minor divario tra la performance Inail (76 punti) e quella delle Asl e degli ospedali (73 punti). Al contrario, il fattore di forza delle aziende socio-sanitarie locali e degli ospedali è la professionalità dei propri medici (100 punti, presi come base per tutti i confronti), di poco inferiore a quella dei loro colleghi dell'Inail (104 punti).

Dal punto di vista dell'Inail, invece, molto buono – migliore fra tutti gli aspetti analizzati – è il giudizio attribuito alla professionalità dei propri paramedici (106 punti), che staccano di dieci punti i loro colleghi delle Asl e degli ospedali (96 punti) e, al contrario di questi ultimi, risultano giudicati migliori rispetto ai medici presenti nelle medesime strutture.

Anche la capacità di ascolto dei paramedici dell'Inail è più che buona – 103 punti – seppure giudicata dagli utenti di tre punti inferiore rispetto alla loro professionalità; mentre la capacità di ascolto dei paramedici nelle Asl e negli ospedali (95 punti) è ancora nettamente inferiore a quella dei loro colleghi dell'Inail, ma solo di un punto inferiore rispetto alla propria professionalità.

[1] Per la tecnica in generale e per tale proprietà in particolare cfr. Menonna, 2002.

Ancor più che tra i paramedici, poi, il deficit tra professionalità e capacità di ascolto è maggiore tra i medici, e in questo caso con un differenziale di valutazione leggermente maggiore nelle Asl e negli ospedali (92 punti, otto in meno) che non nell'Inail (98 punti, sei in meno).

Tuttavia, si noti che i punteggi di medici e paramedici, nell'Inail o nelle Asl e ospedali, per professionalità o capacità di ascolto, variano comunque all'interno di un range elevato, mentre sono molto inferiori le valutazioni per i tempi di attesa in entrambi gli istituti (76 punti nell'Inail, 73 al di fuori); e inferiori sono anche i giudizi relativi agli orari. A proposito di quest'ultimo aspetto, è massimo il divario tra il giudizio attribuito agli orari dell'Inail (91 punti) e quello dato agli orari delle Asl e degli ospedali (80 punti): ben undici punti di differenza.

In definitiva, in un contesto di generale soddisfazione per i servizi fruiti, come segnalato a inizio paragrafo, l'area ritenuta più critica da parte degli utenti è quella dei tempi di attesa; e poi in seconda battuta e con particolare riferimento alle aziende socio-sanitarie e agli ospedali, quella degli orari.

Migliori, e mediamente migliori in Inail che non nelle Asl e negli ospedali, sono state invece ritenute le competenze – soprattutto quelle professionali, un po' meno per quanto riguarda la capacità di ascolto – dei medici e dei paramedici, in particolare dei primi nelle Asl e negli ospedali e dei secondi nelle strutture Inail.

Infine, naturalmente, i paramedici minimizzano la perdita di valutazione nelle capacità di ascolto rispetto alla professionalità, mentre i medici mostrano un maggior divario tra le due sfere; tanto che per livello di capacità di ascolto sono considerati migliori i paramedici sia nelle Asl e negli ospedali sia nell'Inail.

Sia in Inail sia nelle Asl e negli ospedali risultano sempre significative e forti correlazioni tra i diversi item che complessivamente danno un giudizio sul servizio: al crescere della bontà di giudizio su un item cresce normalmente anche la bontà di giudizio sugli altri, con ottima correlazione in Inail tra le valutazioni di professionalità e di capacità di ascolto per i paramedici (0,87 su una scala unitaria – misurata tramite il coefficiente di correlazione di Pearson, che al valore 1 associa dipendenza perfetta) e buona anche tra le valutazioni di professionalità e di capacità di ascolto per i medici (0,74). In terza battuta è forte anche la correlazione, sempre in Inail, tra la professionalità dei medici e dei paramedici (0,72), tra gli orari e i tempi di attesa (0,67), tra la capacità di ascolto dei medici e dei paramedici (0,64).

Pure non è un caso che, sempre in Inail, minori sono le correlazioni tra i giudizi sui tempi di attesa e le valutazioni sulle professionalità e le capacità di ascolto di medici e paramedici (tutte oscillanti tra 0,41 e 0,44) e, in seconda battuta, tra gli orari e le valutazioni sui medici (0,45 per quanto riguarda la capacità di ascolto e 0,46 per la professionalità) e sui paramedici (0,55 in entrambi i campi).

In altri termini, da una parte si svela una griglia di associazioni di giudizi via via crescente all'avvicinarsi degli ambiti trattati e dall'altra – essendo comunque più o meno forti, ma queste associazioni tutte significative – si scopre poi un "effetto trascinamento" dei giudizi positivi, così come di quelli negativi. Come dire che i medici e i paramedici hanno ben poche colpe per le lunghe liste di attesa, ma un'insoddisfazione generale degli utenti può tramutarsi in punteggi inferiori anche per loro; o, osservando la questione dal punto di vista contrario, si può dedurre che spesso i buoni o ottimi medici e paramedici incontrati dagli utenti e che hanno pienamente contribuito a brillanti soluzioni dei percorsi medico-riabilitativi hanno portato a una spontanea autocensura da parte degli utenti sul racconto degli altri disservizi subiti, nello specifico trainando all'insù i giudizi sui tempi di attesa e sugli orari che altrimenti sarebbero stati ancora più negativi.

In modo molto simile, nelle Asl e negli ospedali il massimo coefficiente di correlazione è quello tra la professionalità e la capacità di ascolto dei paramedici (0,86), seguito a distanza da quello tra la professionalità e la capacità di ascolto dei medici (0,73) e da quello tra la valutazione dei tempi di attesa e la valutazione degli orari (0,71); e poi tra la capacità di ascolto di medici e paramedici (0,68). Agli ultimi posti, invece, ma con correlazioni comunque significative, si segnalano invece le associazioni tra la gestione degli orari e la capacità di ascolto dei medici (0,32) e la loro professionalità (0,35). Si tratta delle aree di servizio più lontane tra loro e meno correlate; ma comunque c'è un effetto di trascinamento nelle valutazioni buone o più scarse date dagli utenti solamente a seconda del risultato finale dal punto di vista medico-riabilitativo.

3.7 Conseguenze dell'infortunio ed esiti del percorso medico-riabilitativo

Dopo aver ripercorso le tappe che portano la persona infortunata a rivolgersi all'Istituto Inail o a trovare delle soluzioni alternative, la ricerca ha indagato la percezione che questa ha rispetto tanto agli esiti del percorso quanto alle conseguenze mediche che hanno, in alcuni casi, fatto seguito all'incidente. È evidente come questa determinante pesi sulla capacità dell'infortunato di gestire e reagire all'infortunio e sulle conseguenze che ne derivano. Il dato risultante è generalmente positivo: ai cinque sesti delle persone è stato illustrato il percorso medico-riabilitativo che avrebbero affrontato e tre su quattro hanno dichiarato di avere chiare le conseguenze dell'infortunio.

È pur vero, in questo contesto, che deve comunque essere posta particolare attenzione verso quel sesto di popolazione straniera infortunata cui al contrario non è stato illustrato il percorso medico-riabilitativo; così come verso quel quarto che ha dichiarato di non aver capito bene le conseguenze dell'infortunio.

Le due variabili testé indagate non sono collegate fra di loro, avendo la prima dei risvolti anche etici definitivamente più gravi della seconda, ma entrambe possono essere determinanti per la *compliance* alla terapia.

Per ciò, bisognerebbe approfondire con attenzione in cosa consiste il "non è stato illustrato il percorso di riabilitazione", visto che si tratta di un passaggio che il personale dovrebbe realizzare in maniera standardizzata. Al contempo, però, le modalità di informare i pazienti non sono univoche e l'utenza straniera richiede l'elaborazione di strategie comunicative più attente.

Non si tratta, infatti, di un problema unicamente linguistico, ma al contrario sono proprio le modalità di relazione che si instaurano nella diade operatore-utente che vanno pensate e costruite *ad hoc*.

L'universo migrante porta al suo interno una tale varietà di elementi che necessita, da parte degli operatori, il possedimento di competenze transculturali che possano rendere l'incontro effettivamente tale da entrambe le parti. Il rischio, al contrario, è che questo si risolva in un passaggio di informazioni che non sempre sono pienamente comprese e molto spesso lasciano nell'ombra dubbi, paure e perplessità che incidono poi nella capacità di risposta dell'infortunato.

Stante l'importanza della figura del mediatore linguistico-culturale, non tanto per interporsi nella relazione con l'utente ma piuttosto per aumentare e sviluppare le competenze del servizio in chiave interculturale, sarebbe dunque quantomeno auspicabile che il servizio se ne dotasse; cosa che – come si è visto – è ancora molto rara.

Al momento l'Istituto Inail non sembra aver ancora ragionato sul cambiamento della tipologia d'utenza sopraggiunto negli ultimi anni assieme al mutato panorama del mercato del lavoro in Italia e al forte influsso dei movimenti migratori sul territorio nazionale e in particolare lombardo. Al contrario ragionando sull'arricchimento dell'utenza sui piani delle culture, dei linguaggi, delle provenienze, delle necessità e delle diverse sensibilità sicuramente si lavorerebbe in direzione di diminuire il forte rischio di incomprensioni e aumentare la capacità di presa in carico delle persone migranti infortunate. D'altro canto si rifletta a quanto in molti casi un ripensamento delle modalità di erogazione dei servizi e di relazione nei confronti dell'utenza immigrata abbia già portato ad un miglioramento dell'offerta anche nei confronti dei lavoratori autoctoni.

Detto ciò, ad oggi rispetto al reintegro nel posto di lavoro e quindi alla possibilità che la persona concluda felicemente il proprio percorso di riabilitazione, un quinto delle persone intervistate ha risposto che non credeva che ciò sarebbe stato possibile.

È pure vero che le ragioni di queste tristi soluzioni non sono naturalmente imputabili in maniera diretta alla terapia: infatti, quella prevalente – che accomuna il 40% dei casi – è rappresentata dall'invalidità permanente e dall'impossibilità conseguente di continuare a svolgere lo stesso compito.

Inoltre, la crisi economica che in questi anni ha colpito il mondo del lavoro ha influito sicuramente sul grado di incertezza che ha accompagnato questa risposta e che non è collegabile alla terapia, sebbene tempi di attesa meno lunghi incidano poi su un possibile rientro al lavoro più veloce e quindi, indirettamente, sulla probabilità di essere sostituiti. Si ricordi come la precarietà delle tipologie contrattuali renda possibile e talvolta facile la sostituzione del lavoratore.

D'altro canto è un elemento positivo il fatto che tra le persone che hanno portato a termine la propria riabilitazione la stragrande maggioranza al contrario si ritenga soddisfatto.

Quindi, per meglio comprendere i risultati – che in alcuni casi possono sembrare poco chiari ad una prima lettura – e per sintetizzare e schematizzare la portata dei vari percorsi medico-riabilitativi sono state prese in considerazione le più importanti variabili d'indagine per determinare quali caratteristiche strutturali (sesso, macroarea di cittadinanza, stato civile, ecc.) o di percorso (conoscenza dei rischi connessi al lavoro, adozione di misure di sicurezza, conoscenza del medico di base, ecc.) siano da ritenere più o meno indicative per definire una tipologia di "risultato del percorso riabilitativo".

Da questo punto di vista le variabili esaminate hanno mostrato in molte occasioni correlazioni e associazioni fra loro: in primo luogo il reintegro sul posto di lavoro è correlato negativamente con il cambio di programmi per il futuro; ciò incide anche sul percorso d'integrazione della persona sul territorio: essendo determinante la dimensione lavorativa, il reintegro dunque ha un forte effetto protettivo.

In misura secondaria si rileva una relazione d'associazione importante tra una terapia di successo e il reintegro sul posto di lavoro.

Nella ricerca della possibilità di mettere in luce gruppi di lavoratori stranieri omogenei per alcune caratteristiche del loro percorso riabilitativo, sono emersi quattro cluster, riducendo le variabili analizzate – allorquando troppo correlate fra loro – per applicare nel modo più corretto possibile la procedura di creazione di gruppi omogenei (per variabili categoriali, *Two-step*).

Il primo di tali cluster, identificato con l'etichetta di soddisfatti, è senz'altro il più numeroso e accentra quasi due quinti del campione. L'insieme è composto da persone che hanno avuto illustrato il percorso medico-riabilitativo, hanno concluso con successo la riabilitazione e saranno reintegrati sul posto di lavoro. Si tratta indubbiamente di un percorso di successo, in cui le persone hanno potuto gestire in maniera agevole e con esiti positivi il proprio infortunio.

Un secondo gruppo, che rappresenta circa il 15% del campione, ha avuto illustrato il percorso medico-riabilitativo ma in meno della metà dei casi ha concluso con successo la riabilitazione e molto difficilmente sarà reintegrato sul posto di lavoro. Si tratta di persone molto probabilmente deluse, che a fronte di un'iniziale indicazione dei passaggi della riabilitazione, hanno poi

incontrato maggiori ostacoli nel concludere con buoni risultati l'iter medico-riabilitativo e ancora superiori complicazioni nel tentare un rientro in azienda.

Un terzo gruppo, quello dei trascurati, che accentra il 16% del campione, non si è visto illustrare il percorso riabilitativo fin dall'inizio, e mostra una grossa eterogeneità in termini di risultati e molti dubbi sul reintegro sul posto di lavoro. A differenza dei delusi, fin dall'inizio questi ultimi non sono stati capiti – o ascoltati – e comunque accompagnati all'interno del proprio percorso medico-riabilitativo, e gli scarsi risultati finali sembra ne siano una diretta conseguenza.

Infine, un quarto gruppo, residuale, quello degli impegnati, che accentra il restante 30% del campione, si è visto illustrare il percorso medico-riabilitativo ma non lo ha ancora concluso, e ha prospettive e notizie divergenti a proposito dell'eventuale reintegro sul posto di lavoro.

Tab. 19 - Definizione dei cluster, tra i soggetti d'indagine

	Soddisfatti	*Delusi*	*Trascurati*	*Impegnati*
Numerosità campionaria[a]	*177*	*68*	*74*	*136*
Non hanno loro illustrato il percorso medico-riabilitativo	0	0	74	0
Hanno illustrato loro il percorso medico-riabilitativo	177	68	0	136
Il ciclo di terapie non si è concluso con successo	0	39	18	0
Il ciclo di terapie non si è ancora concluso	0	0	24	136
Il ciclo di terapie si è concluso con successo	177	29	32	0
Non sarà reintegrato sul posto di lavoro	0	46	20	26
Non sa se sarà reintegrato sul posto di lavoro	0	10	9	36
Sarà reintegrato sul posto di lavoro	177	12	45	74

(a) Risultano esclusi dall'analisi 63 casi (pari al 12,2% del totale), poiché mancanti rispetto a una o più delle tre informazioni richieste per comporre i cluster.

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Dal punto di vista delle provenienze geografiche il gruppo dei delusi è caratterizzato da una forte sovrarappresentazione di persone provenienti dal Nord Africa e, in misura minore, anche di africani del Centro Sud; la presenza di latinoamericani è invece molto rara.

All'interno del gruppo dei trascurati o non-compresi, invece, probabilmente anche per motivi di distanza linguistica e culturale, si nota una sovrarappresentazione degli asiatici.

Infine, sicuramente per via di grossi flussi di immigrati di recente arrivo in Italia, sono soprattutto gli esteuropei maggiormente rappresentati all'interno del cluster ancora in terapia, quello degli impegnati.

Tab. 20 - Aree di provenienza all'interno dei cluster, tra i soggetti d'indagine. Valori percentuali

Aree di provenienza	*Nessun cluster*	*Soddisf.*	*Delusi*	*Trascurati*	*Impegnati*	*Totale*
America latina	30,2	17,5	2,9	14,9	15,4	16,2
Asia	17,5	20,3	17,6	28,4	19,9	20,7
Est Europa	23,8	27,7	26,5	14,9	36,8	27,6
Nord Africa	20,6	19,2	35,3	25,7	15,4	21,4
Altri Africa	7,9	15,3	16,2	14,9	12,5	13,7
Altro	..	..	1,5	1,4	..	0,4
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Tab. 21 - Provenienze all'interno dei cluster, tra i soggetti d'indagine. Valori percentuali

Cittadinanza	*Nessun cluster*	*Soddisf.*	*Delusi*	*Trascurati*	*Impegnati*	*Totale*
Marocchina	4,8	10,7	17,6	16,2	8,1	11,0
Romena	7,9	5,6	2,9	5,4	14,7	7,9
Albanese	4,8	6,2	10,3	4,1	5,9	6,2
Peruviana	11,1	4,5	1,5	6,8	5,1	5,4
Egiziana	6,3	3,4	7,4	6,8	5,1	5,2
Pakistana	4,8	3,4	2,9	8,1	6,6	5,0
Cinese	3,2	3,4	7,4	13,5	0,7	4,6
Senegalese	1,6	4,5	1,5	2,7	7,4	4,2
Ecuadoriana	6,3	4,0	1,5	5,4	2,2	3,7
Moldova	4,8	3,4	5,9	..	3,7	3,5
Tunisina	4,8	3,4	7,4	1,4	2,2	3,5
Indiana	1,6	5,1	..	1,4	4,4	3,3
Altra	38,1	42,4	33,8	28,4	33,8	36,5
Totale	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Ancora più chiaramente, disgiungendo l'analisi per singole cittadinanze, si nota il forte impatto dei rumeni tra gli impegnati, per via del loro più recente massiccio flusso di arrivo in Italia; la forte quota dei marocchini sia tra i delusi – assieme agli albanesi – sia fra i trascurati, anche a causa e a partire da aspettative di partenza più elevate legate alla loro più lunga anzianità di soggiorno in Italia; e, soprattutto, in termini relativi, l'elevata incidenza dei cinesi fra i trascurati, verosimilmente per questioni legate in realtà anche alla già accennata maggiore distanza linguistica e culturale di tale gruppo nazionale.

Tra i soddisfatti, invece, è notevole come nessuno fra i principali gruppi nazionali mostri un'incidenza di molto superiore a quella media complessiva all'interno dell'intero campione: al più di qualche decimo di punto percentuale per senegalesi, ecuadoriani e indiani. Maggiormente soddisfatti, in termini relativi, sono allora più generalmente tutte le nazionalità "minori" in termini di quantità d'infortunio sul territorio lombardo, e tra questi in particolare ivoriani, ucraini, srilankesi e brasiliani.

È chiaro poi che, continuando su questa linea, ogni variabile oggetto di indagine – tranne quelle utilizzate per la costruzione dei cluster stessi – può essere accostata alla definizione dei cluster omogenei: per valutare se e quanto le differenti modalità di risposta siano più o meno incidenti per i soddisfatti, i delusi, i trascurati o gli impegnati. La precedente analisi per macroaree di cittadinanza può essere presa solamente come esempio ed esser fatta seguire da parallele risultanze con riferimento al genere, all'anzianità migratoria, allo stato civile, al tipo di famiglia in emigrazione, ecc.

Entrando nel dettaglio da questo punto di vista, allora, e scartando fin da subito invece le variabili che non si rilevano significative nel dettagliare e determinare i vari gruppi, i cluster dei delusi e dei trascurati sono quelli maggiormente connotati al maschile, in tre casi su quattro; mentre all'estremo opposto tra i soddisfatti la prevalenza maschile è solamente di poco superiore al 60%. Più che una spiegazione di genere, legata magari ad aspetti caratteriali o culturali condivisi, è in realtà verosimile sotto questo aspetto – anche in virtù di quanto detto *supra* – una forte influenza di percorsi riabilitativi più brevi e facili per le componenti migratorie femminili, e infortuni generalmente meno gravi per loro che dunque in misura minore si traducono in possibilità di delusione o trascuratezza, e più semplicemente in esiti medico-riabilitativi positivi.

Al di là del genere, dunque, un elemento che maggiormente connota i gruppi dei trascurati e dei delusi è invece quello dei loro titoli alla regolare permanenza sul territorio italiano, che rispettivamente nell'11% e in più del 7% dei casi sono di attesa di un permesso di soggiorno o di un altro valido documento; mentre fra i soddisfatti tale modalità di maggior insicurezza del soggiorno regolare incide solamente per l'1%. E, dal punto di vista delle credenziali formative complessive, anche la laurea fra i trascurati e i delusi incide per il 7-9% mentre all'interno degli altri gruppi per l'11-13% e, soprattutto, analizzando l'effettivo riconoscimento dei titoli di studio, la laurea riconosciuta in Italia incide per il 2-3% nei primi due gruppi e per l'8-10% negli altri due.

Detto ciò, oltre ad alcune caratteristiche socio-demografiche, sono poi soprattutto gli aspetti maggiormente legati alla carriera lavorativa e professionale quelli che meglio si legano ad un percorso medico-riabilitativo più o meno ad ostacoli. Infatti, ad esempio, i trascurati nella maggioranza assoluta dei casi quando avevano cominciato a lavorare con l'ultimo datore di lavoro non erano stati affatto informati sui rischi connessi a tale lavoro, cosa che invece vale per più di tre quarti dei soddisfatti: la "trascuratezza", evidentemente, per i primi, è iniziata già ben prima dell'episodio d'infortunio che da par suo o ne è stata addirittura quasi una logica conseguenza oppure, quantomeno, non ha influito su un miglioramento delle capacità relazionali reciproche tra il lavoratore e i soggetti preposti al suo recupero medico-riabilitativo.

Tab. 22 - Quando ha cominciato a lavorare col suo ultimo datore di lavoro è stato o non è stato informato sui rischi connessi al lavoro, tra i soggetti d'indagine. Valori percentuali

Quando ha cominciato a lavorare col suo ultimo datore di lavoro, è stato informato sui rischi connessi al lavoro?	*No*	*Sì*	*Totale*
Nessun cluster	24,1	75,9	100,0
Soddisfatti	25,7	74,3	100,0
Delusi	34,8	65,2	100,0
Trascurati	56,2	43,8	100,0
Impegnati	25,2	74,8	100,0
Totale	*31,1*	*68,9*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

In modo simile, anche tuttora, seppure su percentuali superiori, ancora meno del 60% dei trascurati ritiene di essere a conoscenza dei principali fattori di rischio per gli infortuni sul lavoro, mentre tale quota sale oltre il 70% per i delusi e quantomeno attorno all'80% per gli appartenenti agli altri cluster.

Tab. 23 - Ritiene o non ritiene di essere a conoscenza dei principali fattori di rischio per gli infortuni sul lavoro, tra i soggetti d'indagine. Valori percentuali

Ritiene di essere a conoscenza dei principali fattori di rischio per gli infortuni sul lavoro?	*No*	*Sì*	*Totale*
Nessun cluster	12,5	87,5	100,0
Soddisfatti	21,5	78,5	100,0
Delusi	28,8	71,2	100,0
Trascurati	40,5	59,5	100,0
Impegnati	17,2	82,8	100,0
Totale	*23,2*	*76,8*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Inoltre ancora, solamente in metà dei luoghi di lavoro tanto dei delusi quanto dei trascurati venivano adottate regolarmente le corrette misure di sicurezza e prevenzione sul lavoro, a fronte di quote quantomeno attorno al 70% nei posti professionali legati agli infortunati soddisfatti o impegnati.

È chiaro allora, per tutto ciò, come valga come importante risultato di ricerca e regola generale che la trascuratezza e la delusione non sono certo fenomeni nuovi e inaspettati che appaiono a taluni immigrati e non ad altri solo in relazione ad intervenute ed imponderabili difficili logiche dialettiche con gli istituti e gli attori sociali preposti alla loro riabilitazione medica; bensì un esito tutto sommato razionale e almeno in parte prevedibile rispetto da un lato a un minore capitale umano, sociale, culturale e di comprensione linguistica di partenza da parte degli immigrati e, dall'altro, soprattutto, a una minor informazione di essi su tutti i differenti temi inerenti l'attuale materia della sicurezza sul lavoro in Italia. E, d'altra parte, il minor "capitale" di partenza già in buona parte influenza in positivo l'inserimento e il posizionamento professio-

nale in una realtà produttiva più sensibile all'informazione, alla formazione e alla messa in pratica delle regolari misure di sicurezza e prevenzione sul lavoro.

Tab. 24 - Sul luogo di lavoro venivano o non venivano adottate regolarmente le corrette misure di sicurezza e prevenzione, tra i soggetti d'indagine. Valori percentuali

Sul luogo di lavoro venivano adottate regolarmente le corrette misure di sicurezza e prevenzione?	*No*	*Sì*	*Totale*
Nessun cluster	17,9	82,1	100,0
Soddisfatti	31,8	68,2	100,0
Delusi	50,0	50,0	100,0
Trascurati	49,3	50,7	100,0
Impegnati	22,8	77,2	100,0
Totale	*32,9*	*67,1*	*100,0*

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Peraltro c'è da dire, poi, come la soddisfazione, la delusione o il fatto di essere stati complessivamente trascurati lungo il percorso riabilitativo non si riverberino in maniera a prima vista fortemente differenziata sui punteggi attribuiti agli operati dei medici. Anzi, da questo punto di vista, sono gli impegnati – il gruppo residuale e in teoria più neutro rispetto agli altri tre, e in cui attualmente confluiscono le persone che poi bene o male finiranno in un futuro prossimo il loro percorso riabilitativo in modo più o meno soddisfacente o deludente – a segnalare sempre, per ogni ambito e in maniera netta i giudizi di valutazione più elevata. E non si può certo dunque escludere, per questi ultimi, l'effetto allora di una forte sovravalutazione degli operati dei soggetti che li stanno al momento dell'intervista ancora seguendo, dovuta al fatto di essere in carico al Servizio sanitario nazionale o all'Inail: e dunque che tali intervistati abbiano generalmente preferito una valutazione benevola, gentile e di cortesia dei loro medici, paramedici e strutture attualmente curanti.

A un'analisi più approfondita, tuttavia, pur escludendo le particolarità di risultati degli impegnati, si scopre come i trascurati – e non tanto i delusi, in realtà – segnino punteggi nettamente inferiori a quelli dei cittadini afferenti agli altri cluster in tutte le categorie di valutazione prese in esame con riferimento alle Asl e agli ospedali, oltre a quelle che riguardano in particolare i tempi di attesa e le capacità di ascolto dei medici dell'Inail.

Particolarmente critica, a livello assoluto, è da questo punto di vista soprattutto la situazione per quanto riguarda i tempi di attesa dei trascurati, con punteggi di poco superiori alla metà del livello benchmark medio preso in considerazione con riferimento alla valutazione della professionalità dei medici per l'intero campione; mentre a livello relativo le differenze maggiori con gli altri gruppi si segnalano per i trascurati nelle Asl e negli ospedali nelle categorie di ascolto di medici e paramedici e in quelle di professionalità dei paramedici. In altre parole, rispetto agli altri immigrati, i trascurati hanno visto prender corpo lì, negli ospedali e nella aziende sanitarie locali, in una minor attenzione so-

prattutto d'ascolto ed in particolare da parte del corpo dei paramedici, il loro divario in termini di risultati rispetto agli altri gruppi e ai soddisfatti *in primis*.

Tab. 25 - Giudizi complessivi di valutazione dei servizi di riabilitazione seguiti presso l'Inail e presso l'Asl o l'ospedale, tra i soddisfatti, base 100 pari al giudizio complessivo espresso per la professionalità dei medici nelle Asl e negli ospedali

	Inail	*Asl/ospedale*
Orari	81	70
Tempi di attesa	61	62
Professionalità medici	91	93
Capacità di ascolto medici	89	89
Professionalità paramedici	95	92
Capacità di ascolto paramedici	97	92

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Tab. 26 - Giudizi complessivi di valutazione dei servizi di riabilitazione seguiti presso l'Inail e presso l'Asl o l'ospedale, tra i delusi, base 100 pari al giudizio complessivo espresso per la professionalità dei medici nelle Asl e negli ospedali

	Inail	*Asl/ospedale*
Orari	83	71
Tempi di attesa	78	70
Professionalità medici	103	92
Capacità di ascolto medici	99	86
Professionalità paramedici	101	95
Capacità di ascolto paramedici	94	92

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Tab. 27 - Giudizi complessivi di valutazione dei servizi di riabilitazione seguiti presso l'Inail e presso l'Asl o l'ospedale, tra i trascurati, base 100 pari al giudizio complessivo espresso per la professionalità dei medici nelle Asl e negli ospedali

	Inail	*Asl/ospedale*
Orari	83	64
Tempi di attesa	52	56
Professionalità medici	90	78
Capacità di ascolto medici	70	68
Professionalità paramedici	100	71
Capacità di ascolto paramedici	91	68

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

Tab. 28 - Giudizi complessivi di valutazione dei servizi di riabilitazione seguiti presso l'Inail e presso l'Asl o l'ospedale, tra gli impegnati, base 100 pari al giudizio complessivo espresso per la professionalità dei medici nelle Asl e negli ospedali

	Inail	*Asl/ospedale*
Orari	111	109
Tempi di attesa	98	100
Professionalità medici	123	125
Capacità di ascolto medici	116	110
Professionalità paramedici	124	115
Capacità di ascolto paramedici	121	118

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

L'idea di trascuratezza reciproca, invece, che inizia già ben prima dell'infortunio e ne è semmai predittore, si conferma dall'analisi di un altro dato, quello della conoscenza e del ricorso al medico di base: più del 10% dei trascurati e quasi l'8% dei delusi non lo conosce, a fronte all'estremo opposto di meno del 2% dei soddisfatti. Dunque, probabilmente, ancora una volta, i più scarsi punteggi ottenuti dalle parti riabilitative che hanno avuto in cura i segmenti più fragili di popolazione immigrata si spiegano anche ab origine in una minor dimestichezza di alcuni di tali stranieri medesimi con gli apparati medici italiani, a partire dalla base.

Tab. 29 - Conoscenza del medico di base, tra i soggetti d'indagine. Valori percentuali

Conosce il medico di base?	*Non lo conosco perché non lo utilizzo mai*	*Lo conosco molto poco*	*Sì lo conosco e lo utilizzo*	*Totale*
Nessun cluster	5,3	17,5	77,2	100,0
Soddisfatti	1,7	21,5	76,8	100,0
Delusi	7,8	21,9	70,3	100,0
Trascurati	10,3	27,9	61,8	100,0
Impegnati	5,1	10,3	84,6	100,0
Totale	*5,0*	*18,9*	*76,1*	100,0

Fonte: n/e elaborazioni su dati d'indagine

4. L'indagine qualitativa

di *Moreno Benini*

4.1 I soggetti intervistati

I soggetti intervistati sono stati reclutati all'interno del campione (600 immigrati infortunati) intercettato nel corso della realizzazione dell'indagine campionaria, sulla base della disponibilità mostrata a partecipare a un approfondimento in merito al loro percorso all'interno del sistema della riabilitazione sanitaria e sociale, previa considerazione dell'interesse della loro esperienza ai fini progettuali e della capacità a esprimersi in italiano.

Sono stati così selezionate 60 persone[1], a cui sono state somministrate altrettante interviste in profondità (Tab. 1).

Tab. 1 - Elenco degli intervistati

Numero	*Paese di provenienza*	*Genere*	*Età*	*Attività lavorativa*
1	Albania	M	42	Edilizia
2	Albania	M	56	Edilizia
3	Albania	M	34	Edilizia
4	Albania	M	47	Edilizia
5	Albania	F	39	Impiegata
6	Albania	M	55	Industria
7	Albania	M	27	Edilizia
8	Argentina	M	21	Servizi
9	Bangladesh	M	29	Industria
10	Bangladesh	M	36	Industria
11	Brasile	M	51	Servizi
12	Bulgaria	M	44	Commercio
13	Bulgaria	M	30	Trasporti
14	Camerun	F	35	Infermiera
15	Cina	M	48	Industria
16	Colombia	F	49	Servizi alle imprese

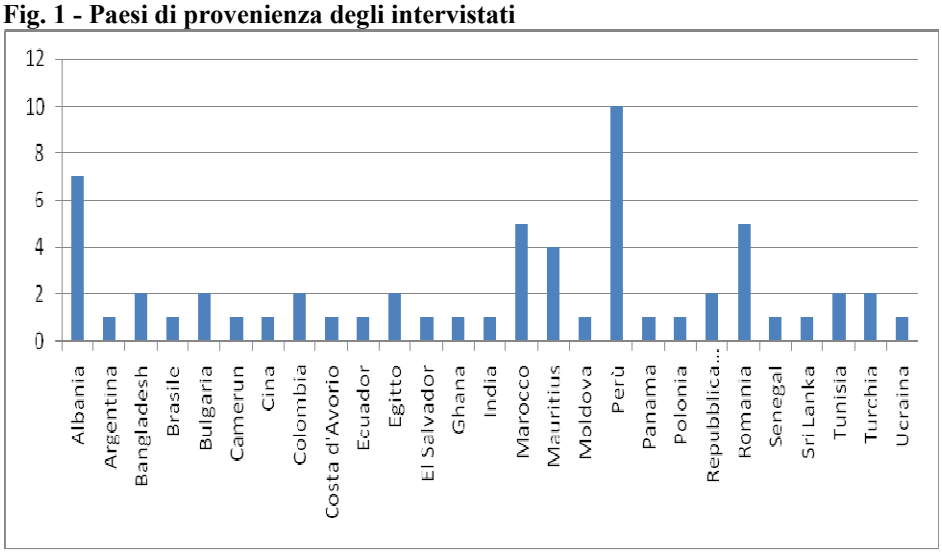
[1] Lavoratori stranieri vittime di un infortunio che abbia loro causato una condizione di invalidità temporanea o permanente, la cui pratica sia ancora in itinere – cosiddetti lavoratori "in temporanea" – e lavoratori stranieri vittime di un infortunio che abbia loro causato una condizione d'invalidità permanente riconosciuta dall'Inail e a seguito della quale siano stati indennizzati in capitale o in rendita.

Tab. 1 (segue)

17	Colombia	F	49	Servizi alla famiglia
18	Costa d'Avorio	M	49	Industria
19	Ecuador	F	61	Servizi alla famiglia
20	Egitto	M	25	Edilizia
21	Egitto	M	30	Edilizia
22	El Salvador	F	43	Infermiera
23	Ghana	M	46	Industria
24	India	M	28	Industria
25	Marocco	M	46	Infermiere
26	Marocco	M	48	Edilizia
27	Marocco	F	45	Commercio
28	Marocco	M	43	Servizi alle imprese
29	Marocco	F	44	Turistico
30	Mauritius	F	61	Turistico
31	Mauritius	M	46	Industria
32	Mauritius	M	23	Turistico
33	Mauritius	M	25	Turistico
34	Moldova	F	50	Servizi alla famiglia
35	Panama	F	64	Infermiera
36	Perù	F	33	Impresa di pulizia
37	Perù	M	47	Impresa di pulizia
38	Perù	F	56	Industria
39	Perù	F	28	Servizi alla famiglia
40	Perù	M	29	Industria
41	Perù	M	41	Industria
42	Perù	M	32	Industria
43	Perù	M	45	Industria
44	Perù	M	41	Industria
45	Perù	F	44	Infermiera
46	Polonia	F	32	Impiegato
47	Repubblica Dominicana	F	44	Infermiera
48	Repubblica Dominicana	M	48	Industria
49	Romania	M	32	Edilizia
50	Romania	M	55	Edilizia
51	Romania	M	39	Artigianato
52	Romania	M	41	Industria
53	Romania	F	58	Industria
54	Senegal	M	39	Industria
55	Sri Lanka	M	49	Turistico
56	Tunisia	M	21	Artigianato
57	Tunisia	M	27	Industria
58	Turchia	M	45	Agricoltura
59	Turchia	F	45	Industria
60	Ucraina	F	55	Servizi alla famiglia

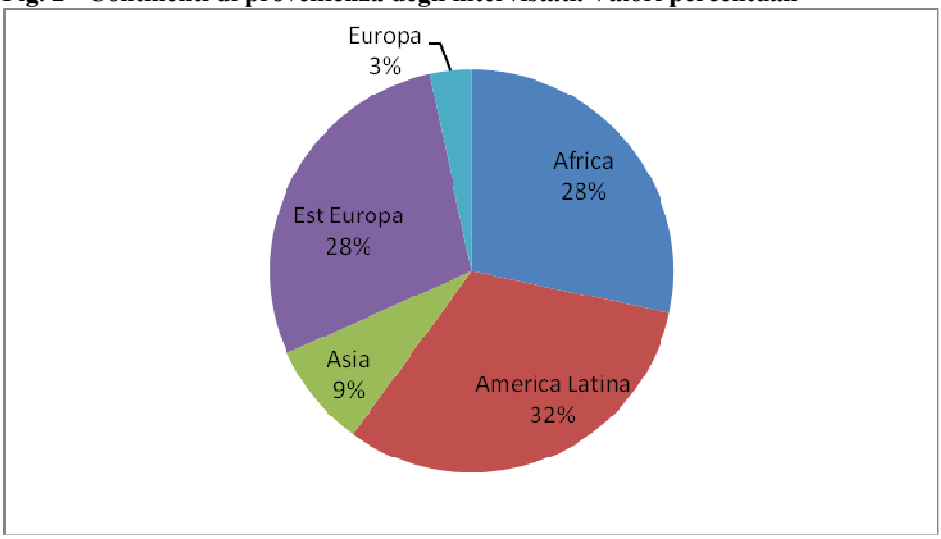
Prendendo in esame i paesi di provenienza (Fig. 1) la maggior parte degli intervistati proviene da quelli dell'America latina (32%).

Fig. 1 - Paesi di provenienza degli intervistati



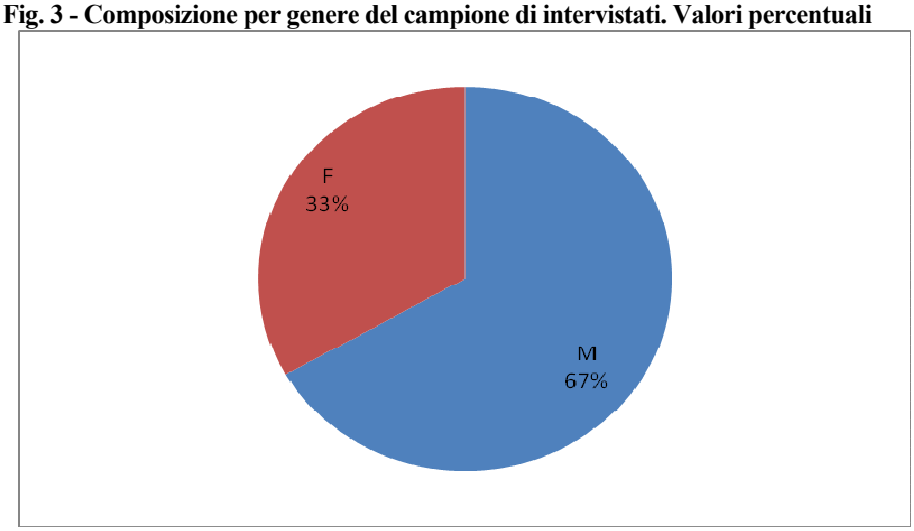
Rispetto ai continenti di provenienza (Fig. 2) Africa ed Europa dell'Est sono equamente rappresentate (28%). Solo il 9% proviene dall'Asia. Una piccola percentuale (3%) proviene dall'Europa non comunitaria (Turchia).

Fig. 2 - Continenti di provenienza degli intervistati. Valori percentuali



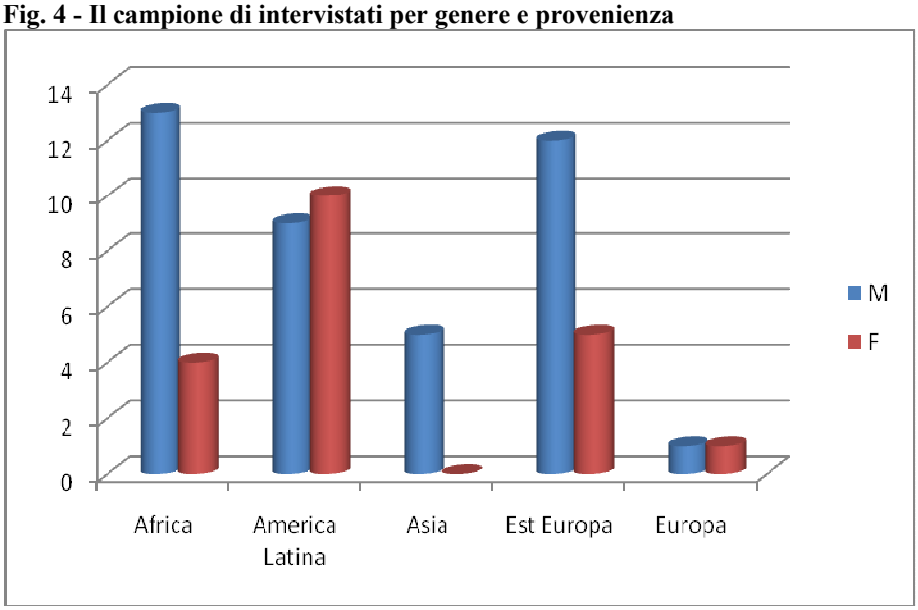
La scomposizione per genere (Fig. 3) mostra che tra gli intervistati prevalgono i maschi (67%) sebbene non sia trascurabile la componente femminile (33%).

Fig. 3 - Composizione per genere del campione di intervistati. Valori percentuali



Suddividendo il genere per paese di provenienza (Fig. 4) si può notare che, a parte l'esiguo caso della Turchia, solo nel caso dell'America latina maschi e femmine sono pressoché equamente rappresentati (10 femmine, 9 maschi).

Fig. 4 - Il campione di intervistati per genere e provenienza



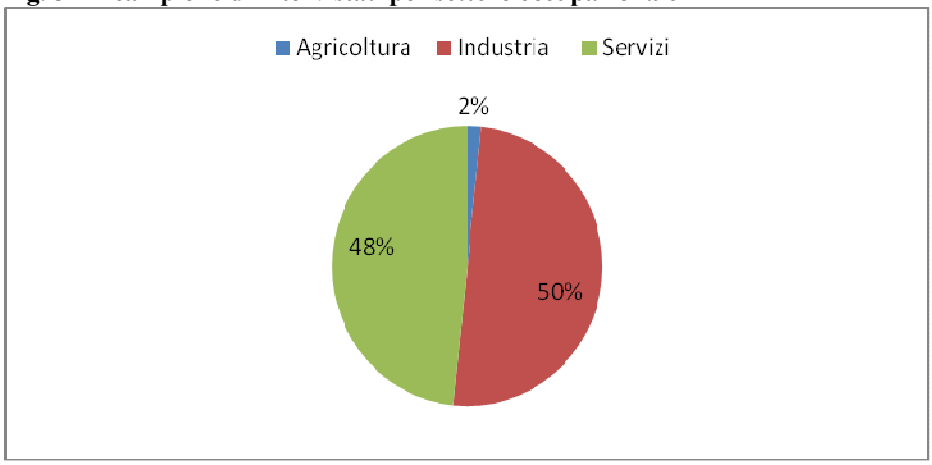
L'età media degli intervistati è di 41,5 anni; i maschi sono decisamente più giovani (39 anni) delle femmine (46,7 anni): ben 7 anni e mezzo circa di dif-

ferenza. Analizzando ulteriormente il dato relativo all'età per paese di provenienza, questa differenza in termini di età tra la componente maschile e quella femminile risulta più marcata nel caso del continente latinoamericano (7,7 anni: 47,1 anni per le donne, 39,4 per gli uomini), meno per quanto riguarda l'Africa (6,2 anni: donne, 46,2 anni; uomini, 36 anni), caso in cui comunque gli uomini sono mediamente i più giovani tra gli intervistati (36 anni), seguiti dai maschi asiatici (età media 38 anni). La differenza minore tra i due generi in termini di età si riscontra nel caso di coloro che provengono dall'Europa dell'Est (5 anni: donne, 46,8 anni; uomini, 41,8), la cui età maschile è invece la più alta tra gli intervistati. Infine l'uomo e la donna provenienti dalla Turchia hanno entrambi 45 anni.

Si tratta poi di una popolazione che risiede in Italia da parecchi anni, la cui anzianità di permanenza è direttamente relazionata all'area di provenienza: meno di 10 anni nel caso degli asiatici o di coloro che provengono dall'Europa dell'Est, più che decennale nel caso degli americani e degli africani.

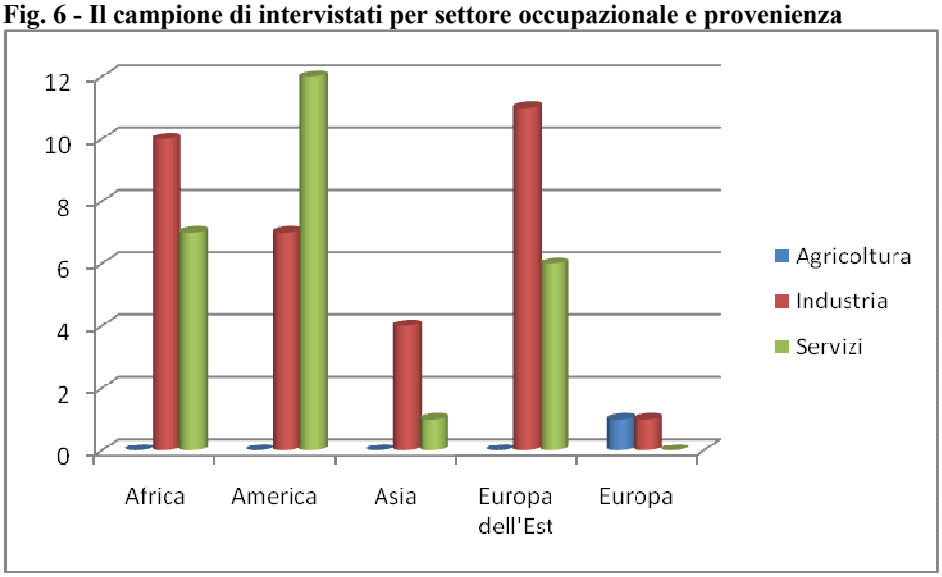
Per quanto riguarda i settori occupazionali (Fig. 5) la maggior parte degli intervistati (la metà del campione) risultava occupata, al momento dell'infortunio, nell'industria; la restante parte nei servizi (alle imprese, alle famiglie, commercio, trasporti, turismo) e una piccolissima percentuale in agricoltura.

Fig. 5 - Il campione di intervistati per settore occupazionale



Il dato sul settore occupazionale analizzato per provenienza (Fig. 6) e per genere (Tab. 2) è abbastanza in linea con i dati relativi al panorama occupazionale: africani ed europei dell'Est occupati prevalentemente nell'industria, latinoamericani (su cui incide notevolmente la componente femminile) nei servizi.

Fig. 6 - Il campione di intervistati per settore occupazionale e provenienza



Tab. 2 - Il campione di intervistati per settore occupazionale, provenienza e genere

	Africa		*America*		*Asia*		*Europa dell'Est*		*Europa*		*Totale*	
	M	*F*	*M*	*F*	*M*	*F*	*M*	*F*	*M*	*F*	*M*	*F*
Agricoltura	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Industria	6	4	6	1	4	0	10	1	0	1	26	7
Servizi	7	0	3	9	1	0	2	4	0	0	13	13
Totale	*13*	*4*	*9*	*10*	*5*	*0*	*12*	*5*	*1*	*1*	*40*	*20*

4.2 La percezione dei percorsi di riabilitazione dell'utenza immigrata

Ciascuna delle persone selezionate per l'intervista è stata contattata inizialmente per telefono, sia per verificare se ancora sussisteva l'intenzione di partecipare a questa seconda fase della ricerca, sia per fissare l'eventuale conseguente appuntamento sulla base delle proprie necessità e dei propri tempi. Gran parte degli intervistati lavorava lontano dalla sede Inail o dal patronato in cui sono stati reclutati, per cui l'intervista è stata somministrata in molti casi presso l'abitazione della persona da intervistare, in altri casi, in un luogo della città (bar, giardino pubblico o contesto di aggregazione degli immigrati) che fosse comunque comodo per loro da raggiungere. Ciò ha tuttavia determinato la presenza di un *setting* difficile da controllare: in un caso, si sono date situazioni in cui all'intervista erano presenti parenti o amici, oppure vi erano persone che entravano e uscivano dalle stanze dell'abitazione dell'infortunato. Nell'altro caso, luoghi affollati o comunque di passaggio che impedivano tal-

volta la giusta concentrazione utile alla narrazione dell'evento infortunistico e del conseguente percorso riabilitativo.

Ciascuna intervista ha avuto mediamente la durata di un'ora ed è stata registrata, tranne in quei casi in cui gli intervistati hanno espressamente rifiutato l'utilizzo del registratore. Non raramente, infatti, l'intervistatore è stato percepito come un rappresentante dell'Inail che potesse influire sullo svolgimento delle pratiche per l'infortunio: diffidenti e poco consapevoli delle finalità dell'intervista, taluni hanno infatti pensato che si trattasse di un'ulteriore fase del percorso di visite sanitarie o colloqui previsti per il riconoscimento o il controllo dell'invalidità. Ne è prova il fatto che molti di loro si sono presentati con i documenti di cui si componeva il proprio fascicolo, invitando talvolta l'intervistatore a leggerli e a soffermarsi su quegli aspetti più prettamente tecnici legati alle visite e al grado di invalidità attribuito alle proprie menomazioni.

Tutti, comunque, una volta edotti sulle finalità dell'intervista e sul ruolo dell'Inail all'interno del progetto di ricerca, dunque una volta percepita l'alterità dell'intervistatore rispetto all'ente assicurativo, hanno alla fine acquisito una maggiore confidenza e una maggiore capacità di dominio del *setting*, lasciandosi andare a un racconto continuo che talvolta ha dovuto essere interrotto perché poco pertinente con l'obiettivo dell'intervista.

Complessivamente, al di là delle differenti storie narrate, ciò che lega queste testimonianze è il profondo bisogno comunicativo, emerso talvolta in maniera più spiccata, talaltra meno, talvolta impedito o reso difficile dalla lingua, talaltra facilitato da una buona conoscenza dell'italiano. Bisogno di parlare ma anche di parlare a qualcuno che, indipendentemente dal personale dell'Inail, fosse attento e interessato all'evento infortunistico.

Da un punto di vista narrativo, le storie dell'incidente evocate dagli intervistati si presentano nella maggior parte dei casi come una successione di fatti e azioni ordinate in modo preciso – prova evidente del fatto che sono state raccontate più di una volta – che insistono su certi particolari rilevanti. Il ricordo dell'incidente viene spesso affiancato dalle "prove" – i referti medici, le lettere da parte dell'Inail o dei servizi sociali, le fotografie – con l'obiettivo di rendere più veritiero e di legittimare il proprio infortunio. Molti intervistati sembravano essersi precedentemente preparati a un discorso in cui il personale si intreccia con l'aspetto sanitario e quello giuridico, talvolta accompagnati da colleghi italiani per dare più credibilità alla narrazione dell'evento infortunistico.

4.3 Apprezzamenti e critiche

L'utenza a cui si fa riferimento in queste pagine appare diversificata, per genere, età, anzianità migratoria, settori occupazionali, paesi di provenienza. Un'utenza con diversi *background* culturali, che riflette altresì storie migrato-

rie differenti, percorsi lavorativi già avviati nel paese d'origine e un discreto livello d'istruzione: un insieme di condizioni che dovrebbero preludere a uno spettro diversificato di opinioni e atteggiamenti nei confronti del sistema della riabilitazione. In ragione della sua diversificazione, che restituisce le varie caratteristiche e i vari volti dell'utenza straniera, il campione degli intervistati risulta dunque adeguato per far emergere ed esplorare le variabili in gioco, che possono incidere sulla fruizione dei servizi di riabilitazione, sulla percezione dei percorsi riabilitativi, nonché sull'interazione con l'intero sistema, sia sul versante più squisitamente sanitario, sia sul versante amministrativo.

Nella narrazione degli intervistati, l'esperienza dell'infortunio è certamente oggetto di differenti interpretazioni, che presiedono alla sua descrizione[2]. Nello specifico della narrazione dell'esperienza riabilitativa, il dato che tuttavia richiama sin da subito l'attenzione è il riscontro di un costante e diffuso apprezzamento per le cure ricevute, che appare trasversale alle varie componenti del campione. A prescindere dalle variabili relative a genere, età, anzianità migratoria, settore occupazionale e provenienza culturale, la narrazione

[2] Nel rievocare l'infortunio la prima operazione compiuta dall'intervistato è stata quella di cercare di darne un'interpretazione, di collocarlo cioè dentro una cornice teorico-interpretativa che gli assegnasse senso e significato. Da un lato, viene indicata l'irresponsabilità individuale: "Ho messo male il piede, stavo pensando ad altro", "non mi sono accorta che la scala non era fissata al muro, ma era solo appoggiata". Dall'altro lato, la scarsa attenzione aziendale alla sicurezza o la scarsa capacità manageriale può portare a una scadente programmazione del lavoro e a una inefficace valutazione del personale, in particolare di quelli che sono suoi limiti e i suoi punti di forza: "L'impalcatura è stata fatta troppo bassa e così non ha bloccato la mia caduta dal tetto"; "Sul cantiere mancava la sbarra di protezione"; "La botola a quella ora doveva essere chiusa"; "Non si sa perché la macchina è partita quando io sono entrato a sistemare il materiale che c'era dentro. La macchina era ferma da due settimane ed era su commando manuale, non automatico. Se fosse stata su commando automatico si sarebbe subito fermata.(…) Non ci sono i tecnici che dovrebbero verificare le macchine e le macchine non funzionano sempre al meglio" (ghanese, 46 anni); "Il mio capo, usandomi male, sovraccaricandomi, ha fatto sì che mi facessi male e ha causato un danno all'azienda perché ha perso una persona che lavorava bene. Fare il capo è facile, ma occorre capire i limiti dei propri dipendenti". In mezzo, la tipologia della mansione svolta, che spesse volte confina con il caso o la necessità, soprattutto quando tutti gli altri colleghi si sono fatti male:"E c'è tanta amici che si fanno male, no? (…) che noi lavoriamo a -20, -30 gradi in una cella frigorifera y uno scivola y tutto a terra. C'è tanta gente, che [si] fa male (…) sempre, uno si fa male, una, due volte alla settimana, al mese" (peruviano, 41 anni), lasciando talvolta però coincidere il caso con la maggiore esposizione al rischio da parte dei lavoratori stranieri: "Il lavoro che facciamo noi non lo fanno gli italiani, però. Siamo un'azienda cooperativa, no? E noi lavoriamo a -30 gradi e nessun italiano va dentro. C'è salvadoregno, salvadoregno y peruviani vanno in cella. (…) Si uno no vuole entrare in cella frigorifera, lo dice al capo e no entra. (…) Quello, che gli italiani no e i sudamericani entra [in cella frigorifera], è un fatto nostro. Se quando fanno il lavoro e il lavoro è pesante, vanno su casa e al medico curante e fanno certificato, [così] che loro vanno al lavoro più facile, che como un certificato, no? E vanno dal capo italiano che dice no, no, no puede far, che poverino, che lui no, c'è mal di schiena dice, no? (…) anche noi c'è, fa male la schiena, anche noi c'abbiamo la schiena, no? loro pensano che noi, no? non ce abbiamo la schiena, no? (…) se uno è lì… no deve essere lì se no può fare lavoro più pesante, no? como è discriminazione, no?" (peruviano, 41 anni).

degli intervistati è uniforme nel conferire una connotazione positiva all'esperienza vissuta nell'incontro con le strutture di riabilitazione sanitaria:

In Ecuador l'ospedale (pubblico) è tremendo, mancano anche le medicine. Se vai a pagamento va tutto bene, altrimenti rischi di farti fare un intervento sbagliato e di doverlo poi rifare.

In Romania, in alcuni ospedali (pubblici) occorre dare la mancia, se non dai la mancia loro non si occupano di te, ti trattano male. Gli ospedali in Romania sono brutti, eccetto quelli dove si fanno i trapianti.

In Marocco non c'è un sistema di esenzione. L'Italia è mille volte meglio del Marocco perché è un paese assistenziale… In ospedale nel mio paese devi pagare tutto.

Ricorre altresì un riconoscimento della competenza degli operatori (medici, fisiatri, terapisti della riabilitazione e personale non medico) che sono efficienti nel prendersi cura del corpo dell'assistito e attenti al versante affettivo-emozionale. Il personale – medico e non medico – sa ascoltare e sa comunicare.

È bello che quando parli ti ascoltano. All'ospedale di Sesto San Giovanni sono bravi perché spiegano bene le cose, dedicano tempo alle persone, ti ascoltano.

Il fisioterapista non era solo gentile, ma davvero premuroso.

Il fisioterapista del Niguarda e anche quella degli Anni Azzurri erano bravissimi perché mi davano tanta forza e coraggio.

Fatta eccezione per alcune voci isolate, che sollecitano i servizi a un'apertura verso altre pratiche mediche, magari combinando i due saperi e riequilibrando così corpo e psiche in una nuova dimensione della cura e della tutela della salute[3], non si riscontrano posizioni culturalmente determinate. E non può non sorprendere che, all'interno di un campione d'intervistati così variegato, la percezione dell'assistenza sanitaria si caratterizzi per l'elevato grado di omogeneità, convergendo su un apprezzamento così uniformemente condiviso.

Come si vede dagli stralci d'intervista riportati, una delle ragioni di tale orientamento degli intervistati va rinvenuta nella sensazione di aver beneficiato di un sistema di riabilitazione che può contare su una dotazione infrastruttu-

[3] "In Sri Lanka ci sono i medicinali ayurvedici, gli oli per massaggi. Noi usiamo le erbe. In Italia siete superiori tecnologicamente, però, nella nostra cultura curiamo di più il dolore"; "La fisioterapista dell'Inail, quando mi sono spogliato, ha visto che avevo attorno alla vita un cordino fatto dal mio medico tradizionale, lei sapeva tutto perché è molto informata e mi ha sorriso", "in Senegal ci sono i medici tradizionali (sciamani) che usano la forza occulta e prodotti naturali, ad esempio il burro di karité per i massaggi, per rinforzare le ossa dei bambini. Il modernismo ha fatto passi avanti, ma fa dimenticare i vecchi rimedi".

rale non sempre disponibile nei paesi d'origine. Come dire che gli assistiti stranieri sentono che il sistema con cui sono entrati in contatto ha assicurato un grado di tutela della loro salute superiore a quello che sarebbe stato loro garantito nei contesti di provenienza.

Ma al di là di questo dato probabilmente "di realtà", l'apprezzamento che informa in maniera omogenea la percezione degli intervistati depone per una sorta di "idealizzazione", riconducibile al piano delle aspettative, che implicano un "investimento positivo" nei confronti delle figure sanitarie e della cultura medica che le ha generate. In sintesi: le forti aspettative positive spingono ad attribuire valore e qualità, di per sé, al ruolo dei vari operatori della salute.
Considerando che il lavoro è il punto su cui si basa – dunque si regge – l'intero progetto migratorio, per il lavoratore immigrato – più che per altri lavoratori – la perdita della piena padronanza della capacità lavorativa comporta un ridimensionamento della propria funzione sociale. Sorta di "crisi della presenza" – in accordo con la formulazione di Ernesto De Martino (2002) – che corrisponde all'esperienza interna di un soggetto che si vede espropriato della possibilità di scegliere, decidere, contare per sé, sulle proprie forze, affrontare il tempo della propria vita in modo dinamico e attivo. E non c'è da meravigliarsi che, a fronte del collasso della possibilità di sentirsi "protagonisti" della propria storia, le aspettative di riscatto di tale crisi siano molto forti e convergano sui servizi di riabilitazione sanitaria, anche idealizzandone ruolo e funzioni. Certamente l'idealizzazione – cioè la carica idealizzante delle aspettative – non va ascritta a una diversità costitutiva dei migranti, tantomeno a un'ipotetica loro arretratezza, trovando invece la sua ragione nella relazione sociale che contraddistingue l'immigrato nel contesto di arrivo: il progetto di vita schiacciato sul lavoro e, talvolta, nell'oppressione del lavoro, quando il lavoro diviene mero ricatto di sopravvivenza[4].

La condizione di precarietà – paradigmatica del migrante, esposto al rischio di rimanere "a mezza parete" tra l'emigrazione dal paese di partenza e il percorso d'integrazione nel paese d'arrivo – rende più cogente la percezione della propria fragilità sociale e in ampia misura esistenziale. Ne deriva una forte richiesta di rassicurazione in merito al proprio futuro, che nel caso in presenza – la riabilitazione post-infortunistica – diviene rassicurazione in merito alle possibilità di recupero. La richiesta di rassicurazione comprensibil-

[4] Le criticità della figura del lavoratore immigrato e del suo rapporto col lavoro divengono evidenti quando si verifica una malattia o un infortunio, ovvero in presenza delle conseguenze di una malattia o di un infortunio. La minaccia per la salute – più del pensionamento o della disoccupazione – rappresenta di fatto l'elemento rivelatore della condizione esistenziale e dello status sociale in cui si trova il lavoratore straniero immigrato, nel contesto d'immigrazione: "In fin dei conti, un immigrato non ha una sua ragion d'essere se non nella precarietà e a patto di conformarsi a ciò che ci si attende da lui: egli è là [nel contesto d'immigrazione] e ha una sua ragione di esservi in funzione del lavoro, per il lavoro e nel lavoro; perché si ha bisogno di lui, finché si ha bisogno di lui, solo per ciò di cui si ha bisogno di lui [ciò a cui egli serve] e solo là dove si ha bisogno di lui (t.d.A.)" (Sayad, 1991: 62).

mente si dirige verso le figure terapeutiche[5], che si connotano positivamente – nella percezione degli intervistati – nella misura in cui si mostrano in grado di instaurare, com'è loro consuetudine, una relazione empatica di ascolto. Ne da conferma il ricorrere del riferimento al tempo nelle narrazioni acquisite: il momento della riabilitazione sanitaria ha tempi "lenti", a misura delle esigenze dell'utente straniero, che ha modo di ritrovarsi e di percepire un ambiente rassicurante; qui non è pressato dai tempi rapidi e scanditi che gli vengono invece imposti (certamente per esigenze organizzative) dal versante amministrativo del sistema, nei cui confronti deve invece affrettarsi per districarsi tra le lungaggini burocratiche, non di rado faticando a orientarsi e a reperire le informazioni per individuare i percorsi giusti, in un rapporto frammentato con una realtà più lontana dalla dimensione terapeutica, fatta di certificati, prolungamenti della "temporanea" e percentuali di invalidità attribuite.

L'apprezzamento delle cure ricevute e del personale che le ha fornite si connette perciò anche alla percezione di un ambiente rassicurante e comprensivo, che in ampia misura sembra lasciare in ombra questioni relative alla pertinenza culturale. Si potrebbe dire che i servizi di riabilitazione, di impostazione universalistica, si avvalgono di una cultura medica in grado di valorizzare le implicazioni relazionali del rapporto di cura e ottenere per questa via la *compliance* degli assistiti, senza risentire dell'influsso delle variabili legate alla cultura.

Le rimostranze degli intervistati si concentrano invece sull'altro polo del sistema, a cui competono gli aspetti burocratici e amministrativi che accompagnano l'intero *iter* riabilitativo: l'accesso ai servizi di riabilitazione, la presa in carico da parte dei servizi medesimi, il monitoraggio dell'andamento dei percorsi, il prolungamento della "temporanea", fino alla valutazione conclusiva degli esiti, che prelude al ritorno nel luogo di lavoro, oppure inaugura la fase degli interventi di reinserimento lavorativo (valorizzazione delle competenze residue, in caso di lesioni permanenti che impediscono il ritorno alle stesse mansioni) o, nel caso di inabilità al lavoro, la fase dei tentativi di reinserimento sociale di persone esposte al rischio di marginalità, ancorché indennizzate.

L'insoddisfazione per quel che è stato fatto, per ciò che si sarebbe potuto fare, per i risultati ottenuti, unitamente al sentir disattese le proprie speranze trovano modo di scaricarsi su questo secondo versante, anche perché esso non è direttamente percepito come parte della dimensione sanitaria. Infatti si configura come dimensione "altra" da quella della cura, ancorché a essa parallela.

[5] È descritto in letteratura che il bisogno di esser rassicurati informa parte del rapporto tra i migranti e i servizi di salute pubblica in genere, come peraltro osservato in Italia dagli operatori del volontariato che si sono occupati di medicina delle migrazioni, garantendo servizi dedicati. La loro esperienza ha dato evidenza che questi servizi fidelizzano i migranti perché assicurano un grado di ascolto – di per sé rassicurante – che non sempre la logica organizzativa dei servizi riesce a concedere.

La dimensione burocratica e amministrativa – anche quando è fatta di visite di controllo, che sono sì incontri con un medico ma si concretizzano nel rilascio di un pezzo di carta – diversamente da quella più squisitamente sanitaria, non presiede al ripristino del proprio benessere e delle funzioni del corpo, né si avvale del sapere e del saper fare di un'*équipe* terapeutica. Dunque, nei confronti della dimensione amministrativa, l'utente straniero, disancorato dal rapporto di dipendenza dal potere specialistico che sperimenta sul versante sanitario, ha maggiori opportunità di esprimere dissenso. E è qui che si coagula la rivendicazione per la mancanza di orientamento, la laboriosità delle procedure, la difficoltà di stabilire un dialogo con la molteplicità di uffici e attori, i ritardi nell'articolare il momento delle cure ospedaliere col momento della riabilitazione, la delocalizzazione dei servizi[6].

Alle volte le persone, in Inail, non sanno dare delle risposte, ad esempio sui pagamenti, su quello che mi doveva il datore di lavoro nessuno sapeva nulla. Mi dicevano che forse dipendeva dal tipo di contratto e che dovevo andare dai sindacati.

In Inail e in ospedale non mi hanno spiegato niente, per fortuna che il mio capo e la mia vicina mi hanno dato delle informazioni: dove andare, cosa fare...

Mentre un versante (quello sanitario) appare per molti versi idealizzato, l'altro versante (quello amministrativo) sembra polarizzare le critiche.

Da un punto di vista psicodinamico, bisogna considerare che in conseguenza dell'infortunio il lavoratore è chiamato a fronteggiare e gestire – in termini di economia psichica – un inevitabile accumulo di frustrazione, che altrettanto inevitabilmente tende a tradursi in un portato di rabbia. Questo por-

[6] "Ho girato tanto, dal Cto di viale Sarca, in Mazzini al Galeazzi, a Sabaudia. Ho speso tanto, le prime volte prendevo il taxi perché stavo troppo male, poi i mezzi pubblici, perché avevo finito i soldi. Non è facile prendere i mezzi, la gente non ti lascia il posto e il pullman balla e puoi cadere"; "per chi sta male non è facile spostarsi"; "poter fare tutto nello stesso palazzo eviterebbe tanti spostamenti pesanti e demoralizzanti". In un'analoga direzione va la testimonianza di un altro infortunato che coniuga la difficoltà degli spostamenti a dei costi economici non indifferenti, a cui si potrebbe ovviare magari promuovendo la comunicazione diretta tra medico dell'ospedale e quello dell'Inail, senza obbligare a una validazione del certificato che obbliga il paziente a spostamenti gravosi: "sì, all'inizio, per andarci sì. Quando ho fatto l'intervento sì. È stato faticoso. Per fare le scale de… de… della metro, queste cose qui. Perché se no dovevo prendere un taxi e pagare sempre a spese mie. Lì non si può ogni volta spendere 20 euro, 20 euro, 20 euro, 20 euro… che in alcuni casi loro mi controllavano ogni… ogni 2 settimane, 2-3 settimane, dopo il post-operazione, per essere visitato dal medico dell'Inail e per validare il certificato… poi alla fine ho capito che è il medico dell'Inail che decide tutto… può essere che se mi guarda il chirurgo che mi ha operato mi da… e invece all'Inail, visto che… se io sono andato dal medico che mi ha operato e mi da tot giorni, poi mi guarda il medico dell'Inail e mi dice no… dovrebbero mettersi d'accordo… Chi ha fatto un intervento dice la sua, mentre l'altro che non ha fatto l'intervento lo guarda e dirà sicuramente un'altra cosa, un altro punto di vista… il medico chirurgo che mi ha operato, guarda la lastra come fosse una lastra, mentre l'altro medico, quello dell'Inail, la guarda come se stesse leggendo un foglio di carta… il dottore dell'ospedale ha una visione più approfondita…".

tato generalmente non tende a canalizzarsi verso le figure terapeutiche, che ne sono in ampia misura protette[7], essendo investite di aspettative positive. Può invece scaricarsi sul versante burocratico amministrativo, che si presenta agli occhi dell'assistito con caratteristiche spersonalizzanti e anonime, talvolta giudicanti (è su questo versante che stabilisce l'esito dei percorsi riabilitativi).

Sullo sfondo di questa dinamica ambivalente, di fatto gli intervistati sembrano percepire una sorta di discontinuità – se non di vera e propria frattura – tra le due dimensioni del sistema sopra accennate e a tale discontinuità attribuiscono le fragilità del sistema medesimo, che vengono sostanzialmente ricondotte ai seguenti aspetti: difficoltà a dialogare col personale amministrativo; carenza di orientamento e d'informazioni in merito al disbrigo delle pratiche amministrative; carenza di orientamento e d'informazioni in merito all'individuazione delle strutture in cui effettuare la riabilitazione; ritardi o poca fluidità nella presa in carico da parte dei servizi riabilitativi.

4.4 Per una caratterizzazione tipologica dell'immigrato infortunato

Le narrazioni degli intervistati restituiscono un'immagine attendibile di come essi hanno percepito l'interazione col sistema di riabilitazione, cioè di come hanno organizzato l'esperienza vissuta nel passare attraverso tale sistema. Come già ricordato, la percezione del rapporto con l'Inail e con l'insieme delle strutture riabilitative (in ambiente Inail ed extra-Inail) è sostanzialmente positiva. Si riscontrano tuttavia elementi di malcontento, soprattutto nei confronti di ciò che s'è voluto definire il versante amministrativo del sistema.

Osservando nel dettaglio le narrazioni, emerge ovviamente una varietà di coloriture emotive della percezione e di modi di dar voce all'esperienza elaborata, che consentono di individuare alcune macrocategorie, collocabili nell'ambito di una sorta di curva gaussiana, ai cui estremi vi sono quelle venate di maggiore ambivalenza nei confronti del sistema, pur se con diversi stili e tonalità.

A un estremo – dunque in una fascia minoritaria di intervistati – vi è la percezione di persone che sostanzialmente esprimono la delusione per un percorso riabilitativo, il cui andamento (le modalità di presa in carico e svolgimento) e i cui esiti non hanno corrisposto alle attese. Per costoro l'investimento psicologico sul sistema (le aspettative positive) si rivela tanto intenso quanto intensa appare l'insoddisfazione per un successo terapeutico ritenuto solo parziale (in termini di percezione, cioè a prescindere dall'effettiva valutazione medica dell'efficacia del percorso riabilitativo effettuato, rispetto alla gravità

[7] Nel senso che l'assistito stesso tende internamente a proteggere queste figure dagli effetti danneggianti della propria rabbia, per poterli conservare dentro di sé come personaggi "buoni" ("oggetti buoni" si direbbe con linguaggio tecnico).

dell'infortunio). Tendenzialmente più giovani[8] e con maggiore padronanza della lingua italiana, queste persone pongono l'accento sul tema della consapevolezza dei propri diritti e fanno presente di aver seguito con attenzione le procedure prescritte dal sistema (sia sul versante amministrativo, sia su quello sanitario). Come dire che si son fatti esperti e competenti, mostrando di aver acquisito – o di aver sempre posseduto – una buona capacità di orientarsi e di gestire il rapporto con le figure di riferimento, pur se tutto ciò non è servito a garantire un esito positivo (rispetto alle loro attese) delle prestazioni ricevute. Si tratta degli intervistati che articolano le critiche più puntuali e dettagliate in merito alle disfunzionalità che hanno riscontrato nel sistema: complessità delle procedure amministrative; dialogo difficile con i servizi amministrativi, nelle loro varie diramazioni; carenza di coordinamento tra i vari uffici e i vari attori; informazioni non sempre chiare; ritardi o poca fluidità nella presa in carico da parte dei servizi riabilitativi.

Da quando mi sono fatto male sono passati otto mesi, se mi avessero operato prima oggi sono sicuro che starei meglio.

Gli appuntamenti con gli specialisti erano difficili da fissare, passava troppo tempo tra un appuntamento e l'altro. Magari poi arrivavo da un bravo medico, ma era passato già troppo tempo.

Devo dire che ci sono rimasto male perché se mi dicono in ospedale che devo iniziare a fare la fisioterapia il prima possibile per mettere in funzione i muscoli, le attese sono un problema e mi avevano detto che più aspettavo e peggio era.

Anche se facessi più fisioterapia non cambierebbe nulla, non posso recuperare di più, ho il piede storto perché forse non mi hanno messo bene il gesso e poi ho iniziato a fare fisioterapia troppo tardi.

Sull'altro estremo – dunque all'interno di un'altra fascia minoritaria di intervistati – la narrazione parla di una sorta di diffidenza precostituita, caratterizzata da un tratto di rigidità e difesa, focalizzato sul rischio di discriminazione. Non vi sono chiare espressioni di malcontento in merito allo svolgimento e all'esito dell'*iter* riabilitativo, bensì la sensazione che lo status di straniero ab-

[8] Tra le varie modalità di dar voce all'esperienza elaborata nell'interazione col sistema riabilitativo, l'unica associabile all'età è quella si osserva in questi soggetti. Il malcontento comporta più marcati contenuti legati a sentimenti di rabbia: per l'infortunio subito, per la ferita narcisistica – in chiave psicodinamica – che l'infortunio ha comportato. I soggetti che con maggior consapevolezza avvertono – dunque esplicitano – questi elementi di sofferenza sono i più giovani, che probabilmente avvertono con cogenza anche il rischio di veder messo in crisi il progetto migratorio.

bia potuto pregiudicarlo[9]. Di fatto, costoro ritengono che l'intero sistema dovrebbe – o avrebbe dovuto – concedere maggiore assistenza e disponibilità agli utenti stranieri, perché chi è già debole in quanto straniero, diviene ancor più debole quando s'infortuna. Si tratta certamente di una categoria di utenti non numerosa ma piuttosto sensibile al tema dell'uguaglianza sostanziale e non solo formale, con particolare riferimento alla capacità dei servizi di salute pubblica di garantirla. Le preoccupazioni in tal senso, connesse al rischio di vedersi in condizioni di marginalità, possono dar luogo a derive caratterizzate da venature vagamente persecutorie o con tratti aggressivi. Non è tuttavia chiaro se queste narrazioni – unitamente al riferimento a una sorta di *affermative action* che esse contengono – rappresentino l'elaborazione di esperienze di discriminazione effettivamente vissute all'interno del sistema riabilitativo o se siano da correlarsi al clima di disuguaglianza che queste persone hanno già più volte sperimentato nelle relazioni sociali e nell'area dei servizi pubblici in particolare[10].

Per la quota maggioritaria degli intervistati, quelli che si collocano nella parte centrale della gaussiana, l'esperienza della riabilitazione post-infortunistica appare caratterizzata da una sorta di affidamento al sistema. Si distinguono tuttavia due tipologie.

Per alcuni si tratta di un affidamento passivo: tutto è accettato con fatalismo e spirito di rassegnazione, confidando negli esiti. Il sistema è percepito alla stregua di un organismo provvidenzialistico, che indirizza gli assistiti lungo una serie di tappe definite.

Piacenza, ospedale bellissimo, è bellissimo. Io non in piedi, solo, così, fisioterapia, medicina, dottori, bravissimi... Tutti, italiano anch'io, albanese, uguale. No, niente. Bravissimi!

Il giorno che mi sono fatto male e non c'era male però… il giorno dopo, che era gonfio e andato all'ospedale… andato lì e fatta la fila, che lunga però… mi hanno dato 15 giorni di infortunio… e mi hanno detto di portare un foglio all'Inail e uno al datore di lavoro… dopo io no sapeva e faceva tutto all'Inail e mi hanno detto che 15 giorni dopo che mi toglievo il gesso andavo al medico e il dottore mi faceva un foglio per l'Inail, andato a Corvetto e loro mi ha messo a posto e tutto…

[9] "Ho ricevuto solo 20 punti [di invalidità]. All'ospedale avevo chiacchierato sul corridoio con un'altra persona, una signora italiana, che aveva ricevuto 35 punti. Invece 20 punti non sono sufficienti, questo non è un incidente minore. (…) Mi sento un po' discriminato: tutti i lavoratori devono essere trattati uguale, perché mi hanno dato così pochi punti? Se ci sta scritto da qualche parte quanti punti deve ricevere ognuno, quelle cose devono essere rispettate".

[10] L'idea che per garantire l'uguaglianza si debba "trattare meglio" lo straniero prende forma facilmente – e per molti versi a buon diritto – in quanti sono abituati a vedere che quasi sempre lo straniero "è trattato peggio".

Dal momento dell'incidente alla fine della riabilitazione, queste persone non hanno posto molte domande e probabilmente non ne hanno poste a se stessi. L'evidenza dell'infortunio e l'impegno che il percorso riabilitativo richiede fanno parte di una realtà troppo grande, che li travalica e appare a stento comprensibile. È una realtà che si può solo subire ma i servizi che offrono la possibilità di venirne fuori in qualche modo mantengono una connotazione benevola e in parte protettiva, o come tali appaiono agli occhi dell'assistito.

L'altra tipologia riscontrabile all'interno della quota maggioritaria degli intervistati corrisponde a persone per le quali l'esperienza di affidamento implica non già un atteggiamento passivo, bensì un maggior coinvolgimento nel processo di costruzione del rapporto con i vari aspetti e le varie dimensioni del sistema. Come dire: fiducia ma senza delega; accettazione partecipe e costruttiva, invece che remissiva e rassegnata.

Lungi dal voler indulgere ad alcuna enfasi, è probabilmente questa l'esperienza che più si avvicina alla dimensione ideale della relazione tra servizi e utente, inteso quest'ultimo – ancorché straniero – come interlocutore dei servizi piuttosto che come suddito. Qui l'interazione col sistema appare sostanzialmente positiva. Qui, ferme restando le difficoltà che utenti italiani e stranieri possono incontrare[11], l'assistito straniero non avverte quei forti sentimenti d'insoddisfazione che generano ostilità (come nel caso delle narrazioni poste al primo estremo) né è portato a sviluppare reazioni di prevenzione e difesa (come nel caso delle narrazioni poste al secondo estremo) né resta bloccato in un'esperienza di passiva rassegnazione (come nel caso, anch'esso frequente, di quanti si affidano passivamente al sistema).

Probabilmente, l'interazione sostanzialmente positiva col sistema (nel senso sopra accennato) che si riscontra nell'ascolto di questa fascia maggioritaria di assistiti stranieri è in parte associabile alla qualità del loro percorso migratorio (ad esempio in termini di condizioni di partenza e condizioni d'inserimento socio lavorativo in Italia) e al livello di capitale sociale accumulato. In sintesi, a prescindere dalle caratteristiche psicologiche individuali, sembrano rispondere meglio alle sollecitazioni derivanti dalla presa in carico e dal percorso riabilitativo coloro che possono contare su un maggior grado di relativa stabilità – materiale e psicologica – che generalmente è associabile alla riuscita del progetto migratorio[12], anche indipendentemente dalla durata della permanenza in Italia.

[11] Ad esempio: nell'espletamento delle procedure amministrative, nell'esser rapidamente presi in carico dai servizi riabilitativi e nello svolgere il percorso riabilitativo.

[12] Sia dal punto di vista della percezione soggettiva del migrante (ciò che intendeva grosso modo realizzare) sia dal punto di vista delle condizioni economiche e sociali oggettivamente raggiunte.

4.5 Le fragilità dell'utente immigrato nella fase riabilitativa

La narrazione degli intervistati non ha lanciato segnali di *deficit* di pertinenza culturale dei servizi di riabilitazione, lasciando dedurre che il sistema universalistico mostra una capacità di tenuta, cioè di efficienza, anche nei confronti di un'utenza proveniente da diversi paesi e diversi contesti culturali. Come dire che la questione della pertinenza culturale delle prestazioni – pur mantenendo la sua importanza – non appare al momento la determinante fondamentale per garantire la *compliance* al trattamento riabilitativo e il suo successo[13].

L'analisi delle interviste ha invece dato conferma della condizione di particolare fragilità dell'assistito straniero in riabilitazione post-infortunistica, già rilevata da altre indagini[14]. L'evidenza di tale condizione, sostanzialmente connessa alla precarietà sociale e per molti versi psicologica che caratterizza i lavoratori migranti, richiama l'attenzione per più ordini di ragioni:

- ha il suo peso sia sulla capacità del sistema di interagire positivamente con l'utenza straniera, sia sulla capacità dell'utenza straniera di accedere correttamente ai servizi che il sistema offre;
- può influire sulla *compliance* dell'assistito in riabilitazione, dunque sull'esito dei percorsi riabilitativi, soprattutto in caso di infortuni gravi, che richiedono una fase riabilitativa lunga e impegnativa;
- rende più problematici gli interventi di riqualificazione finalizzata al reinserimento lavorativo di soggetti che residuano inabilità parziali;
- rende estremamente problematico garantire adeguate misure di prevenzione terziaria alle persone inabili al lavoro, ancorché indennizzate.

Si riscontra in sostanza che l'infortunio acuisce una condizione di oggettiva fragilità dell'assistito immigrato e che l'acuirsi di tale condizione incide sulla piena efficacia delle misure di prevenzione secondaria e terziaria (di cui fanno parte le cure e la riabilitazione sanitaria e sociale) che il sistema abitualmente mette in atto. Le fragilità "oggettive" dell'utente straniero si articolano sull'asse relazionale e sociale, economico e abitativo.

4.5.1 La frattura dei legami affettivi

Calibrata la propria esperienza migratoria sul lavoro (dunque sulla possibilità di accedere a migliori condizioni di vita grazie al reddito che da esso può derivare) l'interruzione della funzionalità lavorativa e dei progetti a seguito dell'infortunio innesca una fase critica, tanto più grave quanto più lungo e

[13] Cioè il raggiungimento di risultati pari a quelli mediamente raggiungibili nel caso in cui le stesse prestazioni sono fornite a utenti italiani.

[14] Gli studi, peraltro non numerosi, né specificamente dedicati al tema degli esiti medico riabilitativi, di cui s'è fatto cenno nel *Report* della Analisi desk.

complesso è il percorso riabilitativo che può assicurare il ripristino della capacità lavorativa e il ritorno al luogo di lavoro. La dimensione psicologica di tale crisi si concretizza in un disagio interiore, restituito in tutta la sua intensità dalle narrazioni delle persone intervistate, che inevitabilmente ha ricadute negative sulle relazioni familiari e sulla loro stabilità[15]. Esemplare di queste dinamiche il racconto di un lavoratore ivoriano di 49 anni di età:

Da noi africani la famiglia è diversa. Da noi non si parla di molte cose. Neanche con mia moglie, non è come nelle coppie italiane, che tra marito e moglie si parlano, si consultano. Quando trattavo male mia moglie, non sapevo spiegarle che cosa succedeva con me.

Ero qui con la moglie e i figli. All'inizio ho avuto dei problemi con la moglie perché ero molto nervoso. Ero nervoso per quello che mi è successo e me la prendevo con lei. L'ho mandata a casa perché avevo paura di farle del male. Ero cominciato a prendermela con lei e mi veniva da picchiare anche la bambina, quindi ho pensato che mandandole a casa le proteggo. Quindi ho passato questo periodo da solo, non parlavo con nessuno.

4.5.2 La debolezza economica

L'instabilità economica nasce dalla consapevolezza di un percorso lavorativo interrotto e di un capitale sociale debole, non sempre in grado di sostenere il lavoratore immigrato a fronte di una capacità lavorativa temporaneamente interrotta o solo parzialmente recuperata. I tempi lunghi della riabilitazione (sanitaria e/o lavorativa) o della corresponsione dell'indennizzo si riversano sulla capacità di affrontare il tempo della malattia e, nell'insieme, di gestire il proprio disagio. Racconta un lavoratore ghanese di 46 anni di età:

Per me, che sono capofamiglia, è molto difficile accettare una situazione così: mi preoccupo, perché non sono più come prima, non posso prendermi cura di loro. Come fai a mantenere la famiglia ora? Sono molto nervoso. Ogni giorno ho ricevuto lo stipendio come prima, fin'ora, ma sono preoccupato per il futuro.

4.5.3 La carenza di reti sociali e instabilità abitativa

Per definizione, il lavoratore immigrato dispone di minor risorse in termini di capitale sociale (anche laddove le filiere migratorie sono efficienti e si sono

[15] Non si tratta di strutture familiari rette da legami deboli, bensì di famiglie costituzionalmente deboli a causa degli elementi di precarietà intrinseci alla dimensione migratoria, che sono duramente messe alla prova da una sorta di evento "catastrofico" qual è un infortunio grave o invalidante, occorso a un membro della struttura.

costruite forti e consolidate comunità etniche o nazionali nel contesto d'arrivo). Certamente la famiglia – se c'è una famiglia – costituisce la risorsa più efficiente, pur se, come già ricordato, non sempre si rivela in grado di "reggere" l'impatto delle dinamiche disgreganti talvolta innescate dal disagio psicologico dell'infortunato. In mancanza di una struttura familiare di riferimento o in conseguenza della frattura (ancorché talvolta temporanea) dei legami affettivi che esita nella disgregazione della famiglia, viene anche a mancare un sostegno importante:

Perché prima… io abitavo ad Abbiategrasso, però siccome abito lì con un amico anche lui lavora e nessuno che mi può dare una mano, per quello mi sono spostato ad abitare con mio fratello qui, perché lui c'è qui (…) magari mi da una mano, anche a qualche cosa… per quello… per quello ho dovuto… per quello ho dovuto… stare per forza qui….

Che uno chiede [ai servizi sociali] è perché uno ha bisogno qua. Perché se io aveva la famiglia qua, aveva i miei genitori, mio fratello… o aveva alcuni parenti, per me… sarebbe stato più facile? Io non ho [avrei] fatto alcuna richiesta, no? Io ho fatto la richiesta quando sono solo. Però c'è sempre un'altra persona che stava aspettando, c'è 4 - 5 mesi e dopo 8 mesi mi arriva l'appuntamento. (…) Loro stanno aspettando che io me dimentico di questo e lascio i cosi. Però uno no può lasciare, como le dico… io no posso lasciare sì sono da solo, sì no ce li parenti per me è lo stesso. Non ce l'ho l'affitto, però adesso devo arrangiarmi… (Peruviano, 29 anni).

L'impoverimento delle risorse in termini di capitale sociale espone alla caduta in situazioni di vera e propria povertà. E tale rischio è ovviamente maggiore quando la tempistica delle procedure d'indennizzo non coincide con la tempistica delle esigenze "di sopravvivenza" con cui si confronta il lavoratore immigrato[16]. Un intervistato racconta così di aver vissuto parecchi mesi senza

[16] "Poi, infatti l'otto di aprile avevo un appuntamento all'Inail per venire a controllare il ginocchio. Lo stesso giorno, l'otto di aprile, mi ha chiamato l'ospedale. Mi sono presentato per l'intervento, e sono stato in ospedale sei giorni. In quei 6 giorni in ospedale ho chiamato l'Inail, ho detto 'guarda, non mi sono presentato perché sono in ospedale, non mi sono potuto presentare'. E loro mi hanno detto 'non c'è nessun problema' e mi hanno detto una data, tramite il telefono, per presentarmi, il 28. E io mi sono presentato il 28 che stavo ancora camminando con le due stampelle e lì si è riavviata la pratica. Poi dall'8 fino al 28 c'è stato un problema, che quei giorni lì non sono stati trascritti sul foglio perché li copriva, c'era scritto sul foglio, l'ospedale, che ero in ospedale. E infatti mi sono ritrovato senza… mi sono ritrovato 300 euro in meno che l'azienda non me li ha dati perché dice che non è dell'Inail, non ha visto il foglio dell'Inail e allora, secondo loro, è assenza ingiustificata. Però l'azienda dove lavoro mi dice che serviva il foglio dell'Inail. Il foglio dell'ospedale secondo loro non vale, non è una giustifica. Infatti, non mi hanno retribuito i 300 euro… Mi sono presentato all'Inail e gli ho detto se per voi questi giorni sono giustificati e loro hanno detto sì, sì, per loro non c'è nessun problema, il problema è che non avevo nessun foglio da portare al lavoro. L'Inail considerava valido quel foglio dell'ospedale, dell'intervento, mentre a lavoro, no. E allora si sta aspettando,

dimora, un altro, disabile, di essere stato ospitato da amici in attesa del sussidio del comune, mentre un terzo – afflitto da una paresi – di aver vissuto senza riscaldamento. Per compensare la mancanza o la limitazione del reddito, gli infortunati hanno contato talvolta sulle entrate del coniuge. In altri casi sono stati ospitati da parenti e amici fino alla ripresa dell'autonomia. In altri casi ancora hanno fatto temporaneamente ritorno nel paese d'origine.

Il fatto di essere obbligati a ricorrere all'ospitalità di amici e a cambiare domicilio comporta numerose difficoltà di rapporto con l'Inail. Non di rado, l'Istituto fatica a mantenere il contatto con una quota di utenti, proprio a causa della loro dispersione territoriale. È il caso in cui, ad esempio, il lavoratore infortunato è costretto a tornare al paese d'origine – o preferisce adottare questa scelta – e non si ha più notizia in merito al percorso riabilitativo intrapreso, né in merito agli esiti. In altri casi, la difficoltà di rintracciare l'utente o di mantenere un contatto costante e continuativo certamente non giova alla continuità della presa in carico, né al monitoraggio della permanenza dell'assistito all'interno del sistema riabilitativo, determinando di fatto una sorta di perdita di tutela.

4.5.4 La disponibilità al percorso riabilitativo

Quanto accennato nei paragrafi precedenti già mostra in che misura e per quali vie i molteplici elementi di fragilità possono incidere negativamente sulla *compliance* dell'utente immigrato e, in ultima analisi, sugli esiti del percorso riabilitativo.

Le narrazioni degli intervistati, integrate dall'ascolto degli operatori del sistema[17], mostrano un quadro composito. In alcuni casi, l'assistito straniero è spinto ad abbreviare i tempi della riabilitazione, puntando a un più precoce ritorno sul posto di lavoro, pur senza aver ottenuto il completo recupero. In effetti, qualche intervistato ha affermato di aver preferito portare a termine un solo ciclo di terapia riabilitativa (rifiutandosi di effettuarne altri, seppur consigliati o prescritti) per riprendere in tempi rapidi l'attività lavorativa, che risultava più remunerativa della "temporanea" corrisposta dall'Inail.

In altri casi vi è invece la tendenza contraria, volta a prolungare i tempi di degenza[18], che orienta in tal senso anche la *compliance*, nonché l'insieme di

tra 20 giorni che chiuderanno la pratica e mi daranno a me e a lavoro i vari fogli, e da lì spero che l'azienda veda che i fogli erano giustificati".

[17] L'indagine sugli esiti medico riabilitativi dei lavoratori stranieri infortunati in Lombardia ha compreso anche tre *focus group* con rappresentanti dell'Inail e dell'Amministrazione regionale, nonché alcune interviste a operatori del sistema, tra cui quella concessa di responsabili della riabilitazione dell'Istituto ortopedico Galeazzi di Milano.

[18] Questa tendenza è maggiormente percepita dagli operatori dell'Inail, che frequentemente la riscontrano nell'utenza straniera.

richieste che informano l'atteggiamento nei confronti del medico legale, al momento di chiusura della pratica infortunistica.

Entrambe le tendenze sembrano poco o nulla influenzate da eventuali pressioni indirette da parte dei datori di lavoro, di cui peraltro la narrazione degli intervistati non fornisce evidenza.

4.6 Il tema della mediazione linguistico-culturale

Sul piano della comunicazione linguistica, il campione degli intervistati ha mostrato differenti gradi di conoscenza dell'italiano. Nel complesso, le interviste sono state realizzate senza incontrare particolari difficoltà dovute alla barriera linguistica. Tuttavia, a fronte di chi padroneggiava la lingua italiana, vi era anche chi richiedeva una serie di accorgimenti per garantire un dialogo sufficientemente lineare. Si è dunque riscontrata la presenza di una quota non trascurabile di utenti che potrebbe aver avuto problemi di comunicazione linguistica nell'interagire col sistema di riabilitazione, sia sul versante amministrativo, sia su quello sanitario. Nonostante la sua diversificazione, anche dal punto di vista della competenza linguistica (relativa alla conoscenza dell'italiano) il campione non ha segnalato una chiara esigenza di mediazione linguistico-culturale nel rapporto con i servizi.

Ma se dovessi portare sempre un altro con me, ogni volta che vado da qualche parte, per tradurmi? Me la cavo io, come so, come posso, me la cavo. Laddove non capisco, chiedo di ripetere un'altra volta, più lentamente, e me la cavo… non solo all'ospedale, ma ovunque tu abbia bisogno, non puoi far andare sempre ad uno, che poi anche quello lo devi pagare se deve sempre andare in giro. Me la cavo io da solo, non mi serve un interprete (55 anni, romeno).

A ben vedere, un'esigenza specifica di mediazione è meno avvertita sul versante sanitario, perché qui il bisogno comunicativo appare come diluito all'interno di una relazione tra figure terapeutiche e assistito che funziona anche al di là della piena condivisione dei codici linguistici e dei codici culturali. Nell'interazione con i servizi di riabilitazione sanitaria vi è infatti un diffuso apprezzamento delle capacità per così dire empatiche del sistema, che ne garantiscono – in buona misura – l'efficienza universalistica, come ricordato nei capitoli precedenti. Il sistema sanitario appare inoltre assai flessibile nel compensare eventuali *deficit* di condivisione puramente linguistica, ad esempio ricorrendo all'aiuto degli accompagnatori dell'assistito oppure avvalendosi della conoscenza delle lingue veicolari da parte del personale italiano o dell'ampio patrimonio linguistico in possesso del personale straniero o di ori-

gine straniera[19]. Vale segnalare che l'impressione degli intervistati in merito all'efficacia della comunicazione sul versante sanitario risulta concorde col parere in merito espresso dagli operatori dei servizi di riabilitazione, che parimenti avvertono poco il peso della barriera linguistica e non la considerano un ostacolo per ottenere la *compliance* dell'assistito.

Del tutto diversa la configurazione dell'esigenza di una comunicazione più efficiente sul versante amministrativo:

> La presenza di un mediatore culturale sia in ospedale che in Inail sarebbe importante. Potrebbe spiegare quello che occorre fare, la burocrazia… Per me sarebbe importante che ci fosse un mediatore culturale perché molti stranieri vivono nell'ignoranza, spesso non sanno la lingua… È vero che dipende anche dalla persona che… se è uno straniero che non, che non se ne intende, che non è bravo, bravo a livello italiano a fare, fa molta fatica. Quello sinceramente lo penso… La lingua conta molto, perché praticamente se io andavo all'Inail per quanto riguarda questo problema dei soldi prendevo il numerino giù, aspettavo un'ora e mezza e poi mi dicevano 'no, tu vai su. Non è qui e lì dipende anche dalla persona… come si sa muovere, se sa pure giustamente… l'ufficio informazioni chiedi e… bisogna anche muoversi, se no, non ti arrivano mai le cose.

Qui la lingua conta molto! Lo scambio di comunicazioni richiede tempi rapidi e le difficoltà di comprensione linguistica costituiscono un ostacolo rilevante per l'utente che non padroneggia l'italiano. E l'ostacolo diviene ben più consistente quando alla barriera puramente linguistica si aggiunge l'incompleta conoscenza dei meccanismi di funzionamento del sistema, che per questo motivo appare spesso estraneo, lontano, poco intellegibile dall'assistito straniero che pure è costretto – per molti versi suo malgrado – a divenirne utente.

Il tema della mediazione linguistico-culturale si colloca dunque all'interno di una più ampia questione, che riguarda la comunicazione tra l'intero sistema e l'utenza straniera. Se nell'ambito dei servizi di riabilitazione gli assistiti stranieri capiscono "il linguaggio" degli operatori e si sentono nel complesso abbastanza capiti, è nell'ambito dei rapporti tra l'Inail e l'utenza straniera che la comunicazione sembra non funzionare come dovrebbe. Un'esigenza di mediazione del resto si percepisce in primo luogo negli stessi responsabili dell'Istituto[20], al cui sguardo l'utenza straniera appare in effetti distante (non solo quando è difficilmente raggiungibile). Dal canto loro, gli utenti stranieri, al di là di qualsiasi esigenza di mediazione, hanno soprattutto bisogno di capi-

[19] Nei servizi sanitari, molti operatori sanitari non medici sono anch'essi immigrati o di origine immigrata e provengono spesso dai principali paesi da cui provengono gli utenti stranieri.

[20] Su questo punto, si richiama l'attenzione sul fatto che il parere dei responsabili dei servizi di riabilitazione diverge da quello dei responsabili dell'ente assicurativo: per i primi, che sentono sufficientemente vicini gli utenti stranieri, la mediazione non è un'esigenza rilevante, diversamente per i secondi, che avvertono invece difficoltà ad avvicinare questi loro assistiti e a costruire con loro un dialogo su una base stabile.

re e di essere orientati. Laddove ciò si verifica – anche per merito degli assistiti stranieri, cioè per i più informati e partecipativi – i processi di presa in carico e risoluzione dei rapporti risultano più fluidi ed efficienti, con comune soddisfazione.

Sebbene l'Inail abbia già condotto sperimentazioni sul versante della mediazione[21], nel tentativo di avvicinarsi all'utenza straniera, la questione della comunicazione sembra includere più dimensioni: la visibilità dell'Istituto da parte dei lavoratori stranieri, che non di rado ne hanno notizia per la prima volta dopo aver subito un infortunio, senza saper bene quale sia il suo ruolo a tutela della salute lavorativa, né quali servizi fornisca al lavoratore infortunato; la disponibilità di materiale informativo multilingue, che garantisca un primo orientamento sulle procedure da seguire e sulle funzioni che i vari attori svolgono, al fine di fluidificare i percorsi di presa in carico, cioè l'accesso ai servizi e l'effettiva fruizione delle prestazioni, in condizioni di uguaglianza; la disponibilità di canali comunicativi in grado di mantenere l'utente straniero all'interno del sistema, fino all'espletamento delle misure di prevenzione secondaria e terziaria attivabili.

4.7 Note conclusive

La ricerca fin qui descritta ha definitivamente dato conferma della condizione di particolare fragilità dell'assistito straniero in riabilitazione post-infortunistica, già rilevata da altre indagini[22]. L'evidenza di tale condizione, sostanzialmente connessa alla precarietà sociale e per molti versi psicologica che caratterizza i lavoratori migranti, richiama l'attenzione per più ordini di ragioni:

- ha il suo peso sia sulla capacità del sistema di interagire positivamente con l'utenza straniera, sia sulla capacità dell'utenza straniera di accedere correttamente ai servizi che il sistema offre;
- può influire sulla *compliance* dell'assistito in riabilitazione, dunque sull'esito dei percorsi riabilitativi, soprattutto in caso di infortuni gravi, che richiedono una fase riabilitativa lunga ed impegnativa;
- rende più problematici gli interventi di riqualificazione finalizzata al reinserimento lavorativo di soggetti che residuano inabilità parziali;
- rende estremamente problematico garantire adeguate misure di prevenzione terziaria alle persone inabili al lavoro, ancorché indennizzate.

Si riscontra in sostanza che l'infortunio acuisce una condizione di oggettiva fragilità dell'assistito immigrato e che l'acuirsi di tale condizione incide sulla piena efficacia delle misure di prevenzione secondaria e terziaria (di cui fanno

[21] L'inserimento di figure di mediatori nei servizi di sportello.

[22] Gli studi, peraltro non numerosi, né specificamente dedicati al tema degli esiti medico riabilitativi, come riportato nel cap. 2

parte le cure e la riabilitazione sanitaria e sociale) che il sistema abitualmente mette in atto. Le fragilità "oggettive" dell'utente straniero si articolano sull'asse relazionale e sociale, economico ed abitativo.

Al contempo, però, dall'analisi delle indagini realizzate emergono elementi rassicuranti, per il diffuso apprezzamento del sistema di presa in carico dei lavoratori infortunati, all'interno dei percorsi di riabilitazione. Apprezzamento che depone altresì per la sensazione di una certa *compliance* degli assistiti stranieri a tali percorsi. La mancanza di questo importante riscontro avrebbe costituito un segnale preoccupante, deponendo per un rischio di perdita di efficacia del sistema, nei confronti di una fascia di utenti.

Oltre che in grado di rispondere alle esigenze di utenti provenienti da diversi paesi e culture non omologhe, il sistema nel suo complesso si configura, nella percezione degli intervistati, come aperto e ricettivo, dunque capace di tutelare la salute dei lavoratori stranieri, in condizioni di uguaglianza.

Sono pochi gli intervistati che riferiscono di aver percepito forme di discriminazione. Nel suo insieme, tanto la narrazione degli intervistati, quanto i risultati dell'indagine quantitativa descrivono un universo di persone che hanno visto loro riconosciuto il diritto alla salute, cioè il diritto di esigere l'accesso a una serie di presìdi di prevenzione secondaria e terziaria, finalizzati al recupero della salute e di quell'aspetto particolare della salute costituito dalla salute lavorativa, in condizioni di parità col cittadino italiano. A fronte di forme d'inserimento lavorativo e sociale in cui i lavoratori stranieri sperimentano spesso la subalternità e si sentono spesso inclusi esclusivamente in ragione della loro funzione produttiva[23], nel compiere il percorso riabilitativo, i lavoratori immigrati – ancorché nella spiacevole condizione di infortunati – possono sentirsi parte legittima di un sistema sanitario ed assicurativo che riconosce la loro individualità.

Nato con la finalità di costruire un popolo di cittadini, di fruitori, con pari opportunità, di determinate prestazioni, in nome di quei principi di universalità (secondo cui vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito); di uguaglianza (secondo cui tutti hanno diritto alle medesime prestazioni a parità di bisogno); e di globalità (secondo cui non viene presa in considerazione la malattia ma in generale la persona implicando un collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione)[24]; in nome di tali principi, il sistema di salute pubblica,

[23] Vale ricordare in proposito le parole evocative del romanziere e architetto svizzero Max Frisch, riferite all'immigrazione – anche italiana – nella Svizzera degli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento ma ancora valide in qualsiasi contesto d'immigrazione: "Aspettavamo braccia. Sono arrivate persone!".

[24] La Costituzione attribuisce alla Repubblica il compito di tutelare la salute "come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32). La legge n. 833 del 1978, che nell'istituire il Servizio sanitario nazionale (definito come il "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o

nella sua declinazione di struttura per la presa in carico dei lavoratori infortunati (al cui interno l'Inail in parte si incardina) può permettere ai lavoratori stranieri infortunati di rivendicare diritti legittimi. Può cioè garantire, per questa via, partecipazione ed inclusione. Come dire che la cittadinanza sociale apre le sue maglie e si amplia sino a includere nuovi cittadini.

In tal senso, se si parla con Marshall di accesso dinamico e progressivo ai diritti come graduale acquisizione e pratica della cittadinanza[25], il sistema di cura e riabilitazione, inteso come parte di un più vasto agglomerato di diritti so-

sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio") ha rappresentato proprio l'adempimento di un dovere costituzionale, ha fissato tra i propri principi cardine la solidarietà, la copertura assistenziale globale e la natura pubblica del Servizio sanitario: con tale modello universalistico la tutela della salute viene indirizzata a tutti gli appartenenti alla comunità, ponendo gli oneri a carico della fiscalità generale. Indipendentemente dalla sua efficacia nel contenere costi e consumi, tale strumento ha di fatto operato una graduale ridefinizione della cittadinanza sanitaria. Tuttavia, il conseguente aumento degli oneri, unitamente a una serie di questioni che rimanevano irrisolte, hanno dato luogo a ripetuti e frammentari interventi legislativi, che hanno minato in parte il senso della legge del 1978, segnando il passaggio dal tradizionale universalismo incondizionato a un universalismo sempre più condizionato, il quale mantiene aperta per tutti la porta di accesso alla tutela pubblica ma modula i costi di ingresso in base a criteri di efficacia ed equità, riservando la gratuità totale solo a quei cittadini che si trovano in uno stato di particolare bisogno.

[25] Thomas Humphrey Marshall è l'autore nel 1950 del fondamentale lavoro *Cittadinanza e classe sociale*, in cui il sociologo inglese collega lo sviluppo dei diritti di cittadinanza alle dinamiche della moderna società industriale affermando che l'attribuzione di tale status e dei diritti e doveri a esso collegati, ha permesso l'integrazione dei ceti sociali emersi con lo sviluppo della società industriale a partire dalla seconda metà del XVIII secolo. In una costante evoluzione verso l'uguaglianza – che si può leggere come flusso spontaneo o come il risultato di conflitti e rivendicazioni – il contenuto della cittadinanza si è via via arricchito di nuovi diritti, che Marshall suddivide, concettualmente e cronologicamente, in tre classi: i diritti civili, quelli politici e quelli sociali. Si tratta dunque di un concetto dinamico, risultato di un processo storico di espansione per ciò che riguarda il contenuto (i diritti), nel quale però resta sempre fermo il carattere dell'appartenenza a una comunità politica. Le tesi di Marshall, costruite sullo sviluppo capitalistico della realtà britannica, hanno generato negli anni un ampio dibattito critico. Alcune posizioni vengono di seguito schematizzate: lo sviluppo dei diritti di cittadinanza non rappresenta un processo graduale, emergente in modo spontaneo ma esso è piuttosto un prodotto del conflitto sociale e politico (Anthony Giddens); ciò che per Marshall sembra scontato, e cioè che lo sviluppo della cittadinanza attenua le diseguaglianze e favorisce il compromesso e l'integrazione sociale, richiede una maggiore problematizzazione (Jack Barbalet); la cittadinanza moderna, tema complesso, non può essere vincolato rigidamente al tema delle classi e del mercato capitalistico, ma richiede di tenere nella giusta considerazione le diverse lotte condotte da movimenti e gruppi contro forme di discriminazione, di stratificazione sociale e di oppressione politica (David Held); è opportuno formulare oggi una tipologia di diritti più complessa, introducendo i diritti di libertà, e inglobando le quattro tipologie in due macrocategorie, i diritti-poteri (civili e politici) e i diritti-aspettative (libertà e sociali) (Luigi Ferrajoli); la teoria di Marshall manca di individuare i reali fattori che hanno generato e rafforzato il processo storico della cittadinanza, ed è inadeguata laddove questi diritti sono oggi concessi al di là dello Stato-nazione con cui nascono e a cui vengono generalmente associati, dal momento che quello che spetta alle persone in quanto membri di una collettività pubblica si decide spesso a livello sub-nazionale: nel comune, nel distretto, nella regione (Giovanna Zincone).

ciali, di cui fruisce un lavoratore immigrato infortunato – in accordo con la narrazione degli intervistati – viene a rappresentare un forte motore di integrazione sociale, che opera per un pieno riconoscimento del medesimo lavoratore.

Accanto agli elementi rassicuranti sopra riassunti, dall'analisi delle interviste e dei questionari raccolti giungono anche segnali relativi ai punti di fragilità del sistema. Segnali connessi agli aspetti di sofferenza che pure emergono dalla narrazione dei lavoratori intervistati. Si tratta degli aspetti per cui l'esperienza vissuta dagli assistiti stranieri nell'interazione col sistema riabilitativo è invece risultata meno positiva o, per meglio dire: più problematica e complessa. Le problematicità percepite appaiono concentrate nell'ambito dell'interazione col versante amministrativo del sistema, cioè con i servizi Inail. Certamente, un'interpretazione attenta di questo dato, relativo alla percezione degli utenti stranieri intervistati, non può sottacere che questo ambito tende di per sé a divenire oggetto di critica e insoddisfazione[26], rappresentando per sua natura il versante in cui l'utente avverte di più la "freddezza" delle procedure amministrative e burocratiche, parallele alla presa in carico e per molti versi a essa indispensabili. Ma al di là della lettura delle dinamiche psicologiche che informano la percezione degli intervistati e contribuiscono a orientare le loro narrazioni, è pur vero che queste narrazioni rimandano a un dato "oggettivo", cioè a una realtà oggettivamente complessa, a prescindere da come essa possa esser percepita dagli utenti stranieri. Si tratta di un dato di realtà che pure caratterizza il sistema e che rimanda a una serie complessa di problemi: come agevolare l'accesso degli utenti stranieri all'Inail e semplificare il percorso che essi son chiamati a compiere attraverso l'Istituto? Questione complessa perché, ferme restando le difficoltà che le narrazioni degli intervistati segnalano, c'è da chiedersi: chi dovrebbe assicurare maggiore visibilità e intelligibilità dell'Inail, informando adeguatamente i lavoratori stranieri – prima che si infortunino – in merito a ruolo dell'Istituto, ai servizi che esso offre e alle modalità di accesso alle prestazioni? La domanda è quanto mai pertinente, vista la pluralità di attori che compongono il sistema di presa in carico del lavoratore infortunato e la frammentarietà delle informazioni che ne deriva. Ed è dunque altrettanto complesso, da parte dell'Inail, coordinare l'insieme degli attori e delle informazioni. Ne deriva dunque una riflessione di più ampia portata, che verte sulla possibilità di migliorare l'integrazione funzionale del sistema, rispetto alle modalità di presa in carico, nonché sull'opportunità di organizzare le modalità di comunicazione e informazione degli utenti stranieri, che certamente spaziano dal ricorso a figure di mediatori, alla messa a punto di materiali informativi e di strategie comunicative che

[26] Si è messo in evidenza, nella discussione dei risultati, che la comprensibile ambivalenza degli utenti stranieri nei confronti del sistema – un sistema che riconosce loro diritti e pari opportunità ma del quale chiunque preferirebbe non aver bisogno – tende comprensibilmente a tradursi, per scissione tra la parte "buona" e la parte "cattiva", in un'idealizzazione del versante sanitario e una polarizzazione delle critiche su quello amministrativo.

tengano conto degli stili di vita e delle fragilità tipiche dei lavoratori immigrati, allo scopo di favorire la permanenza continuativa degli assistiti stranieri all'interno del sistema e il monitoraggio dei loro percorsi.

Rimanendo nell'ambito della riflessione di cui s'è detto, l'analisi dei dati ha infatti evidenziato per l'appunto le fragilità dei lavoratori stranieri, che sembrano avere maggior rilevanza, ai fini del successo dei percorsi riabilitativi, di quanta al momento ne abbia il tema della pertinenza culturale delle prestazioni. La *compliance* al percorso riabilitativo e la possibilità di beneficiare al massimo grado di tale percorso sembrano ancora essere influenzate negativamente da quelle tradizionali condizioni di precarietà (alloggiativa, economica e sociale) che l'evento infortunio tende a rendere più cogenti.

Ancora in riferimento a tali fragilità, l'analisi delle interviste ha infine lasciato intravedere, benché non fosse questo il *focus* dell'indagine, le criticità che emergono nella fase della riabilitazione sociale. La precarietà abitativa, economica e sociale (che rende più complesso, per l'assistito straniero, lo svolgimento di un percorso di riabilitazione sanitaria lungo e impegnativo) diviene questione ancor più cogente nel caso di coloro che non possono più svolgere le stesse mansioni che svolgevano prima dell'infortunio e, soprattutto, per coloro che l'infortunio ha reso inabili al lavoro.

Se per i primi le difficoltà riguardano il come accedere e il come sostenere eventuali percorsi di riqualificazione professionale (soprattutto nei casi in cui non vi siano molte capacità residue) per i secondi la situazione di inabilità al lavoro è effettivamente drammatica. Persone spesso sole per la carenza di capitale sociale, che avevano fondato il progetto migratorio sul lavoro, quando restano senza lavoro, nonostante l'indennizzo, sentono che la loro vita si è come spezzata e che bisogna cominciarne una nuova. Ma in che modo? Con l'aiuto di chi?

5. *Nodi problematici e indicazioni prospettiche*

di *Rita Bichi* e *Raffaele Bracalenti*

L'indagine presentata in questo volume si colloca al punto di confluenza di due finalità conoscitive: l'una volta a indagare l'accesso ai servizi di cura, in questo caso quelli riabilitativi, come reale esercizio del diritto alla salute di ogni cittadino e in particolare di ogni lavoratore. L'altra è quello tesa ad analizzare la *compliance* dei pazienti, in questo caso i pazienti immigrati, al trattamento riabilitativo. In entrambi i casi è doveroso segnalare la complessità del problema posto e, di contro, l'incompletezza dei risultati ottenuti in rapporto anche ai limiti del piano di ricerca.

Si è detto che l'accesso ai servizi di riabilitazione è garantito a ogni cittadino nell'ambito dell'esercizio di un diritto costituzionalmente garantito, che è il diritto alla salute e che nel nostro paese trova nel Sistema sanitario nazionale e nella sua vocazione universalistica la massima espressione. Nel caso del lavoratore ci si trova però di fronte a una più articolata forma di tutela poiché la salute trova una sua declinazione specifica nell'abilità al lavoro, e cioè nel mantenimento della medesima abilità a svolgere la funzione lavorativa durante la quale può essere occorso l'infortunio. Questa declinazione è importante per comprendere non solo il senso della riabilitazione che ha finalità medica, nonché sociale e lavorativa, ma anche il sistema complesso che interroga attori diversi: il Sistema sanitario nazionale, l'Inail, il sistema dei servizi sociali territoriali. In particolare in Lombardia il sistema ha connotazioni, come già descritto nel primo capitolo, non omologhe a quelle di altre aree del paese, in quanto l'Inail ha mantenuto alcune strutture riabilitative: si configura, così, in Lombardia, un sistema a due binari, l'uno è quello delle strutture riabilitative del Sistema sanitario nazionale, dove, per intendersi, affluiscono anche infortunati non sul lavoro, e l'altro è quello proprio dell'Inail rivolto solamente a infortunati sul lavoro.

In questo caso i limiti del piano di ricerca sono dovuti all'aver concentrato lo studio sui soggetti che hanno usufruito del servizio, e quindi sul livello di protezione garantito a quanti comunque hanno avviato un percorso di riabilitazione: non si è perciò in grado di valutare quanto agiscano barriere all'accesso ai servizi, e eventualmente quali siano le ragioni di tali barriere e verso chi operino.

Lo studio della *compliance* terapeutica – e l'influenza delle caratteristiche culturali nell'ostacolare l'instaurarsi di un proficuo rapporto medico-paziente se, come in questa ricerca, la popolazione di riferimento è straniera – necessiterebbe, secondo un approccio metodologico "robusto", un'accurata selezione dei casi da includere nella valutazione e magari uno studio condotto in doppio cieco. In questo caso, l'indagine si è posta un obiettivo in un certo senso più limitato, ma forse di più immediata lettura: verificare la *compliance* sulla scorta della valutazione, espressa dal soggetto intervistato, dell'adesione alla prescrizione (ovvero aver portato a termine il ciclo riabilitativo così come prescritto) e del livello di soddisfazione per i risultati raggiunti. Queste informazioni, peraltro, sono state messe a confronto con altre testimonianze raccolte, soprattutto tra il personale Inail.

Detto dei limiti dell'indagine, dobbiamo però, altresì, evidenziare i punti di forza e anche di innovazione. Quella presentata in questo volume è la prima ricerca in Italia che indaga in maniera approfondita, e su numeri significativi, sulla fase post-infortunistica dei lavoratori immigrati. Molto si è detto sul loro rischio infortunistico, poco su quello che loro accade a infortunio avvenuto. L'attenzione dei media e anche dei ricercatori si è giustamente concentrata sulla fase della prevenzione: si vorrebbe e si dovrebbe giungere all'obiettivo di azzerare gli infortuni; e tuttavia, essendo tale obiettivo assai lontano, non si può evitare di porsi la domanda su come funzioni il sistema una volta che l'infortunio sia avvenuto. E su questo, come già illustrato in precedenza, e come si dirà meglio più avanti, c'è ancora molto da fare. Si diceva dei punti di forza dell'indagine: se l'infortunio causa una brusca modificazione del progetto di vita, è anche perché in molti casi obbliga a un vero e proprio *détournement* verso un percorso (non a caso si parla di percorso di riabilitazione) che comporta una serie di spostamenti, di passaggi, tra diversi attori e luoghi di cura, ma anche di uffici amministrativi. Una sorta di rimbalzo tra ospedali, medico di base, riabilitatore, ufficio territoriale dell'Inail per motivi amministrativi o per visite di controllo. La ricerca non ha soltanto indagato cosa accade in questo percorso multi-attore, ha anche studiato cosa accade nel frattempo nella vita di quel paziente/assistito. Come la sua organizzazione di vita si ristrutturi; come egli si prepari al rientro nel mondo del lavoro.

Ma quella presentata è anche la prima indagine che si pone l'obiettivo, nel nostro paese, di indagare la *compliance* al trattamento riabilitativo dei pazienti immigrati. Se abbiamo denunciato i limiti dell'impianto, ciononostante è indubbio che l'indagine offra moltissimi elementi di riflessione: infatti, i fattori che favoriscono la *compliance* sono quelli che potremmo definire di ordine psicologico e che rimandano alla sensazione di essere preso in carico con rispetto e attenzione; al rapporto di fiducia che si stabilisce con la struttura curante; alla percezione di essere ascoltati e compresi e a quella di aver completato con successo il trattamento e esserne soddisfatti. Tutte queste aree sono state ampiamente studiate e hanno offerto molti e interessanti spunti di analisi.

Quello che per primo salta agli occhi e colpisce e che ci preme sottolineare – soprattutto in questo momento storico, in cui il sistema di welfare è al centro di una grande opera di ripensamento – è l'importanza, anche ai fini del processo di integrazione, che assume, nella mente di queste persone, il poter far conto su di un sistema sanitario di stampo universalista. La larghissima maggioranza delle persone intervistate, infatti, testimonia la consapevolezza di essere titolare di un diritto alla cura che trova riscontro in un rapporto con le strutture sanitarie di assoluta parità con gli altri cittadini, sentendo pienamente riconosciuta la propria dignità di persona: è un fattore di *compliance* importantissimo. Ma è l'insieme delle aree indagate che fa emergere un atteggiamento di grande rispetto e fiducia nei confronti del personale curante. Indagini come quella qui presentata si prestano assai bene a investigare la presenza di comportamenti discriminatori, siano essi diretti o indiretti; o anche atteggiamenti francamente razzisti. Ebbene, dobbiamo dire che, senza alcuna volontà di riportare l'antico e, purtroppo falso, detto "italiani brava gente", l'indagine non ha fatto intuire la presenza di comportamenti razzisti o discriminatori[1]. Il gradimento del sistema di cura è veramente alto, anche sul lato della dimensione umana e relazionale. Leggendo tra le righe, come peraltro meglio si dirà più avanti, si possono forse cogliere forme di discriminazione

[1] L'integrazione dei cittadini di paesi terzi negli Stati membri è una delle principali problematiche con cui la politica in materia di immigrazione è costretta a confrontarsi. Gradualmente ma in forma continua, è stata avviata una riflessione e predisposto un quadro giuridico per combattere i fenomeni in grado di vanificare il processo di integrazione, vale a dire discriminazione, razzismo e xenofobia. Sebbene la protezione dei diritti fondamentali dei cittadini comunitari e dei cittadini di paesi terzi che risiedono nell'Unione europea sia stata, fin dall'origine, un elemento costitutivo dello spazio comunitario, è solo con la formulazione dell'articolo 13 del Trattato di Amsterdam che si è dato vita ad una sufficiente base giuridica atta a rafforzare i poteri del Consiglio dell'Unione europea. Nel garantire la parità di trattamento tra le persone quali che siano la nazionalità, il sesso, la razza o l'origine etnica, la religione o le credenze, l'handicap, l'età o l'orientamento sessuale, l'articolo 13 ha rappresentato, come detto, un significativo passo in avanti nella lotta contro la discriminazione a livello dell'Unione europea, in quanto approccio coerente e integrato che si propone di sfruttare al meglio l'impegno comune. Al fine di rendere effettivo quanto disposto dall'articolo 13, il Consiglio è giunto, nel 2000, ad adottare unanimemente due direttive innovatrici, intese a garantire un'efficace tutela giuridica contro la discriminazione a tutti coloro che risiedono nell'Unione europea: la direttiva 2000/43/CE del 29 giugno 2000 attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica e copre i settori dell'occupazione, della formazione, dell'istruzione, della sicurezza sociale, dell'assistenza sanitaria, dell'alloggio, dell'accesso a beni e servizi e della loro fornitura; la direttiva 2000/78/CE, promulgata il 27 novembre del 2000, stabilisce "un quadro generale per la lotta alle discriminazioni fondate sulla religione o le convinzioni personali, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali, per quanto concerne l'occupazione e le condizioni di lavoro al fine di rendere effettivo negli Stati membri il principio della parità di trattamento" (Art. 1). L'Italia ha ratificato ed adottato le due direttive comunitarie nel 2003, più precisamente la direttiva europea 2000/43/CE con il D.lgs n. 215 il 9 luglio 2003, il quale ha successivamente portato, conformemente a quanto espresso nell'articolo 13 della direttiva europea, all'istituzione di un Ufficio per il contrasto delle discriminazioni (art. 7 del D.lgs n. 215); la direttiva europea 2000/78/CE, con il D.lgs n. 216 sempre il 9 luglio 2003.

indiretta: ovvero modalità gestionali della presa in carico amministrativa dell'assistito che non gli hanno consentito di avere pieno accesso alla tutela (ad esempio il diritto a non pagare ausili terapeutici). In questo caso, gli esiti della discriminazione indiretta sono dovuti, in gran misura, alla difficoltà di comunicazione su cui si è ampiamente insistito e su cui altro ancora si dirà[2].

Rimane indubbiamente il dato assai importante che l'utenza immigrata non pare sollecitare il Sistema sanitario nazionale, né le strutture riabilitative dell'Inail in modo particolare, a ragione di diversità culturali: tolto il tema della diversità linguistica, e quindi della possibile difficoltà di comunicazione che ne deriva, non paiono emergere determinanti culturali che costituiscono fattori predittivi negativi per la qualità della presa in carico o che si associno ad atteggiamenti di pregiudizievole diffidenza verso il sistema di cura. Non possiamo escludere, come segnalato dal personale sanitario dell'Inail, che al-

[2] Discriminazione vuol dire disparità di trattamento nei confronti di alcuni individui o gruppi: trattamento differenziato e inferiorizzante, che contraddice i principi fondamentali di uguaglianza sociale e che rappresenta perciò un'espressione del mancato riconoscimento della pari dignità degli esseri umani. La discriminazione produce una riduzione delle opportunità e delle capacità materiali e psicologiche di coloro che ne sono fatti oggetto. Può essere sancita dalla legge, oppure può esistere come realtà di fatto ed esser perpetrata anche a dispetto delle leggi che tendono invece a prevenirla e contrastarla. La messa in atto di comportamenti o strategie discriminanti è riconducibile a numerose motivazioni di fondo. Alcune sono di ordine economico e sociale: limitare l'accesso di "alcuni" alle risorse disponibili; altre di natura politica: escludere "alcuni" dai processi decisionali e dai meccanismi di gestione; altre ancora affondano le proprie radici in meccanismi psicologici, di cui il pregiudizio rappresenta un paradigma di riferimento. Motivazioni affatto univoche, che si intrecciano tra loro e danno luogo a configurazioni estremamente complesse. Com'è noto, un trattamento differenziato e inferiorizzante, in qualsiasi ambito della vita collettiva, può essere riservato a una grande varietà di persone o di gruppi, individuabili in base a caratteristiche quali il genere, i tratti somatici, l'origine etnica, il portato culturale, il linguaggio, il ceto, il censo o la classe sociale, la confessione religiosa o le opinioni politiche, il comportamento sessuale, l'età o le condizioni di "disabilità" relativa. Ma la discriminazione è anche intesa come effetto di meccanismi spesso non direttamente individuabili. E in tal senso l'esistenza di forme di discriminazione deve essere dedotta dai risultati che esse producono, anche laddove non è possibile individuarne le cause sin dall'inizio dell'azione. Lo studio della discriminazione dunque prescinde dal funzionamento spesso occulto del meccanismo che la produce e si concentra sui risultati visibili che essa ottiene. Proprio perché sfugge alla coscienza degli individui, acquisendo una dimensione naturale, quasi fosse strutturalmente parte del sistema cognitivo, e proprio perché è capace di sfuggire alla logica che sottende atteggiamenti viziati dal pregiudizio, la discriminazione diventa così talmente pervasiva e sistemica che finisce per interessare tutti gli aspetti della società e tutte le strutture attraverso le quali la società stessa prende forma. Ecco perché sussistono spesso problemi oggettivi nel portare alla luce gli atti discriminatori e nel percorrere l'eventuale e appropriata via giudiziaria, ecco perché è difficile trasformare la discriminazione in un chiaro reato che possa essere individuato e sanzionato, soprattutto quando essa si manifesta in quelle forme che Carmichael e Hamilton (1992) hanno definito di "razzismo occulto", con particolare riferimento al razzismo istituzionale. Allorché, infatti, le modalità di funzionamento di un'istituzione o delle regole e procedure che vengono applicate non risultano essere adeguate alle mutate trasformazioni del contesto sociale e culturale, possono, intenzionalmente o involontariamente, derivare conseguenze discriminatorie per alcuni dei suoi fruitori.

cune culture o alcuni stili di vita possano rendere più difficile il raggiungimento di positivi effetti riabilitativi: quello che si può dire, però, è che l'attitudine dell'utenza immigrata, nella sua amplissima maggioranza, e fatte salve le difficoltà legate a certe forme di fragilità sociale, consente una presa in carico assai agevole, poiché è forte il senso di fiducia, l'aspettativa di cura, e la disponibilità al trattamento. Ciò non esclude, ovviamente, che il personale sanitario debba essere edotto e sensibilizzato alla relazione con pazienti portatori di diversità culturali e religiose, anzi. Si vuole sottolineare la "naturale" disposizione positiva dei cittadini immigrati, soltanto perché questo dato conferma quanto noto in letteratura e su cui poco invece si insiste quando si ricorda che il processo di integrazione è un processo bi-univoco, in cui sia la società ospite sia le comunità immigrate debbono impegnarsi in un dialogo di mutuo avvicinamento: gli immigrati sono, nella grande maggioranza, estremamente aperti e disponibili a "imparare". La loro disponibilità a adeguarsi al "sistema" è in genere altissima, e questa ricerca ne offre un'altra testimonianza[3].

Ovviamente, come già ricordato, l'indagine ha preso in esame solo quanti hanno avuto accesso alla riabilitazione, quindi non sappiamo se una quota di popolazione immigrata si rivolga a presidi sanitari alternativi a quelli offerti

[3] II concetto di integrazione, dal latino *integratio*, *integratus*, integrato, indica, nell'ambito sociologico, quel processo che conduce il sistema sociale a evolversi e a costruire nuovi equilibri, superando le divisioni e l'eterogeneità esistenti tra le parti che lo compongono. L'integrazione sottolinea quindi la dinamicità della realtà sociale e costituisce la condizione necessaria per l'esistenza di una società basata sulla cooperazione degli individui e dei gruppi che ne fanno parte. Negli ultimi cinquant'anni il termine integrazione è stato prevalentemente riferito ai flussi migratori e al processo d'integrazione del singolo immigrato nella compagine sociale e dei vari gruppi etnici nella compagine nazionale. Nella sociologia delle migrazioni, s'intende per integrazione quel processo graduale che conduce a una convivenza tra gruppi stranieri e autoctoni, caratterizzata da processi reciproci di adattamento e di accettazione e dalla capacità dei due gruppi di confrontare e di scambiare valori e modelli di comportamento. II termine viene normalmente usato in contrapposizione ad assimilazione, situazione in cui il gruppo o i gruppi di minoranza sono costretti ad abbandonare i propri comportamenti per adottare le pratiche della maggioranza, e in accordo con la nozione di pluralismo culturale, che implica l'accettazione della coesistenza di culture differenti all'interno di una società. II processo di integrazione si caratterizza dunque come uno scambio bilaterale tra immigrati e società d'accoglienza, che conosce in genere fasi successive di aggiustamento (quali, ad esempio, l'accomodamento, l'adattamento e anche il conflitto), un processo complesso e dialettico – il Parlamento europeo nella risoluzione del 6 luglio 2006 ha definito l'integrazione "un processo bilaterale che presuppone la volontà e la responsabilità degli immigrati a integrarsi nella società ospitante e, d'altronde, dei cittadini dell'Unione europea di accettare e integrare i migranti" – che è il risultato dall'azione di differenti attori sociali e dell'interazione tra differenti sfere e dimensioni della realtà in cui si trovano a operare gli immigrati stessi, tra cui quella politica che regola l'ingresso ma che tende anche a promuovere interventi mirati alla gestione strategica di tutto il processo di integrazione degli stranieri, e che riguarda tanto il processo di integrazione sociale in senso stretto – connesso all'acquisizione da parte degli immigrati di status, ruoli, diritti – quanto il processo di adattamento culturale, vale a dire la volontà, la capacità e la possibilità, una volta nel paese di accoglienza, di poter maturare una doppia identità e un doppio senso di appartenenza.

dal Sistema sanitario nazionale a causa di veri e propri *cultural conflicts*: ovvero se vi sia una quota di popolazione che esprima una distanza culturale così forte da non entrare per nulla nel Sistema sanitario nazionale. I dati di gran parte delle ricerche dicono, al contrario, che vi è un ampio ricorso alle strutture di cura, magari con la preferenza per Pronto soccorso o strutture gestite dal privato sociale in regime di Stp[4]. Solo per le comunità cinesi si riporta la presenza di presidi sanitari di medicina tradizionale: quanto questo circuito alternativo pesi non è dato sapere, così come non è dato sapere quanto l'accesso a questo circuito sia influenzato dalla condizione di irregolarità o marginalità in cui versano molti immigrati cinesi.

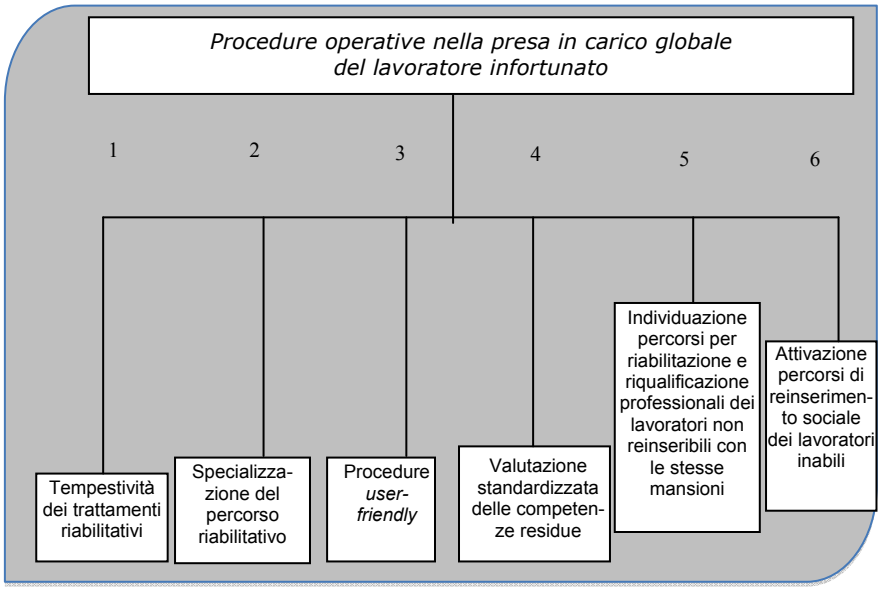
L'impressione che si trae dalla nostra indagine tende a confermare quanto già noto, ovvero che gli immigrati, quando possono, tendono a fruire dei servizi disponibili e, in particolare in ambito sanitario, ripongono grande fiducia nei sistemi di cura, consapevoli che la salute, e in particolare quella lavorativa, costituisca, come meglio detto poi, la chiave vera della riuscita del proprio progetto migratorio.

Entrando più nel dettaglio dei risultati dell'indagine, la ricerca ha analizzato il complesso e articolato processo della presa in carico del lavoratore infortunato, fondato sulla *cultura della sicurezza globale*, processo nel quale l'Inail svolge un ruolo essenziale sia in forma diretta sia in qualità di coordinatore di altri enti o strutture. La presa in carico globale, che si incentra su programmi che utilizzano strumenti e risorse che possono facilitare il percorso di cura, riabilitazione e reinserimento lavorativo, in un'ottica appunto di tutela globale, dovrebbe prevedere una gamma di servizi personalizzati in conformità a qualificate procedure operative, sintetizzabili in sei processi, come illustrato dalla figura 1.

Tuttavia, l'attuazione di ciascuna di queste procedure operative può esprimere, nel rapporto con l'utente, elementi di fragilità che possono rendere più complessa la volontà di tutela globale del lavoratore infortunato.

[4] Il cittadino straniero presente sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, ha diritto alle prestazioni d'urgenza erogate dal Ssn mediante rilascio di una tessera sanitaria denominata Stp (Straniero temporaneamente presente), con la quale vengono assicurate, nei presidi pubblici o accreditati: le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative per malattia e infortunio; interventi di medicina preventiva (vaccinazioni, profilassi internazionale e per malattie infettive) con particolare attenzione alla tutela della salute del minore; tutela sociale della gravidanza e della maternità. La tessera sanitaria garantisce l'anonimato dello straniero, ha validità di sei mesi (rinnovabile), è valida sul territorio nazionale e viene identificata con un codice.

Fig. 1 - Procedure operative nella presa in carico del lavoratore infortunato



L'assistito straniero in riabilitazione post-infortunistica, dalle evidenze empiriche che la ricerca presentata in questo libro ha potuto mettere in campo, mostra infatti importanti elementi di vulnerabilità, proprio in relazione alla sua condizione di migrante, che si articolano a diversi livelli e che ne disegnano una peculiare condizione, tale da richiedere specifiche azioni di contrasto. Questi elementi di fragilità diventano ancora più critici se la presa in carico ha come destinatario un lavoratore straniero infortunato[5], come già accennato e come questa ricerca ha messo estesamente e ulteriormente in luce[6].

L'infortunio che occorre a un lavoratore straniero (Lsi) si configura come una frattura biografica nel suo percorso di integrazione nella società italiana (Bury, 1982). L'interruzione del rapporto di lavoro, infatti, porta con sé conseguenze che non riguardano solo lo stato di salute e la conseguente necessità di sottoporsi alle cure mediche e riabilitative necessarie. Ben diversamente da chi condivide cultura e diritti di cittadinanza italiani, gli stranieri sopportano il peso di un percorso non ancora completato di inserimento e delle differenze che inevitabilmente segnano la prima socializzazione, avvenuta in paesi a volte anche molto distanti da quelli italiani in quanto a sistema sociale, tradizioni,

[5] Nel 2010 si riscontra una complessiva riduzione degli infortuni dell'1,9% rispetto all'anno precedente (Rapporto Inail 2010, www.inail.it), che non riguarda però i lavoratori stranieri per i quali si evidenzia un incremento di tre quarti di punto percentuale (da 119.240 infortuni del 2009 a 120.135 del 2010). Il numero dei loro infortuni ammonta al 15,5% del totale.
[6] Cfr. anche Iprs, 2008.

usi, costumi, consuetudini. Maggiore è questa distanza e più basso si presenta il grado di integrazione, maggiore si rivela la difficoltà di queste persone ad accedere ai propri diritti e alla fruizione dei servizi universalistici che il sistema dedica loro.

Gli elementi che contribuiscono a interrompere la continuità del percorso di integrazione dei Lsi sono riassumibili in due fattori, quello sociale e quello culturale, distinguibili analiticamente ma strettamente correlati tra loro.

Il fattore sociale riguarda la dimensione economica e relazionale dei Lsi. Si evidenzia infatti, sia a partire dai dati della ricerca quantitativa sia dalle testimonianze raccolte dalla loro viva voce, una situazione di acuita debolezza economica, direttamente posta in relazione con le condizioni di vita del post-infortunio. Seppur assicurati, gli Lsi devono affrontare impegni economici nuovi (eventuale assistenza, presidi medico-chirurgici, cambio di abitazione, ecc.) o mutati nella quantità o qualità (in riferimento in particolare allo stile di vita, ma anche alle modificate relazioni interpersonali) che li pongono in una situazione di incertezza per il futuro, aggravando ancor più non solo la reale debolezza ma anche la percezione di rischio per il processo di integrazione intrapreso e, più in generale, per l'intero progetto migratorio. Solo per ricordare qui due importanti dati del *survey* (cfr. cap. 3), si rimarca una rilevante instabilità abitativa evidenziata dal fatto che un Lsi ogni 6 deve cambiare casa in seguito all'infortunio, più spesso peggiorando la propria condizione. Inoltre, la rete di supporto presenta caratteristiche di spiccata precarietà, anche perché – pur in presenza di una più generale tendenza alla stabilizzazione dei lavoratori immigrati in Italia[7] – il nucleo familiare del 40% degli Lsi facenti parte della popolazione intervistata non vive in Italia.

A questi elementi si aggiunge, come le informazioni raccolte mettono in luce, un accresciuto rischio di frattura affettiva, nei termini di allentamento o rescissione dei preesistenti legami, che comporta – oltre ai problemi psicologici e relazionali tipici di questi processi – anche il venir meno o una minore efficacia delle reti di supporto prima disponibili.

L'accresciuta vulnerabilità così articolata produce con frequenza, ovviamente quando il Lsi ritiene che questo sia possibile e le oggettive condizioni del suo impiego lo permettano, episodi di rientro anticipato sul posto di lavoro ma anche, al contrario, la tendenza a posticipare tale rientro, messa in evidenza, quest'ultima, dagli operatori.

Mentre l'anticipazione del rientro è facilmente spiegabile, anche riguardo all'evidente, forte effetto protettivo che il reintegro lavorativo ha rispetto al perseguimento del progetto migratorio e alla necessità di avere a disposizione maggiore reddito, la propensione a procrastinare il ritorno al lavoro – fatta salva, visto che viene messa in luce dagli operatori, la possibilità dell'esistenza di

[7] Cfr. Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, 2012.

un pregiudizio nei confronti degli Lsi, e scontati i casi in cui il giudizio rilevi una volontà di sfruttare al massimo le possibilità di assistenza da parte degli stessi Lsi – è di più complessa interpretazione. Può però, forse, essere posta in relazione con la situazione di incertezza e le conseguenti paure o timori che il ritorno al lavoro comporta. Il reintegro, in altre parole, potrebbe configurarsi come un momento difficile e impegnativo, gravato da livelli di indeterminatezza difficili da gestire. È questo un elemento da valutare con attenzione e sul quale sarebbe utile lavorare per un approfondimento che riguardi, più in generale, l'intero processo di reinserimento lavorativo, anche riguardo al fatto che sono proprio le procedure relative a questa fase che risultano tra quelle maggiormente problematiche per i Lsi, come anche in seguito si evidenzierà.

Il fattore culturale si articola, con tutta evidenza, negli elementi di diversità dalla realtà italiana che contraddistinguono il modo di intendere e di vivere la vita associata di chi detiene un bagaglio di conoscenze, abilità e capacità acquisite nel proprio paese di origine. La loro "riserva di sapere" può rivelarsi, se non totalmente, almeno parzialmente inutile nell'affrontare il sistema medico-riabilitativo italiano, a motivo, certo, della loro non ancora compiuta integrazione. Gli elementi più rilevanti sono sicuramente relativi alla insufficiente competenza linguistica e alla scarsa conoscenza del sistema e del suo funzionamento.

A questo proposito, le informazioni raccolte hanno permesso di evidenziare che la provenienza da paesi nei quali i sistemi sanitari sono generalmente meno efficienti di quello italiano incide fortemente sulla possibilità di un corretto accesso ai servizi, e dunque sulla possibilità di godimento dei diritti riservati ai lavoratori infortunati. La poca dimestichezza e dunque familiarità con i servizi stessi e la disabitudine alla disponibilità di prestazioni dedicate, porta a una maggiore difficoltà di accesso, per la scarsa capacità di gestire in prima persona i problemi che si presentano e per l'incompletezza delle informazioni necessarie. Queste riflessioni mettono di nuovo in evidenza la particolare situazione di vulnerabilità del Lsi nei termini, questa volta, di dipendenza dal sistema e dalla qualità delle relazioni lavorative e non lavorative instaurate fino al momento dell'infortunio. Con tutta evidenza, un più elevato livello di integrazione, una maggiore anzianità migratoria, una migliore conoscenza linguistica, un rapporto di lavoro più garantito, relazioni amicali e affettive più solide forniscono una più ampia disponibilità di risorse per far fronte a quella che, in tutti i casi, si presenta come una frattura biografica di rilievo. È dunque proprio nell'incompletezza del percorso di integrazione che si situano le difficoltà più evidenti, soprattutto in presenza di rilevanti diversità culturali e strutturali tra il paese di origine e di migrazione, con conseguenze negative sulla capacità del sistema di interagire positivamente con l'utenza straniera ma anche, e forse soprattutto, sulla *compliance* dell'assistito in riabilitazione.

L'osservanza e l'aderenza alle prescrizioni e ai trattamenti è infatti, come ben noto, un elemento essenziale di qualsiasi terapia, la cui efficacia dipende strettamente dal fatto che venga seguita con costanza e precisione. La mancanza di un'ottimale informazione (comprensibile, completa, precisa) in merito al percorso terapeutico da seguire può ridurre l'efficacia del percorso stesso e può anche favorire effetti non desiderati quali complicazioni, prolungamenti o mancate guarigioni con conseguenze negative sia per il Lsi sia per il sistema.

Un'ulteriore conseguenza di questa situazione di vulnerabilità legata ai fattori già esposti, e in particolare al rischio di una bassa *compliance* e conseguente allontanamento del Lsi dal sistema riabilitativo, è molto rilevante per la sua gravità e si riferisce alla possibilità di portare a buon fine i percorsi di riqualificazione finalizzata al reinserimento lavorativo di soggetti che residuano inabilità parziali e al poter garantire adeguate misure di prevenzione terziaria, ovvero impedire o ridurre l'invalidità di persone già ammalate e le complicazioni correlate.

La ricerca ha messo anche in luce un grado di soddisfazione dei servizi offerti dal sistema sanitario italiano molto elevato e non dipendente dalle caratteristiche sociografiche degli intervistati; uomini e donne, età diverse, stato civile, paese di provenienza non incidono su questo risultato. Di fatto si riscontra, oltre a un elevato gradimento, un basso livello di aspettativa da parte degli Lsi nei confronti del sistema sanitario. La stessa situazione di squilibrio tra i sistemi sanitari dei paesi d'origine e italiano a favore di quest'ultimo, già citata come motivo di vulnerabilità e dipendenza, si correla con chiarezza anche a questo risultato.

Altre differenze si sono rivelate importanti, per esempio quelle esistenti tra i modelli di genere e relazionali che contraddistinguono ciascuna cultura. La richiesta di aiuto e sostegno da parte di un Lsi maschio, per esempio, può passare – con risultati ovviamente negativi sulla sua possibilità di ottenerlo – dai ruoli maschili previsti dai modelli di genere diffusi nel paese di origine, se questi vedono prevalere forti componenti di primazia, forza, autonomia e indipendenza e norme di comportamento conseguenti.

Tornando ai processi della presa in carico illustrati nella figura 1, sono tre quelli che la ricerca ha messo in evidenza come maggiormente problematici per i lavoratori stranieri infortunati: la *user-friendliness* (procedura operativa n. 3), l'individuazione dei percorsi per riabilitazione e riqualificazione professionali dei lavoratori non reinseribili con le stesse mansioni (procedura operativa n. 5) e l'attivazione di percorsi di reinserimento sociale per i lavoratori inabili (procedura operativa n. 6).

Riguardo a queste procedure, gli elementi maggiormente problematici che la ricerca ha riscontrato riguardano molteplici aspetti. Tra i più importanti è necessario segnalare la laboriosità delle procedure, la difficoltà di stabilire un dialogo con la molteplicità di uffici e attori, i ritardi nell'articolare il momento delle cure ospedaliere col momento della riabilitazione, la delocalizzazione

dei servizi. Sono inoltre risultati difficili il dialogo col personale amministrativo, l'orientamento e l'informazioni in merito al disbrigo delle pratiche amministrative e all'individuazione delle strutture in cui effettuare la riabilitazione, la puntualità e la fluidità nella presa in carico da parte dei servizi riabilitativi. Tutti questi ostacoli a un'ottimale trattamento nel percorso riabilitativo sono evidentemente collegati sia con i fattori sociali sia con quelli culturali già discussi. È indubitabile che soggetti con un'insufficiente socializzazione al sistema italiano trovino intralci e barriere alla piena fruizione e che la loro vulnerabilità sociale abbia conseguenze anche nella ricerca di soluzioni ai problemi che man mano si presentano nel percorso di riabilitazione. La dimensione burocratico-amministrativa è dunque tra le più complesse da gestire e richiederebbe una particolare attenzione ai fini di un miglioramento dei servizi.

Particolare attenzione andrebbe posta alle procedure 5 e 6, per le quali la ricerca ha potuto mettere in luce solo alcuni tra gli aspetti problematici esistenti. Un approfondimento di tale tema consentirebbe di conoscere meglio la realtà vissuta dai Lsi che non possono essere reinseriti nella precedenti mansioni a seguito delle lesioni riportate o che entrano, per la gravità delle conseguenze dell'infortunio, in un condizione di inabilità.

Per rimanere nell'ambito delle problematiche rilevate nella dimensione burocratico-amministrativa, e pur essendo queste di complessa soluzione, si possono delineare alcune linee di azione che favorirebbero l'avvio di un cambiamento teso ad una trasformazione in positivo delle procedure, a tutto vantaggio sia della condizione dei Lsi in riabilitazione sia del sistema che, lavorando con maggiore efficacia e efficienza, si vedrebbe sgravato da pesi inutili.

I risultati della ricerca presentata in questo libro consigliano un'operazione di miglioramento delle strategie comunicative adottate nei confronti dei Lsi, popolazione, come ampiamente articolato, che, detenendo caratteristiche proprie rispetto alla popolazione italiana, richiede specifiche azioni di presa in carico e di accompagnamento.

L'implementazione di una strategia comunicativa *ad hoc* può essere cioè considerata come un metodo per agevolare il risanamento della frattura biografica determinata dall'incidente sul lavoro. Prima di tutto una strategia comunicativa dedicata sarebbe in grado di condurre i Lsi a una migliore conoscenza e visibilità dell'Inail. Questa popolazione di lavoratori, infatti, non di rado ha notizia per la prima volta dell'esistenza dell'Istituto solo dopo aver subito l'infortunio, e non conosce né quale sia il suo ruolo a tutela della salute lavorativa né quali servizi fornisca al lavoratore infortunato o di quali diritti possa godere. Basti ricordare qui che i dati raccolti rilevano che, tra chi non era precedentemente incorso in infortuni sul lavoro, solo il 35% era a conoscenza dell'esistenza di Inail prima di subire l'incidente.

Dalle analisi realizzate è inoltre emerso che oltre il 20% degli intervistati ha dovuto pagare per ausili, visite specialistiche private e per la terapia, mentre circa il 40% ha dovuto pagare il ticket sanitario.

Si deve dunque ritenere che la disponibilità di materiale informativo multilingue – disponibile anche nei luoghi di lavoro, nei centri di aggregazione delle persone immigrate, ecc. – possa garantire un primo orientamento sulle procedure da seguire e sulle funzioni che i vari attori svolgono. Inoltre, la disponibilità di canali comunicativi in grado di mantenere l'utente straniero all'interno del sistema, fino all'espletamento delle misure di prevenzione secondaria e terziaria attivabili, agevolerebbe la fluidificazione dei percorsi di presa in carico, cioè l'accesso ai servizi e l'effettiva fruizione delle prestazioni, in condizioni di uguaglianza.

Si può aggiungere infine che un'offerta di servizi in chiave inter-culturale agevolerebbe sia il percorso burocratico-amministrativo sia una migliore comprensione degli ostacoli e delle difficoltà incontrate dai Lsi. In particolare sembrerebbe auspicabile una preparazione appunto inter-culturale degli operatori nei servizi di sportello.

In conclusione, si riscontra che l'infortunio acuisce una condizione di oggettiva fragilità dell'assistito immigrato e che l'acuirsi di tale condizione incide sulla piena efficacia delle misure di prevenzione secondaria e terziaria (di cui fanno parte le cure e la riabilitazione sanitaria e sociale) che il sistema abitualmente mette in atto. I Lsi sono persone spesso sole per carenza di capitale sociale, che avevano fondato il progetto migratorio sul lavoro, e che quando restano senza occupazione, nonostante l'indennizzo, sentono che la loro vita si è come spezzata e che bisogna cominciarne una nuova. L'impegno per sanare questa frattura può articolarsi su diversi fronti e direzioni, alcune delle quali delineate dalla ricerca presentata in questo libro, altre ancora da esplorare, come messo in evidenza dalle testimonianze raccolte.

Riferimenti bibliografici

Asr Regione Emilia Romagna (2007), *Disuguaglianze in cifre*, Dossier n. 145.

Astengo R., Broglio D., Palmieri P. (2006), *L'inserimento del mediatore interculturale in una sede Inail*, Atti del VI Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale, in www.inail.it.

Ben Leva A. (2001), *Diario di un infortunio*, in www.benleva.it e www.inail.it.

Bichi R. (2007), *La conduzione delle interviste nella ricerca sociale*, Carocci, Roma.

Blangiardo G.C. (a cura di) (2012), *L'immigrazione straniera in Lombardia. L'undicesima indagine regionale. Rapporto 2011*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.

Blangiardo G.C. (a cura di) (2011), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La decima indagine regionale. Rapporto 2010*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.

Blangiardo G.C. (a cura di) (2010), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La nona indagine regionale. Rapporto 2009*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.

Blangiardo G.C. (a cura di) (2009), *L'immigrazione straniera in Lombardia. L'ottava indagine regionale. Rapporto 2008*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.

Blangiardo G.C. (a cura di) (2008), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La settima indagine regionale. Rapporto 2007*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.

Blangiardo G.C. (a cura di) (2007), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La sesta indagine regionale. Rapporto 2006*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.

Blangiardo G.C. (a cura di) (2002), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La prima indagine regionale. Rapporto 2001*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.

Bury M. (1982), *Chronic illness as biographical disruption*, in "sociology of Health and Illness", vol. 4, n. 2, pp. 167-182.

Carmichael S., Hamilton C. (1992), *Black power*, Vintage Books, New York.

Casali C., Lagattolla N. (2002), *Qualità dei servizi sanitari Inail: organizzazione dell'ambulatorio prime cure, soddisfazione dell'utente, efficienza del servizio e riservatezza dei dati*, VI Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale, in www.inail.it.

Cesareo V., Blangiardo G.C. (a cura di) (2009), *Indici di integrazione. Un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana*, FrancoAngeli, Milano.

Costa G. et al. (2000), *Diseguaglianze nella salute: determinanti e politiche in Italia negli anni '90*, in www.gimbe.org/report/lea_2000/costa.doc.

Costa G., Gogliani F., Lemma P., Rossignoli F. (1994), *Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico*, in R. Beneduce, G. Costa, A.R, Favretto, D. Frigessi, F. Gogliani, P. Lemma, M. Pastore, F. Rossignoli, *La salute straniera, epidemiologia culture diritti*, ESI, Roma.

Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di) (2004), *Disuguaglianze di salute in Italia*, in "Epidemiologia e prevenzione", vol. 28, n. 3 suppl., pp. 1-161.

Costa G., Spadea T., Faggiano F., Cardano M. (2000), *Diseguaglianze nella salute: determinanti e politiche in Italia negli anni '90*, in www.gimbe.org/report/lea_2000/costa.doc.

Cross T.L., Bazron B.J., Dennis K.W. Isaacs M.R. (1989), *Towards a culturally competent system of care*, Georgetown University, Washington DC.

De Luca M.G., Calandriello L., Bindi L. (2008), *Il fenomeno infortunistico tecnopatico nei lavoratori stranieri. Aspetti sociali e di prevenzione*, atti del VII Convengo di medicina legale previdenziale, in www,inail.it.

De Martino E. (2002), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

Di Nunzio D., Glossi E. (in corso di pubblicazione), *Il lavoro offeso. Indagine sul difficile percorso per il riconoscimento dei diritti delle vittime di infortuni sul lavoro nelle costruzioni*, Rapporto di ricerca Ires-Fillea Cgil 2009.

Farina P., Menonna A. (2008), *Gli infortuni sul lavoro tra gli immigrati stranieri, la conoscenza dell'Inail e la frequenza dei corsi di formazione prevenzione*, in F. Marcaletti (a cura di), *Lavoratori immigrati e fenomeno infortunistico in provincia di Sondrio*, Osservatorio provinciale di Sondrio, Fondazione Ismu, Milano, pp. 27-34.

Fassin D. (2006), *La biopolitica dell'alterità*, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano.

Fondazione Ismu (2012), *Diciassettesimo Rapporto sulle migrazioni 2011*, FrancoAngeli, Milano.

Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità (2012), *Rapporto 2011. Gli immigrati in Lombardia*, Milano.

Iprs (Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali) (2008), *Assicurare la sicurezza: quale possibile modello di prevenzione e tutela della salute per i lavoratori extracomunitari?*, rapporto di ricerca, Roma.

Leavitt R.L. (a cura di) (1999), *Introduction to Cross-cultural Rehabilitation: An International Perspective*, W.B. Saunders, London.

Marmot M.G. (2004), *The Status Syndrome. How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, Holt Paperbacks, New York.

Marshall T.H. (1976), *Cittadinanza e classe sociale*, Utet, Torino.
Mascagni G. (2010), *Diseguaglianze sociali e salute*, Atti del "Workshop Salute e società globale", in occasione del X Convegno nazionale dell'Associazione Italiana di Sociologia "Stato, nazioni, società globale", in www.unimi.it/cataloghi/eventi/stati_nazioni_societa_sociale_programma.pdf.
Menonna A. (2008), *Il fenomeno infortunistico tra gli immigrati stranieri in Italia*, in F. Marcaletti (a cura di), *Lavoratori immigrati e fenomeno infortunistico in provincia di Sondrio*, Osservatorio provinciale di Sondrio, Fondazione Ismu, Milano, pp. 19-26.
Menonna A. (2002), *Le condizioni abitative degli immigrati stranieri, con particolare riferimento alla provincia di Lecco*, tesi di laurea, Facoltà di Scienze Statistiche, Università di Milano-Bicocca, Milano.
Pittau F., Spagnolo A. (a cura di) (2003), *Immigrati e rischio infortunistico in Italia*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, in www.istitutoaffarisociali.it.
Savona E.U., Di Nicola A., Vettori B. (a cura di) (2008), *Gli infortuni sul lavoro. Dall'analisi delle cause alla loro prevenzione*, FrancoAngeli, Milano.
Sayad A. (1991), *L'immigration ou le paradoxes de l'altérité*, De Boeck & Larcier, Paris, Bruxelles.
Tavolaro M., Castaldo V., Allamprese P. (2006), *Il reinserimento lavorativo postinfortunio: le attività sociosanitarie per il reinserimento. Spunti di riflessione alla ricerca di buone prassi*, Atti del VI Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale, in www.inail.it.
Tognetti Bordogna M. (a cura di) (2008), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
Whitehead M. (1990), *The concepts and principles of equity and health*, Who, Regional Office for Europe, Copenaghen.

Allegati

Allegato 1

Questionario
Esiti medico-riabilitativi dei cittadini stranieri infortunati: successi, insuccessi, progressi

QUEST N. ☐☐☐

Le chiediamo di compilare *per intero* il questionario: ogni sua risposta per noi è importante e il tutto si dovrebbe concludere in circa 20/30 minuti.
Il questionario è *completamente anonimo*: le sue risposte saranno strettamente confidenziali, usate solo per scopi di ricerca scientifica e trattate a fini statistici in modo che nessuno possa risalire alle singole risposte. Si garantisce la massima riservatezza sui dati forniti in linea col D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche.
Grazie per la collaborazione.

Sezione I – Caratteristiche socio grafiche

1. Anno di nascita 1 9 |__|__|

2. Sesso
1. M
2. F

3. Comune di residenza .....

4. Provincia di residenza .....

5. Quale cittadinanza possiede? …….

6. È nato in Italia?
1. No
2. Sì

7. [Per chi non è nato in Italia] **In che anno è arrivato in Italia?**
|__|__||__|__| 99. Non dichiara

8. Qual è la Sua condizione giuridica attuale?

1.	Ho il permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno)	1
2.	Ho il permesso di soggiorno a tempo determinato	2
3.	Ho un altro valido titolo di soggiorno (visto, permesso speciale)	3
4.	Sono in attesa del permesso o di un altro valido titolo di soggiorno	4
5.	Ho cittadinanza italiana	5
6.	Ho cittadinanza europea	6

9. Qual è il titolo di studio più alto che ha ottenuto nel paese di origine?

1.	Nessuno	1
2.	Licenza elementare (o equivalente)	2
3.	Diploma di scuola media inferiore (o eq.)	3
4.	Diploma di scuola media superiore (o eq.)	4
5.	Laurea	5
6.	Altro	6

10. Totale anni di studio in Italia |__|__| Non dichiara: 99

11. Frequenta ora un corso di studi in Italia?
1. No
2. Sì
99. Non dichiara

12. Se sì quale?:
1. Corso di Laurea:
2. Corso di Formazione Professionale
3. Altro
99. Non dichiara

13. Qual è il Suo titolo di studio valido per l'Italia:

_____

99. Non dichiara

14. Qual è, secondo la Sua valutazione, il Suo livello di conoscenza della lingua italiana scritta? *(una risposta per riga)*

		Per niente	Poco	Abbastanza	Bene	Molto bene	N.d.
1.	Leggo l'italiano	1	2	3	4	5	99
2.	Scrivo l'italiano	1	2	3	4	5	99

15. Ha frequentato un corso di italiano?

	No	Sì	N.d.
1. Al paese di origine	1	2	99
2. In Italia	1	2	99

16. Qual è il suo stato civile?

1.	Celibe/nubile	1
2.	Coniugato/coniugata	2
3.	Separata/separato; divorziato/divorziata	3
4.	Vedovo/vedova	4

17. Qual è la sua religione?

1.	Musulmana	1
2.	Cattolica	2
3.	Ortodossa	3
4.	Copta	4
5.	Altra cristiana	5
6.	Buddista	6
7.	Induista	7
8.	Sikh	8
9.	Nessuna	9
10.	Altro	10
99.	Non dichiara	99

18. Quante persone vivono con Lei presso la Sua abitazione?
[escludendo se stesso)

19. [se risponde con un numero diverso da 0] **Chi e quante sono queste persone?**

1.	Amiche, amici	__	
2.	Cugini/e	__	
3.	Figli, figlie	__	
4.	Fratelli, sorelle	__	
5.	Genitori	__	
6.	Marito/moglie	__	
7.	Partner	__	
8.	Altro parente	__	specificare: _____
9.	Altro non parente	__	specificare: _____

20. Dove si trova ora il Suo nucleo familiare? [Per "nucleo familiare" intendiamo, se "coniugato", il coniuge e i figli/famiglia di origine se non "coniugato"]

1.	Tutto in Italia	1
2.	Parte in Italia, parte nel Paese di origine o in altri Paesi	2
3.	Tutto nel Paese di origine	3

21. Dove abitava prima dell'infortunio?

1.	Casa di proprietà	1
2.	Casa in affitto	2
3.	Stanza in affitto	3
4.	Posto letto in affitto	4
5.	Ospite presso parenti/amici/conoscenti	5
6.	Sul luogo di lavoro	6
7.	Pensione/albergo/residence	7
8.	Altro	8
99.	Non dichiara	99

22. A seguito dell'infortunio (esclusa la fase di ricovero e/o la fase riabilitativa in ospedale o centro attrezzato)…

1.	Ha cambiato temporaneamente alloggio?	1
2.	Ha cambiato definitivamente alloggio?	2
3.	Ha mantenuto la situazione abitativa precedente?	3
99.	Non dichiara	99

23. Se ha cambiato temporaneamente/definitivamente alloggio, perché? *(una sola risposta, indicare la motivazione principale)*

1.	Bisogno di assistenza	1
2.	Riduzione del reddito	2
3.	Altro	3
99.	Non dichiara	99

24. Se ha cambiato definitivamente alloggio, dove abita ora?

1.	Casa di proprietà	1
2.	Casa in affitto	2
3.	Stanza in affitto	3
4.	Posto letto in affitto	4
5.	Ospite presso parenti/amici/conoscenti	5
6.	Sul luogo di lavoro	6
7.	Pensione/albergo/residence	7
8.	Altro	8
99.	Non dichiara	99

25. La situazione abitativa attuale è peggiorata rispetto a prima dell'infortunio?

1. No
2. Sì

99. Non dichiara

<u>Sezione II – Caratteristiche occupazionali</u>

26. Prima di arrivare in Italia Lei aveva già svolto un'attività lavorativa nel Suo paese di origine? 1. No
2. Sì

27. [Se risponde sì] **Di che tipo?**

_____ Partire dal lavoro attuale/ultimo lavoro svolto
[definire Settore] 99. Non dichiara

28. Al momento dell'incidente, qual era la sua occupazione?

_____ [definire Settore] 99. Non dichiara

29. È soddisfatto del suo lavoro attuale (o dell'ultimo lavoro svolto)?

1. No 2. Sì 99. Non dichiara

30. Le è capitato di cambiare almeno una posizione lavorativa in Italia?

1. No
2. Sì

99. Non dichiara

31. [Se ha cambiato almeno una posizione lavorativa in Italia] **Può indicare se nel Suo lavoro attuale, rispetto al precedente, sono migliorati o peggiorati uno di questi aspetti?**

		Migliorato	Invariato	Peggiorato	N.d.
1.	Retribuzione/guadagno	1	2	0	99
2.	Condizione contrattuale	1	2	0	99
3.	Stabilità	1	2	0	99
4.	Livello di responsabilità	1	2	0	99
5.	Vicino alle proprie competenze	1	2	0	99
6.	Soddisfazione personale	1	2	0	99

32. Quando ha cominciato a lavorare *col suo ultimo datore di lavoro*, è stato informato sui rischi connessi al lavoro?
1. No
2. Sì
99. Non dichiara

33. Ritiene di essere a conoscenza dei principali fattori di rischio per gli infortuni sul lavoro?
1. No
2. Sì
99. Non dichiara

34. Sul luogo di lavoro, venivano adottate regolarmente le corrette misure di sicurezza e prevenzione?
1. No
2. Sì
99. Non dichiara

Sezione III – Le caratteristiche dell'infortunio

35. Ora dell'infortunio (00.00) |__|__|.|__|__|

36. Data dell'infortunio (gg/mm/aaaa) |__|__|/|__|__|/|__|__||__|__|

37. Come si è infortunato? (aperta)

1. A contatto con	1	[Per l'intervistatore: la domanda è aperta, a seguito della risposta si farà la codifica seguendo lo schema proposto a lato]
2. Ha calpestato	2	
3. Si è colpito con qualcosa	3	
4. Sollevando, spostando	4	
5. Ha urtato contro	5	
6. Piede in fallo/movimento incoordinato	6	
7. Impigliato, agganciato a	7	_____
8. Schiacciato da	8	
9. Caduto in piano	9	
10. Caduto dall'alto	10	
11. Sono stato investito	11	
12. Ustione termica/chimica	12	
13. Altro	13	
99. Non dichiara	99	

38. A seguito dell'infortunio quale livello di limitazione ha subito finora, nelle seguenti attività:

	Nessuna	Parziale	Totale	N.d.
. Attività domestiche	0	1	2	99
. Attività lavorative	0	1	2	99
. Tempo libero	0	1	2	99

39. Le conseguenze dell'infortunio hanno comportato una permanenza a letto?

1. No
2. Sì

99. N.d.

40. Se sì, In casa, per giorni |__|__| 99. Non dichiara

41. Se sì, In ospedale, per giorni |__|__| 99. Non dichiara

42. A seguito dell'infortunio ha praticato terapie riabilitative:

1. Presso domicilio N. tot. gg___
2. Presso ospedale o struttura convenzionata N. tot. gg___
3. Presso strutture private non convenzionate N. tot. gg___

43. Nel passato ha subito altri infortuni?

1. No
2. Sì
99. N.d.

44. [Se sì alla 43] **Ha avuto bisogno di pratiche riabilitative?**

1.	Sì, concluse con successo	1
2.	Sì, ma non hanno avuto successo	2
3.	No	3
99.	Non dichiara	99

45. A seguito del suo penultimo infortunio ha ripreso la posizione da lei precedentemente ricoperta?

1.	Sì	1
2.	No: ormai non potevo più ricoprire quella mansione	2
3.	No: nel frattempo ho trovato un'altra occupazione	3
99.	Non dichiara	99

Sezione IV – Destinazione INAIL

46. Conosceva INAIL prima dell'incidente? **1. No**
2. Sì

47. Chi le ha suggerito di recarsi in INAIL a seguito dell'infortunio?

1 Datore di lavoro
2 Medico di base
3 Medico al pronto soccorso
4 Connazionale/amico
5 Collega
6 Lettera Inail
7 Altro

48. Dopo il suo (ultimo) infortunio, da chi si è fatto visitare per primo?

1.	Da un medico del pronto soccorso	1
2.	Dal mio medico curante	2
3.	Altro	3

49. Si è rivolto all'INAIL solo per la certificazione o anche per la terapia?

1. Solo per la certificazione: la terapia l'ho seguita in una struttura indicatami dal medico curante/in ospedale 1
2. Per la certificazione e per una parte di terapia 2
3. Per la certificazione e per tutta la terapia 3

<u>Di seguito le rivolgerò alcune domande relative agli uffici dell'INAIL</u>

50. ACCESSIBILITA' AGLI UFFICI

	No	Sì
1. Gli orari sono funzionali alle mie esigenze	1	2
2. Ho avuto difficoltà a superare delle barriere architettoniche	1	2
3. Altro, specificare …….	1	2

51. Le informazioni/istruzioni ricevute sono state chiare e complete?

1. Molto 2. Abbastanza 3. Per niente

52. Era presente un mediatore culturale?

1. No
2. Sì

53. Se no, pensa che la presenza di un mediatore culturale le sarebbe stata d'aiuto nella comunicazione con gli operatori?

1. No
2. Sì

53.bisNOTA_____
_____
_____
(segnalare se sia importante la presenza di un mediatore culturale per gli stranieri in generale)

54. Se sì,

1. Nel rapporto con gli operatori sanitari (medici, infermieri) 1
2. Nell'espletamento dell'iter burocratico 2

Sezione V – La terapia in INAIL

[solo per chi ha usufruito della terapia presso l'INAIL (risposte 2 e 3 alla dom. 49 Se ha usufruito di altre strutture (risposta 1 alla dom.49, andare alla domanda 64]

Le chiederò ora di valutare il servizio di riabilitazione seguito presso l'INAIL. Per ciascuno degli argomenti le chiedo di esprimere un giudizio	
55. Orari in cui seguire la terapia	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
56. Tempi di attesa per effettuare le terapie	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
57. Professionalità del personale medico	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
58. Capacità di ascolto del personale medico	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
59. Professionalità del personale paramedico (infermiere, fisioterapista, etc.)	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
60. Capacità di ascolto del personale paramedico (infermiere, fisioterapista, etc.)	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo

61. ACCESSIBILITA' ALLA TERAPIA

	No	Sì
1. Ho avuto difficoltà a superare delle barriere architettoniche	1	2
2. Altro, specificare …….	1	2

62. Ha avuto qualche dubbio su come seguire la terapia?
1. No
2. Sì

63. In generale, durante la terapia, era presente qualcuna di queste figure di supporto?

		63.a Psicologo	63.b Mediatore
1.	Sì, ma non è servito a molto	1	1
2.	Sì, ed è servito	2	2
3.	No, e ne ho sentito la mancanza	3	3
4.	No, e non ne ho sentito la necessità	4	4

Sezione VI – La terapia nel sistema sanitario pubblico - ASL/Ospedale

[risponde solo chi ha risposto 1 o 2 alla domanda 49. Chi ha risposto 3 passa alla domanda 74]

64. Come ha individuato la struttura presso la quale effettuare il percorso di riabilitazione? (per favore, una sola risposta; se indica più figure, chiedere qual è stata la più decisiva nella scelta)

1.	Me l'ha segnalato un collega	1
2.	Me l'ha segnalato il mio medico curante	2
3.	Ho cercato informazioni su internet	3
4.	Me l'hanno indicata in ospedale	4
5.	Segnalato amico/conoscente	5
6.	Segnalato da Inail	6
7.	Conosceva da sé	7

Le chiederò ora di valutare il servizio di riabilitazione seguito ASL/Ospedale. Per ciascuno degli argomenti le chiedo di esprimere un giudizio	
65. Orari in cui seguire la terapia	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
66. Tempi di attesa per effettuare le terapie	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
67. Professionalità del personale medico	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
68. Capacità di ascolto del personale medico	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo

69. Professionalità del personale paramedico (infermiere, fisioterapista, etc.)	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo
70. Capacità di ascolto del personale paramedico (infermiere, fisioterapista, etc.)	1 ottimo 2 buono 3 scarso 4 pessimo

71. ACCESSIBILITA' AI CIRCUITI RIABILITATIVI

	No	Sì
1. Ho avuto difficoltà a superare delle barriere architettoniche	1	2
2. Altro, specificare …….	1	2

72. Ha avuto qualche dubbio su come seguire la terapia riabilitativa?

1. No
2. Sì

73. In generale, durante la terapia, era presente qualcuna di queste figure di supporto?

	73.a Psicologo	**73.b Mediatore**
1. Sì, ma non è servito a molto	1	1
2. Sì, ed è servito	2	2
3. No, e ne ho sentito la mancanza	3	3
4. No, e non ne ho sentito la necessità	4	4

<u>PER TUTTI: CON PERCORSO DENTRO E/O FUORI INAIL</u>

74. Ha dovuto trovare lei da solo un centro dove fare terapia di riabilitazione?

1. No
2. Sì

75. Se sì, perché? *(una sola risposta; scegliere la più importante)*

1. I tempi di attesa erano troppo lunghi 1
2. La sede convenzionata era troppo scomoda da raggiungere 2
3. La sede convenzionata aveva orari che per me non erano comodi/praticabili 3

76. Ha dovuto pagare per:

	No	Sì
1. Il ticket per le visite	1	2
2. Ausili (stampelle, ecc.)	1	2
3. Visite specialistiche private	1	2
4. Ciclo di terapia	1	2
5. Esami	1	2
6. Farmaci	1	2

7. Altro (specificare)
_____

Sezione VII – In sintesi

77. Le hanno illustrato il percorso medico/riabilitativo che avrebbe affrontato?

1. No
2. Sì

78. Le erano chiare le conseguenze mediche?

1. No
2. Sì

79. Il percorso di riabilitazione è stato portato a termine nei modi previsti?

1. Sì 1
2. No: è durato più del previsto 2
3. No: è durato meno del previsto 3

80. [se è durato PIU' del previsto] **Perché?**

1. Ci son state complicazioni impreviste 1
2. I tempi di attesa erano troppo lunghi 2
3. Altro, specificare _____ 3

81. [se è durato MENO del previsto] **Perché?**

1. Era meno grave del previsto 1
2. Mi son trasferito in un'altra città 2
3. Non vedevo risultati 3
4. Altro, specificare _____ 4

82. Il ciclo di terapie effettuato si è concluso con successo?

1. No
2. Sì
3. Non si è ancora concluso

83. Al termine del ciclo di terapie sarà reintegrato nel suo posto di lavoro?

1. No
2. Sì
3. Non so

84. Se risponde no o non so, specificare i motivi

1. Rimasto invalido
2. Scadenza contratto
3. Dipende dal datore di lavoro
4. Dipende dalla guarigione
5. Chiusura ditta
6. Licenziato
7. Cambio lavoro

85. A seguito dell'infortunio sono cambiati i suoi programmi per il futuro?

1. No
3. Sì

86. Se sì, in che termini?

1.	Ha interrotto il ciclo di studi	1
2.	Ha interrotto l'iter di ricongiungimento	2
3.	Non è rientrato al paese di origine definitivamente come prevedeva	3
4.	Non si è sposato	4
5.	Crede che lascerà l'Italia	5
6.	Peggioramento della condizione lavorativa attesa	6
7.	Brusca riduzione di reddito	7
8.	Altro_____	8

87. [se sì alla 85] **Le era stato subito chiaro in che modo le conseguenze dell'infortunio avrebbero inciso sui suoi programmi per il futuro?**

1. No
2. Sì

88. Quali servizi sanitari ha utilizzato nel corso dell'ultimo anno, esclusi quelli relativi al suo infortunio?

	No	Sì
Pronto soccorso	1	2
Viste specialistiche in ospedale	1	2
Visita specialistica pediatrica	1	2
Ricovero in ospedale	1	2
Nessun servizio	1	2

[Se risponde NO a tutti i servizi, passare alla domanda 90]

89. Se ha già utilizzato servizi sanitari in Italia, come si è trovato?

1. Molto bene 1
2. Discretamente bene 2
3. Male 3
4. Molto male 4

90. Conosce il suo medico di base?

1. Non lo conosco perché non lo utilizzo mai 1
2. Lo conosco molto poco 2
3. Sì lo conosco e lo utilizzo 3

99. Non dichiara 99

Grazie della collaborazione!

Per il rilevatore
Nome_____
Cognome_____

91. Livello di conoscenza della lingua italiana dell'intervistato
1. Ottimo
2. Buono
3. Sufficiente
4. Scarso

92. Provincia di rilevazione _____

93. Data di rilevazione _____/_____/_____

94. L'intervistato si mostra particolarmente collaborativo:
Sì No

95. L'intervistato ha una storia interessante ai fini della nostra ricerca
Sì No

Se alle domande 94 e 95 si ottengono risposte affermative, chiedere la disponibilità a rilasciare un'intervista in profondità e rilevare:

Nome_____
Cognome_____
N. tel._____
Possibile luogo dell'incontro_____

Note dell'intervistatore
_____

_____

_____

_____

_____

Allegato 2

TRACCIA INTERVISTA SEMISTRUTTURATA PER LAVORATORI EXTRACOMUNITARI INFORTUNATI IMPEGNATI IN UN PERCORSO DI RIABILITAZIONE

L'intervista con i lavoratori immigrati infortunati intende verificare:

1) la presenza di eventuali elementi nella modalità di erogazione del servizio (sia nella fase informativa, sia nella fase trattamentale, sia nella fase di reinserimento) che costituiscono una barriera all'adeguata presa in carico;
2) la percezione del soggetto infortunato rispetto alle modalità di erogazione del servizio (se cioè tali modalità lo allontanano o lo avvicinano al servizio) e la presenza di eventuali fattori culturali o legati alla sua esperienza migratoria che rendono poco disponibile l'immigrato a prendersi cura di sé, a dedicare tempo al percorso di riabilitazione ed a reagire adeguatamente a questo;
3) la valutazione dell'immigrato sul percorso di riabilitazione intrapreso e sull'esito dello stesso.

La traccia del percorso che segue è puramente indicativa ed è strutturata sulle seguenti aree tematiche:

A) ANAMNESI BIOGRAFICA E LAVORATIVA DELL'IMMIGRATO

1) Cittadinanza:

2) Età:

3) Sesso: maschio ☐ femmina ☐

4) Anno di arrivo in Italia:

5) Livello di istruzione;

6) Competenze professionali nel paese d'origine;

7) Settore lavorativo nel quale era occupato al momento dell'infortunio e mansioni ricoperte;

8) Mesi o anni di impiego nel settore lavorativo indicato;

9) Tipologia contrattuale;

10) Comune e provincia del luogo di lavoro dove è occorso l'infortunio;

11) Precedenti infortuni: settore lavorativo, città.

B) L'INFORTUNIO

Le domande devono essere orientate a capire non solo le modalità attraverso le quali l'infortunio si è verificato (scarso addestramento, poca esperienza, mancato rispetto norme antinfortunistiche, stanchezza, pericolosità, destino…) e le conseguenze psico-fisiche determinate (inabilità temporanea o menomazione permanente) ma soprattutto la tonalità emotiva che il ricordo di questo evento suscita nell'immigrato, come questi abbia reagito alla situazione vissuta, quanto si sia sentito assistito.

C) LA RIABILITAZIONE

Anche nel caso della riabilitazione, cogliere la tonalità emotiva permetterà di acquisire ulteriori informazioni, oltre che sulle modalità del percorso seguito (frequenza, tipologia, supporto ricevuto, comunicazione), anche sul grado di alleanza terapeutica tra medico e paziente durante la presa in carico, sul perché questo eventualmente non sia accaduto, su come poteva essere svolto diversamente il servizio, su quanto sia stato fiducioso, su quanto sia stato disponibile alle cure, ai tempi, al trattamento, ai percorsi riabilitativi.

Complessivamente, si deve cercare di cogliere e fissare le espressioni utilizzate nella descrizione del percorso di riabilitazione narrato, e nel rapporto con i medici, gli infermieri, il personale dell'INAIL o delle strutture sanitarie, gli assistenti sociali, magari sollecitando l'immigrato con domande volte a stimolare paragoni e confronti con un'analoga situazione nel suo paese (se avesse fatto la stessa cura nel suo paese, avrebbe ottenuto gli stessi effetti? Se si fosse infortunato nel suo paese avrebbe ottenuto lo stesso livello di assistenza, calore umano, solidarietà?) al fine di cogliere, anche indirettamente, gli elementi di fragilità percepiti nel percorso di cura.

D) VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL PERCORSO

Ritiene di aver recuperato totalmente la sua efficienza lavorativa?

Esprima un valore percentuale che rappresenti questo recupero?

Ha avuto bisogno di una riprofessionalizzazione?

Hanno prevalso elementi positivi o negativi nel percorso di cura intrapreso?

Ritiene di essere stato adeguatamente assistito?

Ritiene che il personale che lo ha seguito a tutti i livelli sia stato in grado di capire la sofferenza da lei provata?

Allegato 3. Le testimonianze dei lavoratori immigrati

A cura di *Oana Marcu*

1. Morisyen, 25 anni

Morisyen è nato alle Mauritius, ha 25 anni ed è arrivato in Italia nel 2001. Ha studiato in un istituto professionale, profilo turistico. Lavora in un ospedale milanese, con un contratto a tempo determinato.

L'intervista si svolge a casa sua, dove abita con la famiglia. Ha un ottimo livello di lingua italiana, si dimostra disponibile e sembra che l'occasione sia anche per lui un momento di riflessione. Questa osservazione deriva anche dal fatto che, secondo quanto dichiarato, Morisyen non ha parlato con nessuno, a parte il medico che lo ha seguito, del suo incidente e della riabilitazione. Nonostante la famiglia fosse a casa al momento dell'intervista, rimangono in un'altra stanza.

Ricercatore: Mi racconti un po' il tuo incidente, tutto quello che è successo?

Intervistato: È successo che mi sono infortunato al lavoro e quando è successo l'infortunio il mio datore di lavoro mi aveva portato al pronto soccorso e lì ci sono stati gli accertamenti e al pronto soccorso è stato tolto del liquido dall'interno del ginocchio e tramite la lastra il dottore del pronto soccorso ha messo un punto di domanda per quanto riguarda una rottura del legamento che lì per lì non si poteva verificare perché il ginocchio era ancora gonfio. Allora mi ha messo una stecca, che ho tenuto per due settimane e poi dopodiché ho fatto una risonanza magnetica, fatta la ricetta da lui. Ho fatto la risonanza e lì si è rivelato definitivo c'era una rottura del legamento anteriore. Poi dopodiché mi ha messo in lista d'attesa per quanto riguarda l'intervento che purtroppo lì è andato oltre i tempi perché è passato più di un mese perché mi chiamassero per l'intervento. Dopodiché nel frattempo ci sono stati vari controlli all'Inail per vedere se mi avevano chiamato, il ginocchio com'era, tutte queste cose qui. Poi, infatti avevo un appuntamento all'Inail per venire a controllare il ginocchio. Lo stesso giorno, mi ha chiamato l'ospedale. Mi sono presentato per l'intervento, e sono stato in ospedale circa 4 [conta], 6 giorni. In quei 6 giorni in ospedale ho chiamato l'Inail, ho detto "guarda, non mi sono presentato perché sono in ospedale, non

mi sono potuto presentare". E loro mi hanno detto "non c'è nessun problema" e mi hanno detto una data, tramite il telefono, per presentarmi. E io mi sono presentato che stavo ancora camminando con le due stampelle e lì si è riavviata la pratica. Poi durante questi 20 giorni c'è stato un problema. Quei giorni lì non sono stati trascritti sul foglio perché gli copriva, c'era scritto sul foglio, dell'ospedale, che ero in ospedale. E infatti mi sono ritrovato senza, mi sono ritrovato 300 euro in meno che l'azienda non me li ha dati perché dice che non è dell'Inail, non ha visto il foglio dell'Inail e allora, secondo loro, è assenza ingiustificata. Cioè, della serie che me ne stavo andando a giocare chissà dove, quando io ero a casa con due stampelle.

I: Ho capito.

R: Cioè, che poi avevo pure i punti sul ginocchio dov'è impossibile camminare.

I: Perché quando tu non ti sei presentato, avevano sospeso la tua pratica.

R: L'Inail ha continuato, però il problema è che non è stato trascritto sul foglio dell'Inail, però era trascritto sul foglio dell'ospedale. Però l'azienda dove lavoro mi dice che serviva il foglio dell'Inail. Il foglio dell'ospedale secondo loro non vale, non è una giustifica. Infatti, non mi hanno retribuito i 300 euro. E poi ho fatto, durante questi, poi dopo il post-intervento ci sono state delle complicazioni per quanto riguarda il ginocchio, perché si era, si continuava a formare del liquido. E mi presentavo dal chirurgo che mi ha operato che mi ha aspirato il liquido e che poi si è riformato ancora. E allora lui ha deciso di non riassorbire più il liquido ma di farlo asciugare da solo e questo ha portato i tempi un po' più lunghi per riprendere il lavoro. E infatti, tuttora, adesso, cammino, quando faccio circa un'ora di camminata mi si rigonfia il ginocchio. E poi io ho chiesto al medico "come mai queste cose qui", mi ha detto che è dovuto alla post-operazione, ai martelli che ha preso, per il problema del liquido, e allora ha allungato un po' i tempi del recupero. Poi dal punto di vista dell'Inail è andato, tranquillamente, cioè, a parte questo malinteso diciamo tra l'Inail e la mia azienda che non si è riusciti a trovare un foglio. Infatti mi sono presentato all'Inail e gli ho detto se per voi questi giorni sono giustificati e loro hanno detto sì, sì, per loro non c'è nessun problema, il problema è che non avevo nessun foglio da portare al lavoro. Per l'Inail considerava giustifica quel foglio dell'ospedale, dell'intervento, mentre a lavoro, no. E allora si sta aspettando tra 20 giorni che chiuderanno la pratica e mi daranno a me e a lavoro i vari fogli, e da lì spero che l'azienda veda che i fogli erano giustificati. Perché alla fine ero a casa e non potevo nemmeno muovermi. Infatti ero rimasto con l'Inail che dopo due settimane mi sarei presentato, me l'hanno detto loro, visto che avevo appena fatto, ero uscito dall'intervento. Facevo veramente fatica, che in più c'era il problema del ginocchio che era pieno di liquido ancora. Che si faceva ancora più fatica a piegare il ginocchio e a fare i movimenti. Infatti, me l'ha detto pure il dottore, però adesso rispetto all'intervento adesso il liquido si è riassorbito un po', l'unico problema che ho è che quando camino, dopo circa un'ora, mi si gonfia un po'. Il resto tutto bene. Poi la riabilitazione [con fisioterapia] non c'è stata, che noi pensavamo, pure io pensavo di fare una riabilitazione, invece no, la riabilitazione consisteva nello stare a casa, fare degli esercizi che mi avevano spiegato in ospedale. Infatti,

ho fatto questi esercizi per rifare, per riprendere i movimenti di, i piegamenti, tutte queste cose qui. E tuttora continuo a farle, mi ha detto il dottore.

R: Il dottore dell'ospedale ti ha detto che non è necessario seguire la fisioterapia?

I: No, il dottore che mi ha fatto l'intervento mi ha detto che questa è la riabilitazione per, del ginocchio.

R: Dovevi farlo da solo.

I: Sì, sì, dovevo farlo da solo, la riabilitazione, se facevo la riabilitazione, si poteva peggiorare il ginocchio. La riabilitazione, diciamo, sono degli esercizi che servono a sforzare la muscolatura, queste cose qui, mentre a me non serviva quello. A me serviva più che altro recuperare i vari piegamenti, queste cose qui. Cioè piegarlo, tenerlo dritto il più possibile. Il mio non era per il muscolo. Poi dopo, in parte adesso, sto recuperando anche il muscolo, il muscolo sopra che si è afflosciato un po' perché non facendo tanto sforzo, si è un po' afflosciato. Infatti, adesso è tutto bene, per fortuna.

R: Quindi in tutto quanto è durato il tuo…

I: In tutto è durato, è iniziato il 14 di febbraio, contando febbraio, marzo, aprile, maggio, giugno, 5 mesi. È durato 5 mesi perché c'è stato lì il problema dell'ospedale. All'inizio c'era il problema che non riuscivo a trovare posto per l'intervento. E poi, dopo l'intervento c'è stato il problema del liquido che si formava in continuazione all'interno del ginocchio. Infatti, il dottore quando mi vedeva, infatti io andavo da lui quasi ogni due settimane dopo l'intervento. Mi vedeva e mi ha detto, tranquillamente, vieni da me tranquillamente, che ti guarderò io per fare le visite, visto che il ginocchio stava prendendo dei tempi più lunghi del previsto. E allora sono stato da lui e infatti tutt'ora mi controlla e anche tra, se non sbaglio il 19 di luglio mi ricontrollerà ancora. Sto facendo vari controlli da lui per capire com'è il ginocchio. E lui mi ha detto che per adesso si sta migliorando e infatti mi aveva dato altri 30 giorni di prognosi, che…

R: Questo medico come l'hai trovato?

I: Questo medico è stato veramente bravissimo. Secondo me è uno dei migliori sia dal punto di vista della disponibilità, della professionalità, a spiegare le cose e a dare, cioè a essere disponibile per qualsiasi visita, perché io alla fine non prenotavo le visite ma andavo direttamente da lui in reparto e mi controllava. Guardava il ginocchio, mi diceva "cerca di fare più esercizi, di piegarlo, oppure stai attento a fare quello". È stato veramente bravo. Poi infatti lui mi ha detto "vieni tranquillamente quando vuoi", per fare gli altri controlli, tutto questo.

R: Ma normalmente lavora in un ospedale, lui?

I: Sì, sì, ospedale Gaetano Pini.

R: È un ospedale ortopedico, no?

I: Sì, sono specializzati proprio per la, per le cose del ginocchio, per le ossa, per queste cose qui, ho capito. Loro sono specializzati in quello.

R: E diciamo normalmente, un paziente deve prenotare?

I: Sì, normalmente bisogna prendere prenotazione e poi andare in reparto. Però siccome la mia era, diciamo, una cosa complicata, perché si formava al ginocchio (…), e poi mi bloccava nel fare degli esercizi e poi recuperare più veloce. E allora lui mi ha detto di venire ogni due settimane, andavo da lui, mi controllava, faceva i vari controlli del ginocchio. Infatti, la prima volta mi ha riassorbito il liquido, poi dopo circa due settimane, lui mi aveva detto "fai gli esercizi", io avevo fatto gli esercizi, poi si è rigonfiato ancora e lì ha detto "se lo riassorbiamo ancora, va finire che sarà un continuo riassorbire e non va bene nemmeno. Ha detto, allora proviamo a fare così che il ginocchio assorba da solo il liquido". E questo significa ancora più tempo, perché non è come una siringa che assorbe in un minuto. Ci mette più di due settimane, mi sa. Piano, piano, piano, piano, infatti, tutt'ora secondo me lo sento pure io quando cammino, c'è un minimo di liquido. Però rispetto all'inizio, com'era gonfio. Infatti pure la dottoressa dell'Inail quando mi sono presentato dopo l'intervento mi guarda, mi ha visto il ginocchio, mi fa: "qua c'è del liquido". E infatti, subito dopo sono andato all'ospedale. E il dottore ha detto "sì, c'è del liquido", e lo ha riassorbito subito. Poi sono riandato e dopodiché ha detto "basta riassorbirlo", si è proceduto in questo modo. Che poi ha funzionato. Adesso non c'è più quasi niente. Solo che dopo il post-operazione, con tutti 'sti problemi ho fatto fatica a recuperare e adesso infatti, se faccio un'ora di camminata, dopo un'ora in piedi mi si rigonfia leggermente e inizia a far male. Perché è tutto dovuto al post-operazione che ha avuto un po' di traumi, queste cose qui. Adesso sto bene.

R: Ho capito. Ma praticamente questo medico era il tuo punto di riferimento,

I: Sì, sì, perché per fortuna era lui che mi aveva operato, e lui sapeva come gestire la situazione, è lui che mi dava i tempi, e lui che mi diceva cosa fare cosa non fare, perché alla fine sinceramente ero più, mi fidavo di più a lui, visto che è stato lui a mettere le mani nel mio ginocchio, so che l'ha fatto e so che cosa mi può consigliare perché è meglio. Infatti, per esempio, all'Inail mi è stato detto di fare del nuoto, poi sono andato da lui a chiederlo e lui mi ha detto di no. Perché? Perché lui sapeva che cos'era successo al ginocchio. Perché lui mi ha detto "se tu vai a fare nuoto adesso, ti ritrovi senza un ginocchio".

R: Era troppo presto?

I: Io mi sono spaventato. Pensa se seguivo il consiglio da parte della dottoressa dell'Inail. Lui: "mi sa di no", perché c'erano questi traumi che avevo avuto. Ha detto: se tu lo sforzi, va a finire che lo rompi completamente. Infatti, adesso, che sono passati due mesi e mezzo dall'intervento, mi ha consigliato di far un po' di nuoto. Però leggero, cyclette, questo cose qui, però senza, una cosa molto tranquilla.

R: Pian piano…

I: Sì, pian piano. Infatti adesso, pedalo un po' con la bicicletta, faccio un po' di cyclette, queste cose qui. Per recuperare anche un po' la muscolatura. Infatti, tante cose, mentre cammino, se vedo che ci sono cose strane, quando vado lì lo chiedo. E lui mi dice tranquillamente le risposte. Perché quando cammino, l'ultima volta gliel'ho detto, perché si rigonfia? E lui mi ha detto "è dovuto al post-operazione". E perché quando cammino sento il ginocchio cedere. Gli ho detto che quando cammino sento che sto per cadere. E lui mi ha detto perché il muscolo sopra si è afflosciato un po'. Non ha ancora gli stessi sforzi per… Infatti, cioè, tante cose me le dà tranquillamente lui le risposte. Infatti, anche all'ospedale mi hanno detto che è uno tra i più bravi. Mi è andato pure bene a trovarlo.

R: Ma come l'hai trovato, lui?

I: Lui, tramite la visita che mi è andato di fortuna, alla fine. Che lui non lo conosco, perché alla fine dopo il pronto soccorso il dottore mi ha dato la ricetta della risonanza magnetica, e io dovevo fare la ricetta della risonanza e portarlo da un medico. Io ho prenotato all'ospedale questa visita per riportare la risonanza e mi è capitato lui, come poteva capitare qualsiasi altro dottore.

R: Hai chiamato alla Asl per prenotare o sei andato direttamente all'ospedale per prenotarla?

I: Sì, sì, sono andato direttamente all'ospedale.

R: Per prenotare la risonanza?

I: Sì.

R: E hai trovato lui?

I: Ho fatto la risonanza poi, no, ho prenotato la risonanza poi ho prenotato anche una visita. Perché dopo aver fatto la risonanza io, dovevo portare la risonanza da un medico che la guardava che è capitato lui e lui l'ha guardata che mi ha consigliato di farla. Infatti all'inizio io ho detto "ma scusi, se io non la faccio gli serve, che problemi fanno? Non dicono niente, ti conviene farla, che tanto alla fine sei giovane". Infatti io non me ne intendevo di queste cose e infatti lui mi ha detto "se ci vuoi pensare lo puoi anche fare dopo quando vuoi" perché i legamenti è una cosa che mi aveva spiegato bene che se non lo fai subito non è un problema. Sì, non puoi correre ma puoi camminare, tutte ste cose qui. Diciamo che si adatta dopo un po' di tempo però comunque devi farlo. E allora parlando con lui gli ho detto vorrei farlo subito così me lo tolgo, per non stare con questo pensiero anche perché mi preoccupava il dottore del lavoro perché c'era di mezzo. Infatti poi mi aveva messo in lista di attesa e poi purtroppo è andato un po' coi tempi che pensavo che arrivasse prima. Tutto lì.

R: Ok, ti preoccupava il lavoro, no? Volevi tornarci il prima possibile, come mai che…

I: Sì, perché ci volevo ritornare prima perché avevo scadenza di contratto, mi sa domani, oggi, era il 30 giugno.

R: Hai un contratto a tempo determinato?

I: Sì, ho un contratto a tempo determinato. Sì perché ero preoccupato di 'sta cosa qui di rientrare subito al lavoro per non perdere il lavoro. Perché essendo, mi avevano spiegato che i tempi sarebbe stati lunghi per riprendersi dal lavoro e infatti ero preoccupato che magari non ero ancora pronto. Poi non rientravo più a lavoro. Poi per fortuna ho parlato a lavoro e mi hanno detto "nessun problema" e che poi durante e dopo l'intervento ci sono stati problemi di salute miei che c'è stato questo collasso al polmone. All'improvviso mentre stavo camminando mi si è afflosciato il polmone sinistro e mi è stato portato all'ambulanza dove ho fatto un intervento d'urgenza per rifar gonfiare il polmone e poi da lì ho fatto altri controlli che servivano per vedere come era il polmone. Poi facendo altri controlli si è visto che c'era ancora delle bolle sulle pareti e mi hanno consigliato di fare un altro intervento e…

R: Per il polmone?

I: Sì, per il polmone. Sì infatti io dovevo rientrare al lavoro lunedì e non son potuto rientrare perché ho spiegato a lavoro che c'è, ho avuto questo nuovo problema che mi porta a dover fare un altro intervento e loro mi hanno capito e mi hanno detto "tranquillo, fai l'intervento e poi ci rivediamo quando ti rimetti".

R: Quindi non c'è stato nessun problema per il rinnovo del contratto?

I: No, per quello no. Anzi mi hanno capito perché è capitato tutto, uno dietro l'altro. E perché poi io mi ero preoccupato e poi quando mi si è collassato il polmone e non avevo nemmeno capito cosa mi era successo perché sono, pensavo fosse un dolore normale e infatti sono rimasto a casa circa 12 ore. Poi dopo 12 ore non caricavo più aria.

R: Sentivi proprio che non riuscivi a respirare?

I: Non riuscivo più a respirare, dopo che erano già arrivate le 3 del mattino.

R: Ma non sei svenuto?

I: No, no.

R: In quel momento…

I: No, perché caricavo aria, facevo così [simula respiro asfittico] e poi usciva automaticamente. Poi ho chiamato l'ambulanza e loro pensavano, che magari era dovuto alle

medicine che avevo preso dopo l'intervento del ginocchio. Poi tramite una lastra hanno visto che il polmone si era afflosciato. E poi lì per lì hanno fatto un intervento veloce che serviva a rigonfiarlo. Poi dopo ho fatto altre visite e hanno riscontrato ancora bolle. Che adesso farò per fare scoppiare.

R: E come mai c'è questo problema? Perché appare? Non so tanto di medicina quindi…

I: Mi ha spiegato che è dovuto a una cosa mia di corpo. Può essere dovuto dalla mancanza di proteina, oppure da una questione genetica. Però che io sappia a livello genetico non ce l'abbiamo. Infatti abbiamo fatto delle analisi del sangue per vedere se è mancanza di proteine. E adesso infatti, martedì ho fatto il pre-ricovero per il polmone che adesso, sperando che all'inizio di luglio mi chiamino per l'intervento.

R: Anche qui devi aspettare un po'?

I: Spero di no, perché mi avevano detto all'inizio di luglio e spero che mi chiamino all'inizio di luglio. Anche perché sono rimasto d'accordo a lavoro che "devo rientrare tra virgolette per forza ad agosto", perché siccome alcuni partono. Giustamente, poi chi mi rimpiazza ha le ferie e in quel caso devo subentrare io.

R: Ho capito, e la ditta dove lavori com'è?

I: La ditta dove lavoro, dal punto di vista lavorativo sto bene, mi trovo molto bene dove sto. A livello economico è quello che è. Non è che sto, uhm, buon pagare, voglio dire. Però la cosa importante è che mi trovo meglio, mi trovo meglio. Cioè mi trovo bene, perché sto tranquillo, faccio le mie cose, tutto così.

R: È impegnativo come lavoro?

I: Impegnativo no. Non è faticoso, anzi. È molto, molto tranquillo. L'unica cosa è che, diciamo, non è, non ci sono degli orari, dei giorni fissi lavorativi. Perché sono 4 giorni di lavoro e 2 di riposo. E quei 2 di riposo non sono mai fissi sabato e domenica. Può essere sabato e domenica, settimana prossima lunedì e martedì, settimana ancora giovedì e venerdì. È quello diciamo, tra le sfortune. Però siccome mi trovo bene e non, cioè sono stati tranquillamente.

R: È un ristorante?

I: No, no, no. È un istituto psichiatrico, posti di riabilitazione per persone che hanno, che sono un po' imprevedibili dal punto di vista psicologico. Però io non ho contatti con loro, io, loro vengono, e vengono su a mangiare, poi basta. Sono 30, massimo 40 persone. Però, non è, non è pietà, è roba, cioè mangiano cose, casalinghe diciamo. Sono cose semplici. Poi sono, alla fine sono un primo, un secondo e un contorno. E si fa veloce. Per quello mi trovo bene. Anzi mi trovo pure bene con loro che apprezzano tante volte.

R: Il cibo?

I: Sì. Sì, sono contenti. Infatti sono andato a trovarli settimana scorsa, infatti mi dicevano "quando entri? Quando entri?". Eh sì, aspettiamo un po', mah!

R: È un bel mestiere?

I: Sì, sì per quello, è un bel mestiere, per me. Poi però anche per gli orari e queste cose qui. Non sono 8 ore di fila. Sono spezzati, cioè al mattino, poi al pomeriggio che finisci alle 8 di sera.

R: Però comunque rimani impegnato tutta la giornata?

I: Eh sì, essendo poi che è anche un po' lontano rispetto a dove abito io. Sono, ci metto il tempo che ritorno a casa, andare e ritornare lì, li ho spesi nel tragitto, tutto lì.

R: E poi devi stare sempre in piedi?

I: Eh sì anche quello, adesso, infatti, infatti mi stavo preoccupando per rientrare al lavoro, subito, perché a me mi era stato dato i 30 giorni però l'Inail non li ha calcolati, l'ortopedico dell'Inail mi ha detto "entri lunedì!", non ho capito il perché però. Poi sono andato a parlare con il datore di lavoro e gliel'ho detto anzi che non potevo rientrare, con un altro dottore. Tutto qui.

R: Come mai che, cioè, l'ultima volta che ci sei andato ti hanno dato 30 giorni?

I: Sì.

R: Quando sono scaduti?

I: No, no, no, io prima di prenotarmi all'Inail facevo le visite dal dottore che fa, dal chirurgo che mi ha operato e lui controllava come stavo e mi dava i giorni di prognosi, e questi giorni li portavo all'Inail, che io sappia dovrebbero guardare queste cose e poi dare i giorni. Però l'ultima, diciamo, non è stata, tra virgolette, considerata.

R: Il medico ti ha dato 30 giorni?

I: Il dottore…

R: E invece il medico dell'Inail non ha validato?

I: Il medico non ha validato, uhm, decidono loro.

R: Sei dovuto andare tante volte all'Inail?

I: Sì, parecchie. Mi sono presentato tante volte all'Inail. Che poi anche lì, non è che, non è che mi dava fastidio perché era a spese mie. Spendevo ogni volte per la lettera

da mandare al datore di lavoro, alla fine andavo tante volte e lì erano sempre 5 euro, 5 euro, 5 euro di raccomandata con ricevuta di ritorno.

R: Ah, per mandare tutti i certificati?

I: Sì, eh! Li mettevo a spese mie e lì no, li mandavo, no? Solo per questo. Alla fine spendi il biglietto per andare, poi ritorni, poi devi andare in posta, sono sempre spese, voglio dire.

R: Eh sì, e come ci andavi?

I: Con i mezzi.

R: Non mi rendo conto di quanto è lontano.

I: No, no, no qui c'è una strada che ci metto circa 20 minuti. 15-20 minuti, è vicino come posto, non avevo nessuna… Sì, all'inizio, per andarci sì. Quando ho fatto l'intervento sì, è stato faticoso. Per fare le scale della metro, queste cose qui. Perché se no dovevo prendere un taxi e pagare sempre a spese mie. Lì non si può ogni volta spendere 20 euro, 20 euro, 20 euro, 20 euro, in alcuni casi loro mi controllavano ogni 2-3 settimane.

R: Per quali ragioni ti chiedevano di andare? Per le visite?

I: Quindi dovevo tornare all'Inail per essere visitato dal medico dell'Inail. Perché mi controllava il medico. E per validare il certificato, che adesso non riesco a capire se il medico, che poi alla fine ho capito è il medico dell'Inail che decide tutto. Può essere che se mi guarda il chirurgo che mi ha operato mi dà [i giorni] e invece all'Inail, visto che, se io sono andato dal medico che mi ha operato e mi dà tot giorni, poi mi guarda il medico dell'Inail e mi dice di no!

R: Eh sì, in effetti, sono loro che alla fine hanno questa cosa in mano.

I: Loro decidono.

R: Decidono quando torni a lavoro, quanto stai a casa?

I: Eh sì, non mi sembra, è un po', cioè, non è che dovrebbero mettere d'accordo. Sì, so che sarebbe una cosa impossibile, perché per ogni persona mettersi d'accordo con il chirurgo che lavora là perché per ogni persona sarebbe una cosa impossibile, perché alla fine ogni persona lo guarda il medico e lo guarda dal suo punto di vista. Non è che uno che ha fatto un intervento dice la sua, mentre l'altro che non ha fatto l'intervento lo guarda e dirà sicuramente un'altra cosa, cioè sì dirà qualcosa uguale ma non tutta.

R: Ha un altro punto di vista.

I: Ha un altro punto di vista, è come il medico chirurgo che mi ha operato, lui lo guarda come, come fosse una lastra, mentre, l'altro medico, come l'Inail, sta guardando come se sta leggendo un foglio di carta, cioè uno che legge un foglio di carta e l'altro che guarda la lastra, capisce più dalla lastra.

R: Ha una visione più in profondità della cosa.

I: Ha una visione più approfondita perché secondo me non mi dava i 30 giorni, visto come era messo il ginocchio. E infatti adesso anche per fare le scale faccio fatica perché ci deve essere uno sforzo su e, io l'incidente l'ho avuto sicuramente e dopo quello che ho passato col post-operatorio mi sono spaventato e mi preoccupa ancora il fattore di cadere e di farmi male. Perché infatti alcune volte quando cammino tutt'ora mi sembra di cedere e sono movimenti per loro tranquilli e normali dovuti a… ma io, giustamente mi spavento che magari quel movimento mi fa fare un altro movimento sbagliato come ho caduto, come [quando] sono caduto. È quello che mi preoccupa. Però, il dottore che, il dottore che mi ha operato, lui mi ha dato, mi ha dato veramente una percentuale molto, molto buona perché mi riprenda.

R: Completamente?

I: Sì, sì. Che io gliel'ho detto che prima di rimettermi a correre e a fare attività sportive vorrei fare una lastra e lui tranquillamente mi ha risposto che "vuoi fare la lastra, non vuoi fare la lastra, io sono tranquillo per quello che ho fatto". Infatti lui ha detto "se tu lo vuoi fare te lo consiglio di fare tra un po' più di mesi, tra ancora 2-3 mesi". Però lui era tranquillamente sicuro di quello che aveva fatto e mi ha risposto "vai tranquillo".

R: Ti ha trasmesso anche molta fiducia?

I: Sì sì, no, per quello sì. È uno che trasmette fiducia, è uno che dà sicurezza. Perché alla fine è un ginocchio che è mezzo andato. Infatti lui, ritornando da lui ogni 2 settimane potevo fare domande come venivano i dubbi. Ogni dubbio che avevo infatti andavo da lui e glielo chiedevo. Per non stare a casa col dubbio e non sapere cosa fare, tutto qui.

R: E invece col medico dell'Inail non avevi proprio questo rapporto? Se ho capito bene.

I: Sì infatti, con il medico dell'Inail mi, cioè, avevo più confidenza nel parlare con quello che mi ha operato, sinceramente, quello sicuro.

R: Ho capito, e quindi principalmente, in questo periodo, l'Inail comunicava con te attraverso le lettere?

I: No no. Andavo, andavo da loro.

R: E non solo quando ti chiamavano?

I: No. L'Inail funziona così: che io mi presento da loro e loro mi visitano e mi dicono "tra un mese ritorni e ti rivediamo il ginocchio" e mi rilasciano il foglio.

R: Quindi non ti mandavano una lettera a casa? Ti davano un appuntamento?

I: No, non esiste l'appuntamento. Ti danno un foglio dove c'è l'appuntamento, un foglio dove c'è scritto la giustifica del mese e uno rimane a me e uno devo spedirlo al datore di lavoro. Così non c'è, non c'è mai tramite, c'è stato solo quella volta tramite telefonico che era un ospedale, poi per il resto.

R: Però hai chiamato tu?

I: Sì, ho chiamato io e ho inviato direttamente dall'ospedale il fax dell'ospedale che loro dicevano "che ero in stato di ricovero dal giorno 8 fino al giorno 8".

R: Ho capito, mi ricordo che mi avevi detto l'altra volta che volevi ritornare a giocare a calcio, giusto?

I: Ah sì, che volevo ritornare a giocarci. Perché giocavo a calcio con gli amici, giusto una partita il venerdì. Queste cose qui, però non so se ci ritornerei perché quello che ho provato dopo l'intervento penso che non ci…

R: Sei ancora preoccupato?

I: No. Ho sofferto tantissimo. Ho sofferto tantissimo, tantissimo, piangevo, non riuscivo a dormire, non riuscivo a fare di un minimo di movimento, è una cosa tremenda. Non so se era dovuta oltre al liquido che c'era dentro, che poi io sono uscito dall'ospedale col liquido. E lì, io non sapevo. C'era sto coso gonfio che mi stava facendo soffrire, soffrire, soffrire tantissimo. Poi è stato il peggior dolore che abbia mai provato. Infatti tante volte quando ci penso non so se ritornerei più a giocare, penso di no. Infatti è un infortunio che mi ha portato via tra virgolette una cosa che mi piaceva fare perché dopo l'intervento è stato veramente un inferno. Non di movimento ma che la notte non riuscivo a dormire e poi mi avevano dato degli, dei, delle, delle medicine che manco funzionavano, cioè al dolore, era molto, era troppo elevato, è quello che mi dispiace. Infatti tante volte quando vedo delle persone, e non gli consiglio di rompersi un legamento perché non… Mi sembrava di stare meglio, quando ero caduto, al lavoro e aspettavo l'intervento. Camminavo tranquillamente, facevo i movimenti tranquillamente. Poi dopo l'intervento mi sembrava l'inferno più assoluto. Però adesso, per fortuna, sto meglio e, comunque se dovessi ritornare a giocare non lo farei. Dopo aver fatto sicuramente una risonanza magnetica, dove lì mi dà la situazione al 100% di com'è il ginocchio. Se loro mi dicessero attraverso la risonanza "tu hai un 30% di rischiare, di cadere e di romperti il legamento" non giocherei a calcio. A meno che mi dicono "tu hai un 90, 90 qualcosa di, di possibilità di giocare e poi stare tranquillo" ci giocherei. Però se no il minimo 30% di [sicurezza] cioè il 70% puoi giocare e il 30% ti puoi rompere.

R: Non ti sembra sufficiente?

I: No, non mi sembra molto, perché so com'è il calcio, c'ho giocato, so com'è il calcio e so anche com'è il dolore dell'intervento. C'è che poi se non mi sbaglio, aveva detto il medico che se dovesse rompersi ancora, cadendo, al lavoro oppure da una scala, sarebbe tra virgolette "finito il legamento". No, no, no, preferisco non giocare e camminare tranquillamente.

R: Eh sì, il rischio è troppo pesante.

I: Sì.

R: Ma in tutto questo periodo sei stato qui con la tua famiglia?

I: Sì.

R: E, con chi parlavi di queste cose? Chi ti ha dato una mano?

I: Parlare, quasi con nessuno, perché a parte i miei genitori che solo per il dolore, queste cose qui. Poi per il resto non c'era da fare niente. Subivo il dolore e poi basta. Poi il medico che mi ha operato. Solo, diciamo, con lui, solo con lui potevo migliorare me stesso da questo infortunio. Sì. Più più che i miei genitori, il dottore. Il chirurgo che mi ha operato. Mi sa che ho avuto più, infatti quando sono andato 2 settimane fa da lui, tranquillamente mi chiamava, mi riconosceva da lontano. Sapeva già, senza vedere le carte che cosa avevo. Per quello è stato lui il punto di riferimento principale di questa cosa…

R: E invece, tornando al discorso dell'Inail, la prima prima volta quando ci sei andato? Sarà stato quando abbiamo fatto il questionario, la prima volta?

I: No, no, no, no, no. Non è stata la prima volta quella, sarà stata la seconda, la terza volta. Sì, sì.

R: Eri in attesa dell'intervento, mi sembra.

I: Sì, sì, sì e perché ritornavo ogni due per tre lì perché dovevo dirgli, perché loro giustamente no, non davano dei giorni lunghi perché non sapevano quanti giorni dovevo stare a casa, no? Se poi riprendevo l'intervento. Cioè tutto era dovuto da sapere quando facevo l'intervento. Fino a quei mesi iniziali andavo tante volte all'Inail perché loro volevano sapere cosa aveva detto l'ospedale e cosa, quando hanno deciso di chiamarti perché così potevano darmi un tempo, un tempo più lungo rispetto a come, se infatti, se infatti non mi chiamava l'ospedale l'Inail, la dottoressa dell'Inail aveva deciso di, deciso di farmi rientrare a lavoro. E poi quando mi avrebbe chiamato l'ospedale si sarebbe ripresa l'incarico della, dell'infortunio.

R: Quindi la prima volta sei andato senza che loro ti chiamassero?

I: No, la prima volta bisogna andare quando scade il giorno dell'infortunio che ti dà il pronto soccorso.

R: Ah, ok. Quindi quando è scaduto il primo certificato sei dovuto andare?

I: Sì, sì.

R: E da lì hanno iniziato a metterti le scadenze quando…

I: Sì, sì, giusto.

R: Ok, ho capito. Ma, per te, secondo te, se tu fossi lì a decidere come dovrebbe funzionare con l'Inail, cosa faresti, cosa cambieresti?

I: Io penso che funziona, funzioni bene. Non c'è nessun, a parte l'attesa, che è un po' lunga [sorride tra i denti], solo quello. Poi per il resto, sono molto chiari, cioè sì sì, si capisce tranquillamente. No no, solo l'attesa però anche lì, si può capire che sono persone. Non sono macchine, giustamente. Alla fine come anche in ospedale si vede che hanno, hanno gli stessi tempi di controllo dell'ospedale. Perché poi devono visitare e poi scrivere sul computer. No, per quello non cambierei niente. Sono, sono chiari.

R: Magari, come dicevi prima, comunicare direttamente tra l'Inail e l'ospedale?

I: Lì, no. Penso che sarebbe impossibile. Perché comunicare con non so quanti infortunati, se dovessero avere 1.000, 1.000 persone in infortunio che dovrebbero comunicare con 1.000 dottori, penso che sia una cosa impossibile. Però poi alla fine comunicano comunque. Perché il foglio che rilascia il chirurgo che ha operato oppure il dottore dell'ospedale, la portiamo all'Inail. Che vedo che fanno le fotocopie e poi tramite quello giudicano i vari tempi e queste cose qui.

R: Però li devi portare tu?

I: Sì, sì sì, quelli li devi portare. Perché tanto ci devo ritornare e glieli porto.

R: Secondo te, c'è qualcosa che non ti piace che potrebbe essere importante

I: No, beh, alla fine è stato tutto questo che, no, non penso che dovrei, anzi no, non è che non mi sono trovato bene. Non ho avuto nessun problema. Mi è sempre stato tutto chiaro. Mi sono mosso tranquillamente. Non ho impazzito, ho impazzito solo per quella cosa lì del, del malinteso tra il medico e la mia azienda, che non mi ha pagato. solo che poi, per il resto, chiaro e preciso su tutto, su tutte le cose.

R: Ma lì, con questa situazione, pensi che si risolverà?

I: Sì, sì, sì per quello almeno, io alla fine so anche come muovermi. Cioè chiamo tranquillamente, contatto, so dove devo andare e gliel'ho dette le cose che tra 20 gior-

ni arriveranno i fogli a voi e tramite quello farete le vostre conclusioni. E loro mi hanno detto "sì, sì, va bene tranquillo" e siamo rimasti così.

R: Quindi anche dici che con l'azienda, non ci saranno poi, alla fine, dei problemi?

I: No, no, no, con l'azienda va tutto bene. Anche con l'azienda va tutto bene. Ho, abbiamo, ho parlato tranquillamente e hanno capito la situazione, tutto qui.

R: Beh, bene te che sei bravo, come dici tu, che sai muoverti in queste cose qui.

I: Ma sì, ma sì, quello…

R: Personalmente impazzisco, con la burocrazia [ride].

I: No no, quello è vero. Dipende anche dalla persona che, se, se è uno straniero che non, che non se ne intende, che non è bravo, bravo a livello italiano a fare, fa molta fatica. Quello sinceramente lo penso. Però siccome io, comunico tranquillamente e mi faccio dare le spiegazioni bene poi so come muovermi. Tutto qui.

R: Ma quindi dici che conta molto la lingua? Il livello della lingua?

I: Sì, quello sì. Perché praticamente se io andavo all'Inail per quanto riguarda questo problema dei soldi prendevo il numerino giù, aspettavo un'ora e mezza e poi mi dicevano "no, tu vai su. Non è qui" e lì dipende anche dalla persona, come si sa muovere, se sa pure giustamente, l'ufficio informazioni chiedi e, bisogna anche muoversi, se no, non ti arrivano mai le cose.

R: Dici che devi essere proprio determinato?

I: Sì, bisogna capire le cose. Praticamente, se io stavo ancora a casa col ginocchio gonfio, mi sa che ero ancora a letto. Cioè se non mi muovevo, se non andavo dal chirurgo e gli dicevo, no, no, nemmeno lui lo sapeva, cioè, l'avrebbe saputo. Niente dipende anche dalla persona.

R: Quindi, la riuscita, dici tu, dipende…

I: Dipende anche dalla volontà della persona, quello sicuramente. Anche perché io delle volte, volevo rientrare subito a lavoro, mi sono mosso veloce veloce, per fare sì che guarissi prima. Infatti se non era dovuto al polmone, alla fine sarei rientrato, sarei rientrato giusto in tempo, cioè, quello, è andato tutto tranquillamente bene.

R: E tu come hai imparato a muoverti nei servizi?

I: Io, non lo so. Come muovermi, no, non lo so, è una cosa mia. Che riesco a comunicare bene e, mi porta dove devo andare. Poi anche lì, dipende dalla persona, voglio dire. Se per esempio che l'altro giorno ho visto, sono andato all'Inail e ho visto una signora che stava sclerando e ci vuole anche un buon, buon senso, come, come se io

adesso dicessi "eh no, l'Inail ci fa attendere troppo e allora deve cambiare". Io, lì dipende anche dalla persona, lì ci vuole buon senso della persona che capisce tranquillamente che non sono dei robot però sono delle persone che lì quando possono fare veloce fanno veloce e quando non possono, sono i tempi da attendere. Dipende anche dalla persona. Se va lì, sta aspettando troppo e inizia a sclerare perché sta, aspetta troppo, lì è una questione personale della persona, non si può…

R: Che deve cercare di comprendere,

I: Sì, per ogni cosa c'è da comprendere i tempi. È come se io iniziassi a andare all'ospedale i primi mesi e facessi un casino perché "non mi state chiamando". Io giustamente devo capire che ci sono anche persone che non hanno una gamba e magari sono sempre in attesa. Lì dipende tutto dalla persona, no?

R: Ho capito, bene, non so se c'è qualcos'altro. Penso, penso di aver capito un po', un po' tutto. Ti ringrazio tanto per il tuo tempo.

I: Figurati.

2. Julio, 41 anni

Julio è arrivato in Italia dal Perù nel 2000. Nel suo paese lavorava come giornalista, mentre in Italia fa il magazziniere per una cooperativa. Non è la prima volta che ha un infortunio, in effetti menziona che nel suo lavoro gli incidenti sono abbastanza frequenti. Lavora con un contratto a tempo indeterminato, da 6 anni. L'intervista si svolge nel parcheggio di un centro commerciale milanese.

R: Allora, mi racconta un po' dell'infortunio? Com'è avvenuto, com'è andato, tutto?

I: L'infortunio? O di come andato all'ospedale e come tutto? Mi sono fatto male un giorno, però il giorno che mi sono male e non c'era male però, il giorno dopo, che era gonfio e andato all'ospedale, come si chiama? Humanitas, no? Humanitas, e andato lì e fatta la fila, che lunga però, che no iera grave e poi, 15 giorni, mi hanno dato 15 giorni di infortunio, però, c'è che 10 giorni, dopo mi hanno iniettato e mi hanno detto di portare un foglio all'Inail e uno al datore di lavoro che in 1, 2 giorni sì, però loro mi hanno detto che no podevo fare l'infortunio perché no c'era uscita con l'ambulanza dalla ditta e andando, e io il giorno dopo io no sapeva e faceva tutto all'Inail e mi hanno detto che 15 giorni dopo che mi toglievo il gesso andavo al medico e il dottore mi faceva un foglio per l'Inail, andato a Corvetto e loro mi ha messo a posto e tutto, però ha fatto tutto e mi ha detto che non mi pagano niente perché il mio datore di lavoro no s'è che cosa ha detto, la ditta, no? Io no s'è per il mio infortunio, no? E ho detto "come mai che io andato dopo, no? Como alle 9 di mattina all'Inail e loro mi dicono vai al 2° piano, parla con il portinaio che c'è fuori e, che è un casino, che ti fanno aspettare, che io andava alle 9 di mattina e tutto il giorno, 3 ore e c'era la coda

per tanto tempo, e tutto il giorno e non sapevi niente. Alla fine io andato via, andavo, però alla fine io mi ha timbrato, mi ha controllato e mi ha dato altri 15 giorni di infortunio in più. Però me l'ha detto che magari me la pagano come malattia e no como infortunio, no? E io, perché questa cosa? Io no ho fatto malattia, ho fatto infortunio. Io me sono fatto male a lavoro. Alla fine, mi è arrivata la liquidazione. E io andato all'Inail e "io no so, devi parlare con il tuo capo de lavoro" e mi ha fatto aspettare 3 ore para parlar con una operatrice e ho chiesto perché cosa è che dice, perché cosa è che non me pagano? Tutto quello che può dirmi, che quello è privato. Se vado a lì per l'informazione e loro servono per l'informazione io no so perché non me lo danno.

R: Quindi le hanno detto così, che era un'informazione che non si poteva dare?

I: Sì. Che io, se io vado là per l'assegno e, io non ti posso dire, parla con il tuo datore di lavoro. Il datore di lavoro dice io no so perché non ti pagano loro e, io no so, che ho aspettato 3 mesi per l'infortunio. E alla fine mi arrivato 470 per l'infortunio. Però io, era 28 giorni che io…

R: Erano 28 giorni che aspettavi?

I: 28 giorni, che aspettava che 470, non è il mio stipendio ma io, no lo so come deve fare. E poi andato ai sindacati e aspetta che arriva e dopo te arriva, dopo t'arriva, dopo è passato un mese, un mese e mezzo e non me arriva niente, dopo, 470 euro, 472 euro, e ho fatto la fotocopia, la fotocopia della liquidazione pure, no? Porchè è sempre buone pure avere la copia, no?

R: Certo, ma quindi c'è stato un ricorso?

I: No, che no sarà un ricorso, no? Però c'è stato un colpo, un forte colpo, che noi lavoriamo con i bancale e messo la mano dentro il buco e ja girato, no?

R: Non ho capito che cos'è.

I: Il bancale è una pedana, dove sopra si devono mettere le cose, è quello di legno, lo capisci?

R: Capisco.

I: Quello di legno, capisci? E lo vediamo si è buono o se si rompe, se tiene la roba o se no cade a terra, se, se, se alziamo su, facciamo una fila così lunga e dall'altra parte lo giriamo, lo guardiamo e via, si è buono oppure è rotto, tutto il bancale, mi mano se messa dentra e ja girato como se infilato e il braccio e como tutto d'un colpo e jo no, ancora lavorato altre 2 ora e no andato, ancora no andato a casa. E il giorno dopo era gonfio e quando il dottore me ha visitato, me ha visto, uno specialista, no il dottore normale, o il medico curante, no? Un dottore dell'ospitale sì sì te ha fatto male e subito me ha visto e fino al dito fino a qua, tutto fino qua e fino qua. Ed era in casa e non podeva fare niente e io no podeva cucinare, no podeva fare niente e porchè era, era, e

io ho detto questa cosa e me dispiace e no posso far niente. Perché cose me puè aiutarme? E no so neanche loro, no dicono neanche se ha sbagliato la mia ditta o se loro. Se loro no me vogliono pagar perché no pensano che sia infortunio o che, no so, però, perché. Sì non è loro, perché pensa che è infortunio si loro mi ha pagato 470, no? Io sapeva sì, porchè l'infortunio si paga 100%, no? Y loro mi paga e dopo è, uno che si è fatto male a lavoro paga 100%, no? Che uno paga ogni mese per, è come uno che paga un'assicurazìon, no? Che è la ditta che paga e como noi paghiamo qualche cosa, e como l'ha detto, no? Che como una settimana che ya fatto male il dito e no podeva far niente, no? E sapeva niente e como arrivar l'assegno, no? E quanto costa, no? Che costa più inviar l'assegno a casa, como che…

R: Di quanto è?

I: Una settimana 20 euro. E c'è tanta amici che si fanno male, no? Che noi lavoriamo sempre con questa frigoriferi, no? Che noi lavoriamo a -20, -30 gradi in una cella frigorifera y uno scivola y tutto a terra. C'è tanta gente, che fa male, y como detto como quelli elettrici e sempre, uno si fa male, uno, una, due volte alla settimana, al mese, uno fa male, sempre, uno. Però, l'Inail yo no sé porchè no paga, quando paga, quello c'è, ci vuole 1, 2, 3 mesi per pagare quello c'è un mese, uno deve dimenticarse c'è, quella volta, no? C'è, no c'è stipendio, no?

R: Perché, come diceva, no? Perché non c'è mai stata una spiegazione?

I: È quello che è il problema, nessuno c'è mai dato una spiegazione, no c'è. Che prima devo andare sopra. E poi sopra me dice che prima de, andare prima dal medico di sotto, faccio la fila e che io sta fino a mezzogiorno, e a mezzogiorno è chiuso. E giorno dopo io vado, parlo e ya vado sopra a veder per la liquidazione e vado e c'è che lui no, no è previsto l'infortunio che allora vedo e, me ha guardato il dottore, che stavo male. E me ha guardato e sono passate 28 giorni e non sono garito per niente…

R: Quindi, per dire, tra un ufficio e i medici giù, non c'è nessuno che…

I: Per me nessuno mi ha detto "devi andar al 2° piano, all'amministra" all'ufficio, de loro, e ya andato dal dottore e ha visto, al computer, ha visto che non me lo pagano, magari me lo pagano in malattia. E tornando su me disi che tu no me può dir niente e tu, yo che vengo al segundo, y voglio la liquidazìon e la riabilitazìon, e io, e c'è tanta gente che ha fatto la fila, y e c'è tutto e lei me dice che io no posso dirte? Che allora è che parlano così, no? Y no è corretto questa cosa qui, no?

R: Quindi ha sentito che c'è…

I: Sì, no. Che devono appurar, sì uno ha aspettato 3 ora, y dopo dice che deve andare derecia e c'è tanta gente, no? Una, due, no, no no, no c'è pubblico. No c'è 2, c'è una persona, ya che magari, magari è con la testa girata, magari, te parla male, no? Gente che uno va lì, con un favor, con un favor, no? Che uno va lì tramite un tramite, no? Una informazione, uno va lì per una informazione,

R: Ma anche loro dicevano che il problema era con il tuo capo?

I: Sì, ha fatto una cosa che normalmente, magari su capo o magari l'ufficiale che c'è, il capo, io no lo so, io vado lì, magari mi timbra che c'è l'infortunio, il capo, io, tutto, l'ufficiale, magari io andava al medico, se sentiria mal io vado al medico che c'ho fiducia y questa cosa, io vado all'ospital, che non conosco nessuno e mi fa il braccio ingessato, io stava tutto ingessato, così, fino al dito, che no podeva muover el dito. E loro, loro sono specialista di questa cosa, io, io no me entiendo de questa cosa,

R: E il suo capo, invece, cosa diceva di questa cosa?

I: Il mio capo dice che, como loro quel giorno io, no? Lavora là, no? Como una cooperativa, però como quel giorno mi spostava a quel cantiere, e l'altro cantiere ha detto como no me conosce e y vado, come no mi conosce nessuno, no? E como nessuno mi ha visto che io mi ha fatto male, como un collega che ha visto e c'è il testimone, no? E per lui andava bene como io era tranquillo, e al capo l'ho detto. Como mi stava tranquillo, como mi era fatto male a lavoro è verdade, no? Perché como ca sinto me mi ero fatto male tutti i giorni, no? Che c'è sempre che ti fai male, no? Como potevo sapere di chiamare l'amubulanza quel giorno, se c'è sempre che ti fai male, no? Magari no ti sei fatto niente, magari basta un po' di pomata o un po' di ghiaccio, no? E allora basta. E invece il giorno dopo è gonfio e no puede andare a lavorar e no puede caminar e niente, allora, però tu no ti sei fatto male qua, no c'era niente però, il giorno dopo era gonfio, però. Allora loro dice che magari io giocava a pallone o no so, per la strada, ha fatto male con qualcuno o ha fatto un buco e ti ha fatto male, por quello, che da adesso io, tutta la gente della mia cooperativa, abitua i companeros, tutti i mi collega de lavoro, tutta la volta che si fanno male, pum! Rimani fermo lì a terra, no ti mueve, fino a quando no arriva l'ambulanza, è l'unica forma di comprovada.

R: Per essere sicuro che…

I: Bisogna essere sicuri, che però, per una cosa che ti butti a terra, dopo vanno, vedono che vai male a lavoro, dopo ti mandan via. E allora se puoi camminare vai fuori, vai c'è una panchina magari e poi passa…

R: Quindi lei ha pensato di rimanere lì, che forse non si è fatto più di tanto male e magari passa il dolore…

I: Sì, io ho lavorato che faceva male ma magari passa più tardi e metto una pomata e poi passa, no? E basta, no è vero che, che stava gonfio, la notte stava gonfio ma, poi per alzarmi e pensare di andare all'ospedale alle 2, le 3 di mattina per il dolore, faceva male, no? Poi ho messo la pomata e l'indomani faceva male e yo, il giorno dopo era un po' gonfio e mi sono preoccupato. E y alzato e andato, alle 9 di mattina.

R: Quindi è andato lei da solo? È andato lei da solo in ospedale?

I: Sì, e ho guidato la mia macchina, pure, no? E quando uno che tiene il dolor no puede guidar, e sì dice deve andare all'Inail e venire domani? Viene domani? C'è como io posso venire domani? Chi me porta domani? Devono accompagnarmi, che io no abito vicino alla metrò, devo prendere il metro, il bus, no? E dopo c'è como si chiama, como si chiama, che sono 9 anni che guido io e no faccio mai il metrò e devo andare all'ospedale e no ce mezzi, no c'è niente, como uno deve prender il pullman, come deve prender la navetta cercando como…

R: Per andare agli, come ha detto? Humanitas?

I: Humanitas. E dopo de lì, devo andare all'Inail. E dopo me faccio venire qua alle 9 di mattina e dopo andare a Corvetto, perché Corvetto chiude presto. A mezzogiorno credo.

R: A mezzogiorno, sì.

I: E non lo so porchè chiude presto, non lo so perché chiude a quella ora. E io lavoro a lavoro e magari fino alle 3, 4, 5 e loro lavora 3 ora e io allora dico…

R: Quindi anche questo era un po' un problema per lei?

I: Come doveva mobilitarme, no? Se io no era là il giorno quando me dicono loro, dopo che fai? Dopo no te paga, no? Y uno sta là allora, quello si. Si no no te pagano, no? Alla fine uni se fa male lavorando, no? E tu, sempre rovinando, sempre rovinato, no? No lo so porchè l'assicurazione, io, prima, prima fatto male poco 4 anni fa, in un'altra opportunida e prima anche lì andato in ospedale, lì era Bindi e, il 15 mi arriva l'assegno, 15 giorni mi ha compilato tutto e 15 mi è arrivato l'assegno e, al 100%, al 100% e adesso no ti pagano 100%, e sempre lì, all'Inail…

R: Sempre lì, sempre a Corvetto?

I: Sì, sempre a Corvetto.

R: 4 anni fa diceva?

I: 4 anni? Di più, 5. 5 anni fa, più o meno. E fatto male sempre allo stesso braccio e mi sono girato una cosa e fatto male e andato con mi capo, col mi capo di lavoro e mi ha portato lui, all'ospedale, che era vicino, a San Donato. Che era così, e mi ha portato lui e poi mi ha preso all'ospedale che era como 4 ora, mi ha preso e mi ha portato a casa, como io, no? Y compilato tutto e poi tutto a posto e mi hanno dato. Il 100%, tutto. E anche un po' di più credo, un po' di più del 100%. Che io prendeva .1000, e una settimana como è stato, 15 giorni, 15 giorni è stato, come una cosa, prendeva como 300 euro è stato. Tipo uno guadagnava sempre 1.000 euro e 15 giorni è stato un po' di più, magari, no puoi caminar, io no so, porchè no puoi mover, io no so, magari prendi il taxi, e yo no so, adesso no…

R: Ma strano, come mai che tempo fa era andata più liscia e un attimo, adesso peggiora?

I: Non lo so, è cambiato. Con la crisi, con la crisi, tutti dici che c'è crisi e allora te pagano meno, che forse no c'è soldi, no c'è…

R: Forse per quello, boh!

I: Speriamo che no c'è crisi, no? Che poi uno deve andare all'Inail e la malattia, como dici al capo lavoro. E il capo di lavoro dici "yo no, no faccio infortuni", fai malattia è meglio. Se dopo no te lo pagano o loro no vuole che tu, no te pagano, loro no vuole che c'è tanti infortuni e non si fa la cooperativa, no? Magari mettono la multa e no c'è controllo, no lo so.

R: Ma questo è stato il tuo caso?

I: No, no, no, io no fatto, io ho fatto, magari no se vanno sempre, con tutto normale, no? Che posso dichiarare questa cosa, no? Che alla fine chi ci va di mezzo sono io, non il mio capo. Il mio capo può der "io no ti ho detto niente e te l'ha detto lui" e ya puede stare fregato e io sempre con la riga.

R: Insomma, preferisce tenere, corretto, fare tutto corretto…

I: Si me pagano, si me pagano meno, però como si, como si dice, no? Però posso andar in malattia quando ho fatto infortunio, no? Quello no justo.

R: Ho capito, invece, la mano com'è andata? Come…

I: Sì, adesso funziona, adesso benissimo. Tutto chi io tutto bene, no c'è problema. Però a volta se pigli qualcosa, però va bene, io penso che è presto, no? Sono 2 mesi. A parte che lavoro forte, no? A volte facciamo, a volte c'è una cella frigorifera che lì a volte co la otra. Però no, andavo bene, andavo bene.

R: Ha dovuto fare riabilitazione o…

I: No riabilitazione, no. E stavo col gesso e dopo del gesso me ha detto che stavo con la pomata, che faccio con la pomata e un tutore, ah, ah, che il tutore non me l'han pagato l'Inail. Il tutore, mi hanno fatto comprare il tutore perché y, perché io, no? Devo star senza niente, tutto il giorno e la notte devo stare con il tutore che però me faceva male. E il tutore è costato 52 euro e niente. Quello me l'ho pagato, no? Quello io volea saper perché quello non me lo pagano, no? E io ho lasciato la fattura all'Inail…

R: Lei ha presentato…

I: Sì però e lì, me, me dimenticato di fotocopia e le ho lasciato tutto, fotocopia, tutto. L'originale, la fattura ho lasciato tutto. E loro hanno preso e lo hanno attaccato con mi, con mi foglio di infortunio, no? Però no me l'ha pagato. Io no lo so se me l'han pagato dentro de l'assegno che me mandato, quello de 472.

R: Il tutore, è stato il medico? Quale medico le…

I: Il medico, il medico dell'ospitale pure

R: Quindi ha continuato ad andare…

I: Sì, sempre me io mandato, sempre. Y el medico curante y poi andato all'ospedale pure. E loro mi hanno attaccato dietro e dopo devo fare la visita anche al dottore, no? Perché non è detto che te lo fa. Dopo andato via e de i portato e dopo veder e ti controllano, se puoi mover il braccio e si stai meglio, si stai meglio però, meglio muover, un movimento, fai un movimento che fai tutto nella terra, me ha detto. E dopo y andato lì e me ha detto "puoi, puoi ancora puoi fare" y ancora con l'infortunio e il tutore, ancora mi ha detto di usare il tutore quando lavoro. Anche quando si addormenta, quando stai a casa a guardare la tivù, mi ha detto di usare il tutore, anche quando si lavora, mi ha detto di usare. Anche si lavora pesante mettete il tutore per lavorare. Però quando tiene il tutore no puede lavorare e magari quando c'è una cosa più piano magari lo metto. Però è difficil, però è difficil mettere a lavoro, no se puede lavorar così.

R: Mi diceva che anche tanti suoi colleghi di lavoro hanno avuto infortuni?

I: Sì mi cognato è uno di loro e poi un altro, uno collega, E io le ho dato il numero di un altro collega, e loro anche han parlato con lui a telefono, no? Mio cognato, mio cognato no, porchè è stato justo 3 settimane fa, no? Lui è in casa e como che, como che deve arrivar l'assegno, se no c'è l'assegno e lui me dice "cosa è che io devo fare?" e yo no s'è che io, no so, chiedemo, chiedemos a sindacato che io, che ha detto "no puoi far niente fino a, " fino a prossimo mese, fino a dicembre, a novembre, por me, porchè io sono impegnato in un'altra cosa, con quell'altro lavorar, yo no so, de loro, no? Aspetta aspetta che dopo ti daban pagar, dopo te pagano. Lei vuole parlare con loro, anche? [passa il contatto del cognato all'intervisatrice]

R: Ah, sì, del sindacato. Al sindacato, come le è venuta l'idea di andare al sindacato?

I: E porchè noi siamo s'è vicini al sindacato e porchè io, settimana prossima, io sarei uno, sarei uno diventato sindacalista, io, io como me sono sentito dentro de questa cosa, me piace questa cosa, adesso la prima settimana c'è la riunione sindacale e io se qualcuno se vuole candidare che vanno a fare parte de uno sindacato, no? È quasi fisso, è quasi fisso, no? Perché tutti vogliono che io faccio il sindacalista, così…

R: Ho capito. Quindi si sente di dover…

I: Sì, sì, e quindi si uno si sente in corpo di fare il sindacato, e questa cosa, no? Perché a io me piacerebbe sapere questa cosa, no? Porchè a uno lo pagan di più, porchè a uno no lo pagan di più? Porchè, non lo pagan a nessuno poi, perché la realtà di questa cosa è, che il sindacato lo deve sapere, no?

R: Per trovare una spiegazione, no?

I: È per trovare una spiegazione e per tutelare tutta la gente che lavora lì, no? Poi i ha un otro motivo per sapere, si certe volta stai bene i no stai bene, certa volta, no? E allora no puede lavorar, no? Chi poi c'è pure un otra cosa che no c'entra niente e como l'Inail, no?

R: Sì, sì, sì, anche per sapere altre cose di lavoro, per sapere…

I: Il lavoro, i otra diritto di noi, sono 6 anni chi no pagano, chi noi lavoriamo in cella frigorifera, 6 anni che no pagano lo stesso stipendio de, de indennità cella, no? Quello, quello, no? Es un'altra cosa che poi no stabam chiedendo, no?

R: Altre cose che vuole portare avanti…

I: Sì, sì, tu vuoi fare un poco le cose di chiarezza, lo dici al capo, quello dici no, no no va bene questa cosa, no mi piace questa cosa della cella, e tu sta a casa dopo como una settimana, e no te lo pagano, quella cosa là, se deve sistemar, no? Al sindacato, no?

R: E invece, mi diceva, tanti colleghi sono sudamericani, sono peruviani?

I: Peruviani, salvadoregno e ecuadoriani. Di più sono peruviani e salvadoregno. Questi sono di più. Ecuadoriani sono 2, 3. Un egiziano che lui no conta, chi lui parla quasi nunca e i cittadini italiani, anche che un'altra cooperativa, italiani, anche. Però loro anche, loro anche, divisi, divisi tutti, divisi tutti anche, no? Y peruviani no se va co salvadoregno, ecuadoriani sì, va co tutti porchè sono meno, sono meno, no? Y c'è un…

R: Sì, ci sono i gruppi, ci sono questi gruppi, no?

I: E ci sono le italiani, le italiani sono reparati, no? 2, 3 che non mangian neanche con noi, no? Che se vanno a mangiare da un'altra parte, no? Che no vogliono mangiar con noi, che loro pensano che uno, che poi sta qua le porta via, le può portare via il posto di lavoro, no? Però no è vero, no. Che il lavoro che facciamo noi non lo fanno gli italiani, però. Siamo un'azienda cooperativa, no? E noi lavoriamo a -30 gradi e nessuno italiano va dentro. C'è salvadoregno, salvadoregno y peruviani vanno in cella.

R: Quindi c'è anche questa cosa qui?

I: Sì, porchè noi abbiamo chiesto, pure. Si pagan di più, si lavora di più, si lavora fisso, pure 8 ore, 9 ora. Ma lì si no c'è pure lavoro ti lasciano a casa e no te pagan. In questo posto nella cella frigorifera sempre c'è lavoro…

R: Eh sì, c'è sempre.

I: Sì, c'è sempre difficoltà de arrivare a fine mese con lo stesso stipendio, e o fai straordinario oppure no, pure. Ma il meno che deve pagarte arriva. E almeno il capo no te lascia a casa, no? O rompa qualcosa tipo, quando c'è rompa una cosa prima c'è

l'assicurazione, adesso invece uno c'è che deve pagare se rompe una cosa, uno deve pagare.

R: Ah, ho capito.

I: Cioè se uno sta lavorando, sta lavorando e si se rompe una cosa è perché sta lavorando, c'è niente. E quando ci facciamo male noi, possiamo far male la merce, no? Quello, quello deve cambiar con i sindacati, pure.

R: Quindi dice che c'è anche questa cosa? Del lavoro diverso, che il lavoro è diverso in base al gruppo etnico di appartenenza che ogni gruppo fa un lavoro diverso e questa cosa c'entra con le idee che ha rispetto al sindacato?

I: No, no, no. Quella è un'abitudine nostra. Si uno no vuole entrare in cella frigorifera, lo dice al capo e no entra. Lo che sì entra, sì no no entra. Quello che gli italiani no e i sudamericani entra è un fatto nostro. Se quando fanno il lavoro e il lavoro è pesante, vanno su casa e al medico curante e fanno certificato che loro vanno al lavoro più facile che como un certificato, no? E vanno dal capo italiano che dice no, no? No puede far che poverino che lui no, c'è mal di schiena dico, no? Lui c'è mal di schiena però noi c'è schiena, no? C'è mal di schiena, no? Anche noi c'è fa male la schiena, anche noi c'abbiamo la schiena, no? Loro pensano che noi, no? No ce abbiamo la schiena, no? Vuol dire che a volte, una volta, una volta abea raccontato che lavora quello lì meno, cha lavoro quello lì è? Magari te lo dicono su mamma, no? No lo so, che lo è, che se uno è lì, no deve essere lì se no può fare lavoro più pesante, no? Como è discriminazione, no?

R: Ma invece con l'Inail, c'entra qualcosa?

I: No, no. No l'Inail no c'entra niente con questa cosa qui, no.

R: Cambia qualcosa se siete stranieri, cambia qualcosa?

I: Non lo so si cambierà, però no penso che cambia. Yo so che, solo che no si intende bene, no? Che uno quando fa la fila lì, quando fa la fila e aspetta, aspetta loro che no si spicca meglio, no? Una donna se spiga multo meglio, s'è uno che "no, no, no capisci l'italiano? No c'ho tempo" e ni te può spiegare bene c'è. Che io capisco benissimo, dico. Io no capisco perché no me paga. Quello che yo no capisco, quello che capisco che lei sta parlando, no? No capisco bene legge. Che io capisco benissimo che uno che capisco e non mi sta spiegano bene "porchè no me pagano?"e "io non lo so, io" e come non lo so si tu stai qui per dare spiegazione a me perché no me pagano, no? C'è il computer all'Inail, loro deve saper porchè no paga, no? Loro deve saper, no? Perché è privato e loro no puede saper perché no puede dirmelo, no? Io un giorno, puede dirmelo de un atra persona, dico, e quando vado a un'informazione "porchè no me pagano?" loro deve darme un foglio o dirmelo a voce, porchè no me pagano, no?

R: Quindi diciamo che, in tutta questa situazione, il problema più grande con l'Inail, è stata la trasparenza, per dire? Non sono stati trasparenti, diciamo…

I: L'attenzione, l'attenzione dell'ufficio che poi mi tratta male, molto. E quando tu arriva là a posto e vuole che tu va veloce 2 minuti, 5 minuti, 3 minuti che tu devi andare via, porchè loro c'è fretta. E allora io fretta c'è pure. E como stanno loro tutto il giorno, stanno al computer e stanno aspettando, lì. Magari stanno lavorando, pure. Però uno no capisce, che quando uno va a fare una domanda de lì, deve aspettare fino a che uno capisca. Che io, o che c'è de un foglio, si no vuole parlare. Perché c'è io che il tu capo no te vuole pagare perché c'è cosa, c'è cosa, c'è cosa e te lo stampano e te lo danno, no? Così uno va lì e capisce perché no te vuole pagare, no? E dopo uno, si uno no vuole pagare? Dopo uno che deve fare? No, no te dice. Si loro no te dice niente, vai dal dottore e no te dice niente, tu che cosa? Dove devi farlo? Si loro te dicevano, tuo datore di lavoro ha detto chi tu no t'ha fatto male lì a lavoro, no? E tu deve saber dove deve andare, vai al capo e "perché questa cosa? Perché tu questa cosa hai detto de me?"

R: Come rispondere? Cosa fare? Insomma…

I: Cosa fare dopo, si no te pagano, cosa fare dopo si no te pagano. Magari mi dottore no fa, no fatto bene mi foglio o io sbagliato ne iscribir o il mio datore di lavoro ha detto che non è vero, che non è vero che io ho fatto solo fuori di lavoro. Questa cosa, questa cosa devo saperla. Si fatto male il foglio, ancora lo faccio, ancora lo faccio bene e aspetto un mese in più, fa niente però, lo rifaccio e me lo pagano. Se il datore di lavoro no vuole che faccio infortunio io vado a parlar con lui, magari no vuole, magari no vuole che faccio infortunio e magari arriva la Regione Lombardia e dice attenzione, più attenzione devi fare con i tuoi dipendenti se no la multa. E la multa a loro e magari per questa cosa. Se io me faccio parlare con loro e allora capisco e allora metto un avvocato per fare una causa al mio datore di lavoro, porchè se no me lo vuole far, porchè loro no vuole guadagnare la multa, porchè no me ne frega a me. Yo yo c'è gente che me fa, io qua sto lavorando, no?

R: E quindi, se uno, se loro spiegassero bene la situazione e perché in un modo e perché in un altro modo, allora, anche l'infortunato o lei potrebbe sapere cosa fare, come rispondere, come reagire, come richiedere diritti.

I: Se la situazione, Certo. Quello il problema, il problema in più per loro, no? Porchè le dottora, quello è un altro lavoro, porchè te controllano e si ti dici 10 giorni, 15 giorni, 15 giorni di più basta, no? Però no lo so sì è l'ufficio lo che hanno sbagliato o la persona che hanno fatto che o magari la regola di loro che no se dicene a nessuno, niente. O magari la persona che c'è lì affianco che è burrito che c'è tanto annos che ya tanti anni che lavora lì e tu vai a lavorar lì, no?

R: Ho capito. Quindi se in futuro dovesse, speriamo proprio di no, succedere qualcosa ancora, in futuro come pensa riuscirebbe ad evitare questa situazione? A fare qualcosa così che possa evitare di incorrere in…

I: Si in futuro me faccio male a lavoro, io remango lì fino a che viene l'ambulanza o il capo mi porta all'ospedale o se c'è una persona apposta lì che deve aiutare e portare all'ospedale. Dopo che mi capo compila tutto, como loro se italiani, meglio. Che si italiano no puede sbagliar una parola y si sbaglia loro lui c'ha la colpa, no io. Porchè io magari sbaglio una lettera che no scrivo bene e dopo no me pagano e le informazioni che l'Inail faccia qualcosa, che devono dare l'informazione di perché no me paga, che se c'è me paga no me paga. E la liquidazìon pure, io devo saper. Te paga 100 euro si te fatto male, 50 euro si no te fatto male e i dettagli, no? Tutti i dettagli di quello che te paga, no? 800 euro e tutto stipendio, 700 euro i tutto stipendio a volta co la mobilità o con lo che tu, pensa, che uno si è fatto male o quello è anche poco. E il tutore lo comprai io e quello che serve, tutto quanto, no? 100 euro per li stipendi e 50 euro per il tutore che mi han pagato. Però si uno no sabe quello che deve fare, uno la riabilitazione e l'Inail ti manca, ti manda a spigar tutto queste cose, no? Sono più capace di farlo, no? Ho più pazienza, no? Magari me sento più giovane, no? Magari che s'è stufo di lavorar, no? È tanto tempo.

R: Quindi questa cosa del sindacato, se ti coinvolge nel sindacato, chissà, forse cambierà qualcosa?

I: Sì, il sindacato ha mandato una domanda, che a loro, no? Forse se esplica meglio, no? Che loro gli danno, forse c'è certificato con loro. Però, una informazìon la puede dar, no? No è che uno no fa niente per che cosa, no è che uno chiede un informazione così, grossa, porchè uno no c'ha che puede andar e no parlamo por questo, por questo, por questo, no? motivo che no se paga i mi infortunio e per tutte le cose che se pagano, no? Deve essere sentito, che il lavorator lavora, il lavoratore no deve andare solo all'ospedale, deve andare con una persona como el capo, puè dirme così, no? O se fate male, fermativi subito e andate subito, no? No che continua a lavorare e così è sicuro, no? Porchè uno continua a lavorare vuol dire che no se fatto male. E tutte queste informazioni se puè…

R: Può dirglielo, così uno è preparato e sa come fare in quel momento.

I: E uno preparato che sa già questa cosa, uno in quel momento si ferma e subito va in ospedale. E l'ospedale dice se è grave o no è grave. Si no è grave no te pagano niente porchè uno continua a lavorare già il giorno dopo, no? Così ti fa male e i grave uno no puede lavorar, no? E fa la pratica, no? C'è che una volta uno spaccato il piede e c'è spaccato la tibia, spaccato tutto, no? E uno no pagato, così no? Che uno stato a casa che no puede far niente, no puede guidar. Invece io con il braccio, puede guidar piano piano, no? Attenzione così, che così no te lasciano guidare, così no te lascian.

R: Certo!

I: Te puoi abir la multa e portano via la macchina, no? Però si uno vuole guidare fino lì, piano la multa te la dà. Si uno invece s'è fatto male al piede no puede neanche guidar, no? Se fatto male al piede che uno sta lavorando, no?

R: Ecco, invece, il problema di come andare all'ospedale.

I: Andare, magari uno, un italiano che abita qua, magari c'è il fratello, c'è il papà e queste cose qua. Magari uno invece che sta da solo qua, no puede guidar e sta da solo, magari.

[…]

R: A questo punto ti ringrazio per la disponibilità e le informazioni e ti saluto.

3. Marian, 32 anni

Marian ha 32 anni, è romeno ed è arrivato in Italia nel 2001. Prima di venire in Italia lavorava in agricoltura, mentre oggi fa il lavoratore edile in provincia di Milano, con un contratto a tempo indeterminato.

R: Mi racconti un pochino la tua storia, so solo che sei rumeno. In che anno sei arrivato in Italia?

I: Nel 2001.

R: Sei arrivato in Italia per lavorare?

I: Sì per lavorare.

R: Sei arrivato da solo o c'era già qualcuno qui?

I: Mio fratello era già qui, era arrivato nel 1999.

R: Adesso tuo fratello è ancora qui in Italia?

I: No, è tornato [in Romania] nel 2007 per sempre.

R: Non si era trovato bene qui?

I: No, non è per quello, ma la famiglia ha aperto una società, si sta sbattendo lì.

R: Quindi è tornato lì per lavorare. Mi hai detto che sei arrivato nel 2001, quando c'era ancora tuo fratello. Qual è stato il primo lavoro che hai fatto?

I: Per un po' sono stato in nero perché non avevo ancora i documenti, ho lavorato facendo i traslochi, poi sono andato a Lecco a lavorare in una ditta di restauri. Poi con la sanatoria siamo stati messi in regola tutti e due, io e mio fratello, poi siamo andati avanti per 5 anni. Dopo ci sono state delle discussioni allora ho cambiato lavoro e ho cambiato ditta. Sono andato avanti quasi sempre essendo in regola.

R: Quando ti sei fatto male sul lavoro che lavoro stavi facendo?

I: Facciamo impermeabilizzazioni, fondazioni, facciamo il tetto. Era febbraio e c'era quella bianca, ma non la neve, come si chiama?

R: La brina, il ghiaccio?

I: Sì. Ero sul tetto, mi sono partite le gambe e sono scivolato fin giù…

R: Quindi sei scivolato per il ghiaccio e sei cascato dal tetto, che volo!

I: Quando uno scende dal tetto pensa subito che il tetto sia alto. Erano delle villette a due piani non sono alte più di tanto, sarà intorno ai sette-otto metri di altezza. Sono cascato in piedi, mi è andata molto bene!

R: Sei cascato in piedi?

I: Per fortuna sono cascato direttamente in piedi. A un mio amico, che sono andato a trovare la settimana scorsa all'ospedale, si è bloccata la schiena e l'hanno dovuto operare. Era in un appartamento, stava facendo una ristrutturazione in un appartamento, ha preso un buco, c'era un cartone, è caduto da due e o tre metri, ma ha picchiato la schiena e l'hanno dovuto operare subito.

R: Riuscirà poi ancora a camminare?

I: Per fortuna sì.

R: Scusa mi dicevi che tu sei caduto in piedi e poi cosa è successo: hanno chiamato l'ambulanza…

I: Ho chiamato il mio collega, siamo saliti sul camion e siamo andati all'ospedale più vicino, il pronto soccorso di Abbiategrasso. Lì mi hanno fatto il prelievo del sangue, la lastra, mi hanno ingessato…

R: Cosa ti eri rotto?

I: Ho avuto delle fratture…

R: Dove? Al piede?

I: Sì.

R: A tutti e due?

I: Solo a quello sinistro.

R: Quindi dicevi che sei arrivato ad Abbiategrasso, ti hanno fatto il prelievo del sangue… ti hanno messo il gesso. Poi sei stato in ospedale?

I: No, non mi hanno ricoverato, il mio capo mi ha portato a casa e sono dovuto stare a letto con la gamba su.

R: Quanto tempo sei stato a casa con la gamba su?

I: Quasi un mese, perché era gonfio, ho messo dei cuscini sotto per farlo sgonfiare, però dovevo cucinare, andare in bagno…

R: Mi hai appena detto che saresti dovuto stare a letto, ma per cucinare, per andare in bagno ti alzavi, ma eri da solo oppure c'era qualcuno che ti poteva aiutare?

I: Un mio amico mi faceva la spesa, che vive con me, ma per le altre cose, la doccia, cucinavo facevo io…

R: E riuscivi a farlo?

I: Sì perché avevo le stampelle, il mio capo, il giorno dopo [l'incidente] mi ha portato le stampelle perché le aveva…

R: È stato gentile il tuo capo?

I: Sì è venuto in ospedale, mi ha accompagnato a casa, mi ha portato fino al letto.

R: Quindi è stato gentile!

I: È la solita abitudine degli italiani…

R: Cioè?

I: Va beh dai. Lui [il mio capo] quando sciava si era rotto la gamba e quindi aveva le stampelle.

R: Ma perché hai detto la solita abitudine degli italiani?

I: Perché gli italiani sono furbi, scherzo, lui è furbo, sai quanti giochi fa nel lavoro lui…

R: Ma con te è stato gentile?

I: Sì, non c'entra con me, ho fatto una battuta.

R: Quindi mi hai detto che il tuo capo ti è venuto a prendere ad Abbiategrasso e il giorno dopo ti ha portato le stampelle…

I: Sì perché mi ha detto che era inutile che spendessi per la stampelle che lui ce le aveva lì, allora la mattina dopo me le ha portate.

R: Senti l'idea di non avere vicino la tua famiglia, tuo papà e tua madre sono in Romania?

I: Sono tutti là, sono qua da solo.

R: L'idea di esserti fatto male e di essere qui da solo come ti ha fatto sentire, ti sei spaventato?

I: No, non mi spaventa niente e poi loro non devono sapere niente.

R: Loro non hanno saputo che sei caduto dal tetto?

I: No, come facevo a dirglielo, si sarebbero preoccupati, loro devono sapere che va tutto bene.

R: E a tuo fratello l'hai detto?

I: A lui sì. Ma io non mi sono spaventato, io mi sono incazzato perché mi ero fatto male perché poi è un casino, non ho avuto mai dolore, solo poco, ma la testa gira, ti arrabbi.

R: Per una frattura non avevi male?!

I: Quando mi sono fatto male avevo l'adrenalina e poi siamo arrivati subito al pronto soccorso. Quando sono caduto mi sono tolto le scarpe e ho visto che il piede era gonfio. Il cannello l'ho tenuto in mano, il cannello era acceso…

R: Scusa, posso chiederti cosa è il cannello? È quello con la fiamma?

I: Sì. Il cannello è andato in pressione e per fortuna non è successo nulla. Era inutile che chiamassi quello là [il collega] perché era da un'altra parte e quindi non mi poteva sentire. Quando sono caduto ero da solo…

R: E poi hai urlato per chiedere aiuto?

I: No, mi sono tolto le scarpe, anche perché se avessi gridato non mi avrebbero sentito subito. È successo a (…), sai dov'è?

R: Sono passata una volta.

I: Comunque, dopo che sono caduto ho tolto le scarpe, ho visto che il piede era gonfio, ho camminato piano piano fino dall'altra parte e poi ho chiamato Cesare e gli ho detto di venire giù.

R: Cesare è un tuo collega o il tuo capo?

I: Collega e gli ho detto che ero caduto giù dal tetto. Allora abbiamo chiamato il capo e siamo andati all'ospedale più vicino che c'era.

R: Ma quando tu mi hai detto che non ti eri spaventato…

I: Non mi sono spaventato perché avevo capito subito che non mi ero rotto la gamba, rompere la gamba è una cosa grossa…

R: Tu ti sei mai rotto qualcosa prima dell'incidente?

I: No, ma ho visto e so che poi devi fare degli interventi, quindi caos.

R: Quando sei caduto quale emozione hai provato, proprio appena sei caduto?

I: Mi sono detto perché è dovuto succedere, perché sono scivolato?

R: Secondo te perché è successo? Perché eri stanco? Perché eri poco attento? Perché…

I: No, era mattina, erano le otto quindi non ero stanco…

R: Secondo te perché allora sei scivolato?

I: Il ghiaccio, era febbraio, faceva freddo… Dovevano mettere degli scivoli, l'acqua ghiacciata diventa come uno specchio su cui è facile scivolare. Noi dobbiamo asciugare prima, lo sappiamo per l'infortunistica, infatti, abbiamo asciugato prima perché si deve sciogliere, poi ho asciugato e poi mi sono partite le gambe. La colpa è del ponteggio perché l'hanno fatto male perché se il ponteggio fosse stato fatto bene non sarei caduto.

R: E chi è che ha fatto il ponteggio?

I: Quelli del cantiere.

R: Scusa non sono tecnica quindi spiegamelo in maniera semplice, tu mi hai detto che se il ponteggio fosse stato fatto bene non saresti caduto?

I: Sì, il ponteggio deve superare una certa quota di altezza [deve essere piuttosto alto] per proteggere e non far scivolare giù le persone.

R: Quindi tu dici che se fosse stato fatto bene il ponteggio, all'altezza giusta tu saresti caduto, ma saresti rimasto sul ponteggio e non saresti caduto dal tetto fino a terra?

I: Sì, mi sarei fermato prima, se il ponteggio è fatto bene non fa scivolare giù nemmeno i sassi. Io sono 6 anni che lavoro sui ponteggi perché prima facevo restauri di facciate per cui so cosa è un buon ponteggio!

R: Quando sei cascato, oltre a esserti reso conto che non ti eri rotto la gamba, avevi paura oppure…

I: No, ma sapevo che era un casino stare a casa…

R: Un casino perché, spiegami perché.

I: Devi metterti in infortunio e stare a casa, poi la salute è la cosa più importante.

R: Mi stai dicendo due cose importanti, era un casino perché quando si è sani è tutto più facile, anche vivere da soli oppure perché dovevi iniziare l'iter delle pratiche di infortunio che poteva essere lungo?

I: Mi sono incazzato perché non potevo fare le cose che facevo prima, ad esempio non potevo andare più a correre, non potevo giocare a pallone. Oggi devo stare sempre attento alla gamba [incidentata] quando vado sui tetti, devo stare sempre attento alla gamba, non posso sforzarla troppo perché se prendo una botta peggiora la cosa.

R: Sei molto sportivo?

I: Andavo a correre, mi piaceva fare dello sport.

R: Volevo capire, per un mese sei stato con il gesso?

I: Più di un mese, un mese e mezzo.

R: Per quanto riguarda l'andare all'Inail a fare le pratiche per entrare in infortunio, te ne sei occupato tu? Se ne è occupato il tuo capo? Cosa è successo?

I: Mi ricordo molto bene. Quando sono andato al pronto soccorso mi hanno aperto subito l'infortunio. Prima ti fanno gli esami del sangue per vedere se sei caduto perché hai bevuto e ti sei drogato, perché se è così l'Inail non ti dà niente. Poi mi hanno fatto le lastre. Poi mi hanno dato dei calmanti per il dolore. Ho dovuto aspettare un po', anche perché non era un'urgenza. Ho aspettato, ma non una cosa esagerata. Lì mi hanno aperto subito l'infortunio, poi mi hanno ingessato il piede, poi è venuto il mio capo che ha parlato con la dottoressa. Avevo l'infortunio per sessanta giorni, insieme al certificato dell'infortunio. Il primo foglio che non potevo spedire me l'ha spedito la ditta all'Inail. Poi per farmi seguire [nel follow up] mi sono trasferito da Abbiategrasso al San Carlo, perché Abbiategrasso era troppo lontano da casa mia. Avevo detto che era difficile raggiungere Abbiategrasso per me, era lontano, allora sono stato seguito al San Carlo. Loro [i medici di Abbiategrasso] mi hanno detto che potevo curarmi dove volevo. Allora sono andato dal mio medico di famiglia e mi sono fatto fare l'impegnativa e mi sono trasferito al San Carlo e ho iniziato le cure qui.

R: Che cure hai fatto?

I: Aspetta finiamo una cosa e poi…

R: Ok.

I: Ti spiego come sono andate le cose. Il primo foglio l'ha spedito la segretaria del mio capo all'Inail, tramite fax. Poi, io avevo un certificato in mano, quello che mi aveva fatto la dottoressa del pronto soccorso. Mi hanno fatto le lastre, la risonanze magnetica, la tac, mi ha guardato il piede. Poi mi allungavano l'infortunio a seconda dell'esito degli esami che mi facevano di volta in volta. Mi dicevano che avevo 20 giorni e che questo foglio lo dovevo presentare all'Inail, portando anche le lastre dietro. Andavo all'Inail, facevo il certificato, loro mi vedevano con le stampelle, le dottoresse, non mi hanno controllato, ma hanno visto solo cosa c'era scritto. Poi quando era scaduto quel certificato mi facevano un altro certificato. I dottori del San Carlo

sono stati bravi perché mi hanno detto che se andavo all'Inail non avrei pagato il certificato, invece, se fossi andato dal medico di famiglia avrei pagato 40 euro, sono queste le regole. Io non lo sapevo, invece, i dottori mi hanno informato su questa cosa.

R: Quindi ogni volta che andavi all'Inail ti facevano il certificato gratis?

I: Sì. Il foglio che mi davano al San Carlo lo portavo all'Inail e lì mi facevano il certificato, all'Inail ti danno l'ok. Ogni volta che l'Inail mi faceva il certificato lo dovevo spedire alla ditta, in originale.

R: Quindi venivi seguito al San Carlo mentre all'Inail dovevano confermare quello che ti avevano detto al San Carlo?

I: Esatto. Se fossi andato dal mio medico di base mi avrebbe chiesto 40 euro, per fortuna in ospedale mi hanno avvisato di questa cosa.

R: Quando andavi all'Inail la dottoressa ti visitava oppure si occupava del certificato e basta?

I: Loro [in Inail] non mi hanno preso la gamba in mano, non mi hanno visitato. In ospedale nemmeno soprattutto ovviamente quando avevo il gesso, in quel caso mi facevano solo la tac, le lastre, poi, dopo che mi hanno tirato via il gesso, mi hanno fatto solo due lastre. Invece all'Inail avevo il gesso quindi non potevano fare diversamente, guardavano solo le lastre e confermavano quello che avevano scritto al San Carlo.

R: Al San Carlo come ti sei trovato?

I: Bene, i medici erano molto gentili, invece, ad Abbiategrasso male…

R: Perché male?

I: Sono male organizzati, l'ospedale è messo male. Quando sono arrivato in ospedale non sono stati per niente gentili…

R: Secondo te non sono in generale carini perché?

I: Erano poco gentili, non davano le spiegazioni…

R: Ma tu facevi domande?

I: Sì, ma non ti spiegavano e mi rispondevano in modo poco gentile anche nelle risposte.

R: Invece al San Carlo come ti sei trovato?

I: Molto bene, già quando andavo a chiedere delle informazioni mi davano la carrozzina per spostarmi perché ci sono dei corridoi lunghi e devi spostarti tanto. Al San Carlo fanno le cose come si devono fare.

R: All'Inail come ti sei trovato?

I: Molto bene anche perché loro tengono a noi e noi teniamo a loro.

R: Fammi capire questa cosa…

I: Tra Inail e le ditte c'è un legame perché si mantengono a vicenda, sono legate. In Inail ho fatto delle domande rispetto ai pagamenti e a come funzionavano, quanto mi aspettava. Allora andavo al primo piano e lì mi dicevano tutto, il computer faceva vedere quanto mi dovevano, anche quando sarebbero arrivati i soldi. Poi mi mandavano le lettere a casa per andare a ritirare i soldi.

R: Le lettere erano chiare, riuscivi a capire quello che c'era scritto?

I: Sì, sono lettere tipo quelle che arrivano dalla banca. Per il pagamento dipende anche dalla ditta e dal tipo di contratto che hai. Se lavori per una ditta seria, in regola con i contributi anche l'Inail è seria e paga.

R: Adesso la tua pratica è chiusa?

I: Sì, il 18 aprile è stata chiusa perché il 19 ho iniziato a lavorare. Per i pagamenti mi hanno sempre pagato, l'Inail ha ritardato, rispetto allo stipendio, di 15 giorni, per il primo assegno. Alla fine ne ho ricevuti tre di assegni. L'Inail spedisce gli assegni alla ditta e poi il mio capo mi dava gli assegni.

R: Come faceva a darti gli assegni il tuo capo?

I: Per il primo assegno sono andato io in ufficio perché dovevo prendere le buste, dovevo chiarire un po' di cose e quindi sono andato io in ufficio. Il mio capo mi diceva quando arrivavano le lettere per me. L'Inail pagava il 60% e la ditta il 40%. Poi gli altri due assegni me li ha portati il mio capo al lavoro, quando ormai avevo già iniziato a lavorare.

R: Volevo capire una cosa che mi hai detto per telefono. Mi hai detto che tu avresti dovuto fare la riabilitazione, ma per scelta hai deciso di non farla. Cosa ti avevano prescritto?

I: Quando mi hanno tolto il gesso mi hanno dato 15 o 20 giorni, dopo 15 giorni dovevo tornare al San Carlo a fare la visita. Sono andato lì, dopo i 15 giorni. Mi hanno fatto la lastra perché con la lastra aspetti poco e te lo dicono subito come va la situazione. Il dottore l'ha vista e mi ha fatto i complimenti perché mi ha detto che ho le ossa forti, infatti, questo ha diminuito la botta. Poi il dottore mi ha detto che ero guarito e che non dovevo tornare più. Dovevo fare la riabilitazione, sono andato al Cub, mi hanno fatto aspettare tanto tempo.

R: Che cosa è il Cub?

I: È sempre un posto dentro il San Carlo. Quando è arrivato il mio turno mi hanno chiamato e mi hanno preso tutte le lastre, le hanno messe su una lampada molto bianca, appese. Quando le hanno viste mi hanno fatto i complimenti perché avevo le ossa molto forti e mi hanno fatto fare dei test alle gambe e nel camminare. Poi io ho detto che non volevo stare più in infortunio.

R: Perché non volevi stare più in infortunio?

I: Perché il mio capo mi chiamava e mi telefonava e poi mi ero stufato di stare a casa e vedevo anche che la gamba stava meglio. Allora ho chiesto al dottore se dovevo fare per forza la riabilitazione. Il medico mi ha detto che avrei dovuto farla, ma se non avessi fatto dei lavori pesanti, non avessi stancato troppo la gamba, potevo anche non farla perché la gamba comunque dovevo muoverla, mi avrebbe fatto bene, a patto che non la sforzassi e non facessi lavori pesanti.

R: Quindi il medico ti ha fatto i complimenti perché ti eri rimesso bene, anche se sarebbe stato meglio che avessi fatto anche un po' di riabilitazione?

I: Sì, ma non so se la ginnastica avrebbe cambiato la situazione della gamba.

R: Adesso tu come ti senti?

I: Ad esempio, adesso che sono stanco sento che la gamba mi dà un po' di fastidio, soprattutto la gamba fratturata, so che ci vorrà tempo, non sono delicato.

R: Quando il medico ti ha detto che avresti dovuto fare un po' di riabilitazione, tu gli hai chiesto se senza fare la ginnastica avresti recuperato tutto?

I: No.

R: Hai fatto domande di questo genere, tipo quando avresti recuperato oppure…

I: Il medico mi aveva detto che avrei dovuto fare la riabilitazione, io non ho fatto domande, poi lui mi ha fatto i complimenti per le ossa e che andava bene, quindi basta. Poi se avessi fatto la riabilitazione avrei dovuto essere in infortunio ancora per 15 giorni. Io potevo anche stare a casa. Io non ho voluto fare la riabilitazione perché camminavo bene e poi l'incidente non è stato nulla di grosso.

R: Però hai detto che non sei come prima?

I: Sì, ma so che sarà lunga, che la gamba la sentirò per tanto tempo. Il medico, però, non ti dice mai per quanto tempo la gamba sarà così [più fragile]. Per me non era necessario fare la fisioterapia perché al lavoro la gamba l'avrei dovuta muovere lo stesso [per lui equivale a fare esercizio, anche perché non sa in che cosa consiste esattamente la fisioterapia] e quindi pensavo non mi servisse. La dottoressa mi ha detto che dovevo decidere, io ho pensato che se andavo a lavorare piano piano la gamba si riprendeva.

R: Dato che tu eri in infortunio saresti potuto stare ancora un po' a casa e fare la ginnastica giusto?

I: Sì perché sarei potuto stare a casa almeno due o tre settimane ancora, ma è stata una mia scelta perché non reputavo fosse necessario, infatti, ho recuperato al cento per cento, ma spero che tra qualche anno non sentirò più quando cambierà il tempo, non mi darà più fastidio, ma chissà perché non sono un bambino di 5 anni, fresco e allora recuperi tutto.

R: Oggi che hai ripreso a lavorare sei contento di non aver fatto la ginnastica?

I: Non sarebbe cambiato niente. Quando ho ripreso il lavoro ho fatto fatica, anche perché queste cose sono lunghe, però piano piano…

R: Il tuo capo è stato fortunato ad avere una persona come te!

I: Sì, ma da noi, ne entra uno e ne escono due in infortunio o in malattia.

R: È molto frequente che capitino incidenti?

I: Dipende dal campo in cui lavori, non dalle persone, ma dal tipo di lavoro che fai. Nel nostro lavoro c'è chi cade dalla scala ed è entrato in infortunio, c'è chi si fa male alla caviglia…

R: Il tuo lavoro è pericoloso?

I: Sì.

R: Voi siete stati formati bene per quanto riguarda la sicurezza?

I: Abbiamo fatto il corso sulla sicurezza, vicino a casa mia, vicino a piazzale Segesta.

R: Se ti dovessi chiedere se hai dei suggerimenti da darmi per migliorare i servizi, da parte dell'Inail per renderlo ancora più efficiente o in ospedale…

I: Nessuno, in Inail fanno le pratiche, sono puntuali, i rimborsi arrivano quindi non c'è nessun motivo di migliorare le cose.

R: Se ti fosse successa la stessa cosa in Romania pensi che saresti stato trattato nella stessa maniera, sarebbe stato diverso, avrebbe funzionato meglio o peggio che in Italia?

I: Allora, io lì [in Romania], finito la scuola sono venuto qui e poi sono arrivato a Milano perché qui c'era mio fratello, in realtà sarei voluto andare a Londra.

R: Perché Londra?

I: Per quello che so io Londra è una capitale moderna, come Tokyo, Las Vegas, New York. Mi piacciono le cose moderne. A Milano comunque mi trovo bene, c'è tutto, moda, sport, tutto.

R: Mi stavi dicendo che tu hai lasciato la Romania presto, 10 anni fa, ma ti avevo chiesto: se ti fosse capitata la stessa cosa in Romania saresti stato seguito meglio o peggio?

I: Anche in Romania lo Stato paga, ti fai male e sei in infortunio, se sei regolare. Mio papà veniva pagato quando stava male. Lì [in Romania] c'è un altro sistema, c'è un'altra mentalità e un altro comportamento…

R: Fammi un esempio per capire.

I: Adesso sono cambiate tanto le cose però, ad esempio, lì puoi trovare delle persone, non per cattiveria, ma sono arroganti, lì non sono molto modesti. Se trovi lì un signore che lavora là [in un posto tipo Inail] da 40 anni è difficile che possa cambiare, se trovi una ragazza giovane lei sarà più gentile…

R: Invece, quelli che lavorano da tanti anni come sono?

I: Sono meno gentili.

R: Se potessi tornare indietro avresti preferito che questo incidente accadesse in Italia o in Romania? Dove ti saresti sentito meglio seguito?

I: Per quello che riguarda le cure è meglio qua [in Italia] perché là [in Romania] in alcune città ci sono dei dottori che sono molto bravi, inoltre c'è un sistema per cui occorre la mancia, anche se sei assicurato e sei in regola, ma se non gli dai la mancia non si occupano di te e se vuoi essere sicuro che l'operazione sia fatta bene devi spostarti, dalla mia città devi spostarti di 80 chilometri, la mia città è molto piccola. Là funziona così negli ospedali pubblici devi dare la mancia!

R: Altrimenti se non dai la mancia?

I: Ti senti trattato male, non è che ti lasciano morire però non ti trattano bene. Fino ad oggi non si è potuto fare nulla per cambiare la situazione, anche perché gli stipendi non sono alti e quindi arrotondano così.

R: Il fatto di essere straniero, secondo te, ha influito sul tuo percorso, ovvero da quando ti sei fatto male all'arrivo in ospedale, alle visite, all'Inail…

I: Mai, anche perché anche in passato quando la ditta mi ha assunto ho detto subito che se mi trattate bene sarebbe andato tutto bene, se fossimo stati trattati tutti allo stesso modo sarebbe andato tutto bene, anche perché se no ero capace di mandare a fanculo in faccia anche il padrone, ho un carattere così.

R: In ospedale ad Abbiategrasso mi hai detto che non ti hanno trattato bene…

I: Sì, ma non per questo motivo qua. Ad esempio quando sono andato al Fatebenefratelli a trovare questo mio amico che si è fatto male alla schiena, quando entri è davvero bello, sembra un albergo. Lì al Fatebenefratelli ho chiesto delle informazioni e mi hanno risposto bene e poi era tutto pulito…

R: E rispetto agli ospedali in Romania?

I: Gli ospedali in Romania sono brutti eccetto quelli dove vengono fatti i trapianti di rene e cuore, ma da noi ci sono molte cliniche private.

R: Prima di farti male al piede pochi mesi fa ti eri già fatto male sul lavoro?

I: Ho il legamento rotto nella gamba destra.

R: Ma ti sei fatto male mentre lavoravi?

I: No, giocando a calcio.

R: Quindi il tuo primo infortunio sul lavoro è stato quello di pochi mesi fa, quando sei caduto dal tetto?

I: Sì.

R: In conclusione pensi di essere stato curato e seguito bene?

I: Sì, sono soddisfatto e poi ho un carattere molto forte e sono molto orgoglioso, è difficile che io possa cadere per terra sia nel lavoro sia nell'amore.

R: Per il futuro cosa ti immagini, rimanere qui in Italia, andare a Londra?

I: Ho fatto degli investimenti e per colpa della crisi mi sono bloccato un po'…

R: Perché volevi aprire una tua attività?

I: Sì, vorrei tornare giù in Romania, non mi interessano più i 1.500 euro o 2.000 euro, tornerò a Milano a fare shopping.

4. Aziz, 48 anni

Aziz è in Italia dal 2003 e lavora nel settore edile, mentre in Marocco aveva un suo negozio di vestiti. Abita e lavora nella provincia di Brescia e ha avuto un infortunio circa un anno prima dell'intervista, ma non si è ancora ripreso. L'esperienza dell'incidente è segnata da un peggioramento di tanti aspetti del-

la sua vita, tanto da portare a una valutazione estremamente negativa della decisione di emigrare.

R: Volevo chiederle se mi racconta come è avvenuto l'incidente, quando è avvenuto.

I: Mi occupo di prefabbricati, di costruzione di muri. Sono salito su un muro perché dovevo mettere un po' di olio, sotto il muro c'era una barra, io sono scivolato e sono caduto da più di 2 metri di altezza e sono caduto di schiena. Ci doveva essere una barra di sicurezza, che serve a evitare che uno cada, ma lì nel cantiere non c'era questa barra di sicurezza. L'Asl è uscita fuori, dopo che ho avuto l'incidente…

R: Per controllare se il cantiere era in sicurezza?

I: Sì. Nel mio lavoro, di solito, sulla scala su cui si lavora ci dovrebbe essere una sbarra che tiene fermo l'operaio e fa sì che non cada…

R: E invece non c'era nel tuo caso, questa sbarra è una protezione?

I: Sì è una protezione e non c'era. Poi loro [il datore di lavoro e gli operai presenti sul cantiere] hanno messo tutto a posto, a norma, per far vedere all'Asl che era tutto a posto [a norma]…

R: Mi stai dicendo una cosa molto importante. Vediamo se ho capito bene: quando sei caduto non c'era questa sbarra di sicurezza e prima che arrivasse l'Asl il tuo datore di lavoro ha messo in sicurezza il cantiere?

I: Sì. Inoltre, non c'era nemmeno la canna in sicurezza!

R: Che cos'è la canna?

I: È un tubo che devi tirare e che è attaccato al muro e devi tirarlo sempre, però questo tubo dovrebbe essere sempre vicino a me, invece, in questo caso era lontano da me di almeno sei metri…

R: Prima mi hai detto che il datore di lavoro, prima che arrivasse l'Asl, aveva sistemato tutto, cioè cosa aveva fatto?

I: Aveva messo la sbarra che prima non c'era, non c'era nemmeno la scala. C'è anche un'altra storia: dove sono caduto io era un posto, ma il capo mi ha portato [trasportato] da un'altra parte; il padrone così ha detto alla Asl che io ero caduto qua e non dove ero caduto veramente. Inoltre, il capo mi aveva detto di dire che ero caduto qua e non dall'altra parte [dove realmente è successo l'incidente]…

R: Perché lì era a norma, nel secondo posto?

I: Sì. Quando la Asl è arrivata io ero con un mio collega. Poi sono arrivati i carabinieri. Io avevo battuto la testa e avevo perso conoscenza e quindi quando sono atterrato

ho chiuso gli occhi e non mi ricordo più nulla. Ho battuto la testa e la schiena, alla schiena mi sono fatto due fratture.

R: Quando ti sei svegliato, si è reso conto subito che l'avevano sposato in un altro posto?

I: Sì. Quando ho perso conoscenza mi hanno spostato il capo insieme a un amico. Poi quando la Asl ha parlato con questo amico [collega], la Asl gli ha detto di dire la verità su quello che era successo. Dopo un po' lui [collega] ha detto la verità davanti all'Asl e cioè che ero caduto in un altro posto e che poi mi avevano spostato…

R: Quindi ora l'Asl sa la verità. E il tuo collega di che nazionalità è?

I: Marocchina. Lui testimonierà in tribunale.

R: È stato coraggioso il tuo amico nel dire la verità?

I: Sì, ma anche perché l'Asl era rigidissima e continuava a dirgli che doveva dire la verità. Prima il mio amico aveva paura di dire la verità perché aveva paura del datore di lavoro perché il nostro capo voleva, invece, mettere in altro senso l'incidente.

R: Quando ti sei fatto male?

I: L'anno scorso, nel 2010. È passato già un anno e sono stato anche operato…

R: Mi racconti tutto…

I: Appena ho avuto l'incidente è arrivata l'ambulanza e mi hanno portato in ospedale a Montichiari…

R: Era l'ospedale più vicino al luogo dell'incidente?

I: Sì. Poi, invece, mi hanno trasferito all'ospedale civile di Brescia.

R: In ospedale che cosa è successo e come l'hanno seguita?

I: Mi hanno fatto l'ecografia e hanno trovato due fratture, D7, D8. Purtroppo, però, non sono stato operato subito!

R: Quanto è rimasto in ospedale?

I: 7 giorni. Mi hanno dato un busto e sono stato a letto, a casa, per 4 mesi, per quei mesi non potevo muovermi. Dopo questi 4 mesi i medici hanno deciso che dovevo essere operato, perché mi avevano fatto la risonanza magnetica per vedere la situazione e avevano visto che dovevo essere operato. Poi mi hanno fatto l'operazione durante il mese di marzo e poi solo dopo 2 giorni mi hanno fatto uscire dall'ospedale.

R: Quando è stato operato alla schiena è tornato a casa? Ma viveva da solo o con qualcuno?

I: Con mia moglie e con il mio bimbo. Sono stato a casa e poi ho fatto la fisioterapia.

R: Dove?

I: Qui all'Inail, però, ne ho fatta poco, solo 7 giorni.

R: Veniva a farla tutti i giorni o una volta alla settimana?

I: Tutti i giorni, facevo solo 15 minuti in cui mi attaccavano una macchina sulla schiena che scaldava la schiena.

R: E dopo che ha fatto questi giorni di macchina come si sentiva?

I: Non è cambiato niente, sentivo ancora male…

R: Ha detto alla fisioterapista che nonostante avesse fatto questi 7 giorni di fisioterapia aveva molto male?

I: No perché tanto sono loro [i medici] che decidono e se avevano deciso di fare solo 7 giorni era così punto e basta.

R: Lei ha provato comunque a dire che stava male?

I: Sì, ma loro dopo 4 o 5 mesi mi dicevano che dovevo tornare a lavorare, ma io sentivo ancora molto male e poi il mio lavoro era pesante e quindi non era facile tornare a fare lo stesso lavoro…

R: Mi ha detto che sente male, cosa sente oggi?

I: Dolore alla schiena. Io ho già deciso che non potrò tornare a lavorare perché non riuscirei, è troppo pesante.

R: Sarebbe possibile, sempre nella stessa ditta, fare un altro lavoro meno pesante? Con il datore di lavoro ha parlato di questo problema?

I: Al capo non interesse nulla, infatti, lui non voleva nemmeno che si aprisse l'infortunio, che ci fossero gli avvocati di mezzo. Adesso è difficile tornare da lui a lavorare, anche perché il padrone è cattivo, non è normale. Lui sgrida sempre e dopo il primo mese di infortunio il capo mi aveva detto di tornare a lavorare. Lui mi aveva detto di rientrare a lavorare e che se stavo male potevo mettermi in malattia e poi sono sicuro che se l'avessi fatto poi mi avrebbe mandato via.

R: Adesso la sua paura qual'è?

I: Non so cosa fare perché non posso tornare a lavorare, ma non so cosa fare, forse mi hanno detto che potrei chiedere la pensione di invalidità, ma nessuno mi ha spiegato cosa posso fare… Non posso tornare a lavorare. Non so che carte devo preparare per avere l'invalidità, anche per l'assicurazione, dato che io sono caduto proprio mentre lavoravo…

R: Mi sta dicendo che ci sono due problemi: il primo è che oggi le diranno se dovrà tornare a lavorare perché potrebbero chiuderle la posizione di infortunio e non si sentirebbe di tornare a lavorare perché il lavoro è pesante…

I: Non solo il lavoro è pesante, ma anche il clima con il capo è pesante, il capo ora sarà ancora più cattivo. Se io dovessi rientrare cercherebbe [il datore di lavoro] di buttarmi fuori!

R: Quindi in realtà ci sono tre problemi: la paura di oggi nel sapere se verrà chiusa la posizione di infortunio e dell'eventualità di dover tornare a lavorare, la paura di dover tornare al lavoro sia perché il lavoro è duro e quindi non ce la potrebbe fare fisicamente sia perché il clima sarebbe orribile e il terzo problema riguarda l'aspetto burocratico, ovvero come si deve muovere per chiedere la pensione di invalidità?

I: Sì, ci dovrebbe essere qualcuno che spieghi tutte queste cose…

R: Ha provato a chiedere qui all'Inail?

I: Ho chiesto al mio avvocato. Mi ha detto che fino a quando la mia posizione di infortunio è aperta non mi possono dire nulla sull'invalidità, una volta che mi chiudono l'infortunio mi devo muovere per ottenere l'invalidità. Oggi è un momento di incertezza…

R: Rispetto a prima dell'incidente, che si sentiva bene al 100%, ora quanto ha recuperato?

I: Il 50%.

R: Cosa non riesce più a fare rispetto a quello che faceva prima?

I: Il lavoro pesante non posso più farlo perché ho meno forza. Prima riuscivo anche ad aiutare mia moglie in casa per i mestieri, prima correvo, facevo sport, prima sollevavo le cose ora non riesco. L'operazione che ho fatto è stata grossa, mi hanno messo due placche nella schiena e quindi non posso sollevare i pesi.

R: Se tutto questo fosse successo in Marocco sarebbe stato curato meglio? Peggio? In che cosa sarebbe stato diverso?

I: Per quanto riguarda l'ospedale, qui in Italia è meglio. Di là, in Marocco, è più costoso. Però, in Marocco è tutto più chiaro, fai delle domande e hai delle risposte, invece, qui [in Italia] sei tu che devi cercare da solo tutto, se non parli bene l'italiano, se

non ti sai muovere, sei solo. Per gli stranieri qui è tutto difficile perché se non hai nessuno che ti aiuta continui a perdere tempo, giri, giri e non vai da nessuna parte. Nessuno ti dice quali sono i tuoi diritti, cosa devi fare… Qui ti cercano sempre di fregare, verso gli stranieri…

R: Da quanti anni sei in Italia?

I: Nel 1994 sono arrivato in Italia.

R: Adesso è in una situazione difficile, ha mai pensato di tornare in Marocco?

I: Io ho una moglie e un figlio di 11 anni qua, devo pagare l'affitto di 500 euro e prendo dall'Inail 600 euro, non posso andare avanti così!

R: Sua moglie lavora?

I: No, non lavora. Anche se mi dovessero dare di pensione di invalidità 700 euro comunque non basterebbero perché come puoi vivere così se devi pagare 500 euro di affitto. Poi mio figlio va a scuola… Come posso andare avanti così?

R: E quindi cosa pensa di fare, di stare qui oppure di tornare in Marocco?

I: Non so, vorrei stare qui in Italia, però, qui non c'è più futuro, come faccio a vivere pagando l'affitto, le bollette, per mandare mio figlio a scuola?

R: Mi sembra di capire che ora non sa cosa fare, se stare in Italia dove la vita costa tanto oppure tornare in Marocco…

I: Il problema è che mio figlio è nato qua, ha il passaporto italiano, va a scuola in Italia, lui si trova bene qui. La salute l'ho persa qua in Italia, torno in Marocco e cosa dico: guardate sono stato in Italia, ho lavorato, sono stato male e mi hanno buttato fuori. Non è giusta questa cosa!

R: Sua moglie non potrebbe andare a lavorare?

I: Mia moglie ha 48 anni e quindi non troverà nessun lavoro, è malata anche lei e mio figlio è piccolo, non può lasciare la scuola e andare a lavorare. Mia moglie e mio figlio hanno il passaporto italiano.

R: Lei invece?

I: Io ho la carta di soggiorno.

R: Che tipo di contratto ha con il suo datore di lavoro?

I: A tempo indeterminato…

R: Quindi un contratto buono.

I: Sì, ma il capo [datore di lavoro] è straniero, potrebbe scappare da un momento all'altro così tu non sei tutelato… Sarebbe diverso se l'azienda fosse grande, questa ditta è un artigianato, hai meno diritti, ti possono anche licenziare, non sei protetto!

R: Quando ha avuto l'incidente qual'è la prima preoccupazione che ha provato?

I: Ho pensato alla mia famiglia. Avrei dovuto andare a portare al mare mia moglie e il bambino a Ravenna. Quando sono caduto sono svenuto e non mi ricordo niente, appena mi sono svegliato ho pensato che ero ancora a vivo, rispetto all'altezza da cui sono caduto, potevo morire e spaccarmi la testa con dei ferri che erano per terra. Avevo dei pezzi di terra che mi erano entrati nella testa da quanto è stato forte il colpo.

R: Per quanto riguarda l'Inail, chi si è occupato delle pratiche burocratiche e…

I: Al pronto soccorso mi hanno aperto l'infortunio. Mi hanno dato un foglio, uno era da mandare all'Inail e uno al datore di lavoro. Io sono sempre venuto con un mio amico all'Inail perché lui mi traduce perché parla meglio di me l'italiano.

R: Quando è andato all'Inail come si è trovato?

I: L'amico conosceva l'Inail perché molte persone che lavoravano con lui in un'azienda si erano fatte male. Anch'io conoscevo già l'Inail perché 6 anni fa mi ero già fatto male al piede ed ero venuto sempre a questa Inail…

R: E aveva fatto anche la riabilitazione, la ginnastica al piede?

I: No.

R: Torniamo indietro su quello che è successo un po' di tempo fa, mi ha detto che è stato per tanti mesi a letto con il busto…

I: 4 mesi l'ho tenuto quando ero stato a letto immobile e poi quando mi sono alzato dal letto l'ho tenuto ancora, in totale, ho tenuto il busto per 10 mesi.

R: In ospedale e poi quando era a letto con il busto chi l'ha aiutata?

I: Mia moglie per fortuna mi ha aiutato…

R: I suoi genitori sono in Italia o in Marocco?

I: Mia mamma è in Marocco e mio papà è morto…

R: Sua mamma ha saputo del suo incidente?

I: No perché non ho voluto dirle niente, i primi mesi non ho voluto dire nulla perché non volevo farla preoccupare…

R: Sua mamma è da sola, hai dei fratelli o delle sorelle?

I: Ho sette fratelli. I miei fratelli però alcuni sono in Spagna, in Belgio. La maggior parte sono in giro per il mondo. Quelli che sono rimasti in Marocco, però, vivono e lavorano lontani da mia mamma.

R: Quindi mi diceva che per fortuna c'era sua moglie che l'ha aiutata…

I: E anche mio amico [per 2 anni è stato disoccupato] che mi ha sempre accompagnato, lui guida la macchina e mi accompagna in macchina dovunque.

R: Secondo lei, dal momento dell'incidente, all'ospedale, all'Inail, alla fisioterapia è stato seguito bene, è stato curato bene, avrebbero potuto fare di più?

I: Purtroppo il dolore c'è ancora.

R: Cosa si poteva fare di più per alleviare il dolore?

I: Magari potevano operarmi prima!

R: Da quando ha avuto l'incidente a quando è stato operato quanto tempo è passato?

I: Sono passati otto mesi, se mi avessero operato subito oggi sono sicuro che starei meglio. Anche per quanto riguarda gli appuntamenti fissati con gli specialisti erano difficili da fissare, passava tanto tempo tra un appuntamento e l'altro. Magari arrivavi da un bravo medico, ma era passato già troppo tempo. Magari all'ospedale potrebbero già aiutarti a trovare la soluzione subito al posto di farti andare una volta di qua, una volta di là, poi ancora da un'altra parte. Dovevano decidersi subito che dovevo fare l'operazione e non aspettare!

R: Volevo capire una cosa: questi specialisti che ti hanno visto una volta di qua, una volta di là, erano dei medici di cui ti avevano parlato all'Inail? Tramite chi?

I: Non tramite l'Inail. Io sentivo ancora tanto male, allora andavo dal medico di base e glielo dicevo, allora lui mi diceva di andare da un medico, poi questo nuovo medico mi diceva di andare da un altro medico perché era specializzato nei problemi della schiena e poi ancora da un altro medico. Alla fine sono passati 8 mesi. Ti faccio un esempio, vorrei tornare dal medico che aveva detto che dovevo essere operato, se voglio tornare da lui devo aspettare da giugno a ottobre che mi ha fissato l'appuntamento, da giugno a ottobre sono quasi 5 mesi. È stato lungo perché sono passato da uno specialista all'altro. Ad esempio, il medico del dolore mi ha detto di prendere delle medicine, ma di andare poi anche a farmi vedere da un altro specialista, poi questo [ultimo specialista] mi ha mandato da un'altra parte.

R: È stata una catena?

I: Esatto, alla fine è arrivata l'operazione.

R: Quando è venuto all'Inail nel corso delle varie visite, ha chiesto a loro se conoscevano degli specialisti da consigliarle?

I: No, loro [all'Inail] non parlano e prima di arrivare all'Inail devi avere già in mano le impegnative con le visite altrimenti loro chiudono l'infortunio. All'Inail vieni solo per prolungare l'infortunio e non per fare delle visite…

R: In più di un anno che viene qua all'Inail non è mai stato visitato?

I: Sono stato vistato solo quando sono stato operato e così mi hanno prolungato l'infortunio, il medico mi ha messo la mano sulla schiena e basta.

R: Da quello che mi dice, l'Inail, secondo la sua esperienza, serve solo a prolungare l'infortunio?

I: Sì serve solo a prolungare l'infortunio.

R: Alla fine, da quando si è fatto male, da quanti specialisti è andato, dal momento dell'incidente ad oggi?

I: Troppi, 6, 7, 8 perché da alcuni medici sono andato più volte e da altri solo una volta.

R: Secondo lei sono più le cose positive o quelle negative rispetto a come è stato seguito?

I: Soprattutto negative…

R: Mi dice le tre cose principali negative quali sono state?

I: Ci sono stati dei medici che non mi hanno trattato bene, ad esempio quelli che non ti guardano bene, non ti fanno la visita e scrivono solo delle carte, poi i tempi di attesa dell'operazione sono stati troppo lunghi, ho girato troppo e ho visto troppi specialisti!

R: Mi dia dei suggerimenti per migliorare i servizi in futuro, per far funzionare meglio tutto…

I: Non far passare così tanto tempo dall'incidente all'operazione, così uno si rimette meglio, infatti, anche il medico che mi ha operato mi ha detto che ero arrivato lì troppo tardi. Poi, per quanto riguarda gli specialisti, in ospedale potrebbero già aiutarti dandoti dei nomi, altrimenti io devo fare tutto da solo [trovare lo specialista], giriamo noi da soli per trovare i medici, poi un medico ti manda da un altro e la catena non finisce più.

R: Per quanto riguarda la retribuzione, cioè gli assegni dell'Inail, gli assegni arrivavano regolarmente?

I: Si però è poco rispetto a quello che guadagnavo; è poco perché il mio capo, per pagare meno tasse, mi aveva messo nella busta paga una cifra più bassa di quella che prendevo veramente perché il resto me lo dava a mano [in nero] e dato che l'Inail guarda la busta paga, i soldi che arrivano sono pochi. Dall'Inail mi arrivano 640 euro perché la busta paga non è fatta giusta, ma più bassa di quella che è realmente…

R: Ma il datore di lavoro ha integrato, le ha dato dei soldi in questi mesi?

I: No, non mi ha dato nulla perché la legge dice che è solo l'Inail che deve pagare, il datore di lavoro non deve dare nulla.

R: Quindi il problema è anche questo, con l'assegno dell'Inail è difficile arrivare a fine mese?

I: Sì, infatti, l'affitto non lo sto pagando perché mi arrivano 600 euro, l'affitto è di cinquecento, poi ho le bollette, il gas. È già da tanto che non pago l'affitto perché il padrone di casa è bravo e sa com'è la situazione, è da 11 anni che abito in quella casa e ho sempre pagato. Oggi ogni mese do qualcosa, quello che riesco. Lui è bravo.