

# L'IMMIGRAZIONE IN TRENTINO

Rapporto annuale 2012

a cura di

Maurizio Ambrosini, Paolo Boccagni e Serena Piovesan

Dicembre 2012

© copyright Giunta della Provincia Autonoma di Trento - 2012

#### Collana **infosociale 45**

Assessorato alla solidarietà internazionale e alla convivenza  
Servizio Politiche sociali e abitative  
Tel. 0461 493800, fax 0461 493801  
www.provincia.tn.it/sociale

### **L'immigrazione in Trentino – Rapporto annuale 2012**

*a cura di*

Maurizio Ambrosini, Paolo Boccagni e Serena Piovesan

*Stesura del testo*

Maurizio Ambrosini (Introduzione; Capitolo 3); Paolo Boccagni (Capitolo 1; Capitolo 2; Capitolo 6);  
Serena Piovesan (par. 2.2; Capitolo 5); Roberta Raffaetà (Capitolo 4); Stefania Viola (Capitolo 7); Martina  
Zandonai (Capitolo 8); Adriano Tomasi (Capitolo 9); Tiziano Paolazzi e Patrizia Toss (Capitolo 10).

*Raccolta ed elaborazione dati a cura di*

Serena Piovesan

*Coordinamento editoriale*

Pierluigi La Spada e Serena Piovesan

*Promotore*

Centro informativo per l'immigrazione (CINFORMI), in collaborazione con Cooperativa Città Aperta  
Via Zambra n. 11 - 38121 TRENTO  
Tel. 0461405600 - Fax 0461405699  
e-mail: cinformi@provincia.tn.it  
www.cinformi.it

*I curatori della ricerca*

**Maurizio Ambrosini** è docente di Sociologia dei processi migratori nell'Università degli studi di Milano, presso la Facoltà di Scienze politiche, dove coordina il corso di laurea triennale in Scienze sociali per la globalizzazione. È responsabile scientifico del centro studi Medi-Migrazioni nel Mediterraneo di Genova, della Scuola estiva di Sociologia delle migrazioni e della rivista "Mondi migranti". Tra i suoi recenti lavori ricordiamo: *Sociologia delle migrazioni* (Il Mulino, 2011, nuova edizione); *Richiesti e respinti* (Il Saggiatore, 2010); *Un'altra globalizzazione* (Il Mulino, 2008); *Migrazioni e società* (Angeli, 2009, curatore, con E. Abbatecola); *Intraprendere tra due mondi* (Il Mulino, 2009, curatore).

**Paolo Boccagni** è docente di Sociologia all'Università di Trento, presso il Corso di laurea in Servizio sociale. Si occupa di migrazioni, politiche sociali, terzo settore, diversità etno-culturale e studi transnazionali. Ha pubblicato articoli in svariate riviste scientifiche, italiane e internazionali, tra cui "Global Networks" e "Journal of Ethnic and Migration Studies". Tra le sue ultime pubblicazioni, *Tracce transnazionali: vite in Italia e proiezioni verso casa tra i migranti ecuadoriani* (Angeli, 2009); *L'integrazione nello studio delle migrazioni: teorie, indicatori, ricerche* (con G. Pollini) (Angeli, 2012); *Cercando il benessere nelle migrazioni: l'esperienza delle assistenti familiari straniere in Trentino* (con M. Ambrosini) (Angeli, 2012).

**Serena Piovesan**, dottore di ricerca in Sociologia e Ricerca sociale, svolge attività di ricerca, con particolare riferimento ai temi dell'immigrazione straniera. È specializzata nello studio etnografico delle migrazioni est-europee.

*Si ringraziano per il loro contributo alla ricerca:*

Agenzia del Lavoro – Osservatorio Mercato del Lavoro – PAT; Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari; Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Trento; CGIL del Trentino; CISL del Trentino; Commissariato del Governo della Provincia di Trento; Direzione Casa Circondariale di Trento; INAIL – Trentino; Questura di Trento; Ufficio Organizzazione, processi e sistemi informativi – Servizio Amministrazione e attività di supporto – PAT; Servizio Epidemiologia clinica e valutativa – APSS; Servizio Lavoro – PAT; Servizio Statistica – PAT; Ufficio Edilizia abitativa pubblica – Servizio Politiche sociali e abitative – PAT; Ufficio Ispettivo del Lavoro – PAT; UIL del Trentino.

*Progettazione grafica e impaginazione*

Tecnolito grafica - Trento

*Foto di copertina: Fotolia, Zotta*

## **PREFAZIONE**

Da undici anni il Rapporto annuale sull'immigrazione in Trentino rappresenta per le istituzioni pubbliche e il mondo sociale una importante bussola per delineare e orientare politiche locali in tema di convivenza e coesione.

E mai come oggi, in un periodo segnato da importanti trasformazioni sociali ed economiche, avere a disposizione un dispositivo di analisi approfondita e dettagliata sulle dinamiche del fenomeno migratorio favorisce un'efficace programmazione degli interventi pubblici, fondamentali per la tenuta sociale della nostra provincia e per accompagnarne il cambiamento.

Le riflessioni proposte nel Rapporto, da quelle che riguardano la popolazione, il mondo del lavoro, fino all'istruzione e alla sanità, per citare alcuni dei principali ambiti trattati, costituiscono un impegno di analisi e soprattutto un servizio di informazione alla comunità.

Si tratta di una pista tenacemente coltivata attraverso molteplici attività di ricerca previste dal Piano Convivenza approvato dalla Giunta provinciale, nella convinzione che così si possa aiutare il cittadino a formarsi una propria idea dei cambiamenti strutturali che stanno maggiormente interessando il territorio e che vedono l'apporto degli immigrati come fattore strutturale.

L'auspicio è che la ricchezza informativa contenuta nel Rapporto sia sempre più condivisa, valorizzata e posta al centro del confronto tra strutture pubbliche e mondo sociale, puntando così ad un servizio alla cittadinanza sempre più qualificato e utile, capace di raccoglierne le sollecitazioni. Dare all'opinione pubblica una articolata presentazione del fenomeno migratorio, che sia caratterizzata da un nuovo linguaggio capace di dissolvere i malintesi che sovente circondano questo tema e che metta al centro la parola chiave "convivenza", rimane una delle più importanti sfide che siamo chiamati ad affrontare.

***Lia Giovanazzi Beltrami***  
***Assessore alla solidarietà internazionale***  
***e alla convivenza***  
***della Provincia autonoma di Trento***

## SOMMARIO

	Pag.
Presentazione.....	9
<b>INTRODUZIONE</b>	
<b>Dopo il multiculturalismo. Vecchi problemi e nuovi linguaggi nelle politiche locali per gli immigrati.....</b>	<b>13</b>
1. La gestione locale di un'emergenza politica.....	15
2. La ricerca sulle politiche urbane in Italia e in Europa.....	17
3. Le tendenze condivise.....	19
4. Filosofie nazionali e politiche locali.....	20
5. Retoriche e pratiche delle politiche locali per gli immigrati.....	22
6. L'intervento della società civile e la governance locale dell'immigrazione.....	24
7. Il <i>dark side</i> : le politiche locali di esclusione degli immigrati.....	26
8. Rilievi conclusivi: multiculturalismi urbani in cerca di nuovi linguaggi politici.....	28
<b>La presenza immigrata in provincia di Trento: alcuni indicatori essenziali (31.12.2011).....</b>	<b>31</b>
<b>PRIMA PARTE</b>	
<b>1. Il profilo sociodemografico.....</b>	<b>33</b>
1.1 L'evoluzione delle presenze straniere nel territorio locale.....	35
1.2 Immigrati e cittadini (di altri Paesi): gruppi nazionali e permessi di soggiorno.....	42
1.3 Dalla stabilizzazione familiare all'acquisizione della cittadinanza italiana.....	50
1.4 La distribuzione territoriale della popolazione straniera.....	54
1.5 La distribuzione di genere.....	57
1.6 La distribuzione per classi di età.....	60
1.7 Le seconde generazioni tra gli stranieri in Trentino.....	65
1.8 I matrimoni misti.....	68
<b>2. I processi di integrazione locale: casa, scuola, salute, devianza.....</b>	<b>73</b>
2.1 L'accesso alla casa e al mercato abitativo.....	75
2.2 La presenza nel sistema scolastico.....	81
2.3 I servizi socio-sanitari: accesso e fruizione.....	93
2.4 Devianza e criminalità.....	106

<b>3. La cittadinanza economica</b> .....	111
3.1 L'occupazione degli immigranti in Trentino: segnali contrastanti.....	113
3.2 I lavoratori in mobilità.....	119
3.3 L'andamento delle assunzioni e i fabbisogni di lavoro straniero.....	121
3.4 Il lavoro interinale: frenata e continuità.....	127
3.5 Un approfondimento: il lavoro domestico e assistenziale in ambito familiare .....	131
3.6 Zone d'ombra: infortuni e situazioni di lavoro irregolare.....	133
3.7 Il lavoro autonomo: una sfida alla crisi.....	137
3.8 Dall'inclusione economica alla cittadinanza sociale: la partecipazione sindacale.....	141
3.9 Osservazioni conclusive: ciò che insegna la resilienza.....	143

## **SECONDA PARTE**

<b>4. Famiglie immigrate e accesso ai servizi sanitari di pediatria nella provincia di Trento: una ricerca antropologica</b> .....	145
<b>5. Canali e processi di trasmissione intergenerazionale della danza in emigrazione: etnografia sul flusso migratorio tra Moldavia e Trentino</b> .....	163
<b>6. I bisogni emergenti delle assistenti familiari straniere</b> .....	185
<b>7. I percorsi scolastici e lavorativi della seconda generazione albanese in Trentino</b> .....	199
<b>8. L'associazionismo migrante e la cooperazione allo sviluppo</b> .....	221
<b>9. Immigrati ed Educazione degli Adulti in provincia di Trento</b> .....	245
<b>10. Richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale, emergenza profughi: progetti di accoglienza e tutela in Trentino</b> .....	251
<b>Bibliografia</b> .....	263

## Introduzione

Il presente contributo deriva dalla ricerca “Immigrazione e cure parentali in Trentino”<sup>1</sup> che mira ad esplorare come le famiglie immigrate in Trentino di origine marocchina e ecuadoriana curano i loro figli in età pre-scolare, e in particolare come accedono ai servizi sanitari e di pediatria.<sup>2</sup> La ricerca è iniziata nella primavera del 2010 e ha considerato le famiglie residenti nel bacino dell’alto Garda e nella Val Giudicarie. Senza dubbio, la comunità marocchina e quella ecuadoriana possiedono caratteristiche assai differenti; in questo articolo vengono però analizzati i tratti di comunanza.

Fino ad oggi la maggior parte delle ricerche sull’immigrazione ha posto l’attenzione sugli aspetti politici ed economici dell’esperienza migratoria, ma le famiglie e le relazioni familiari sono un aspetto fondamentale per una buona ed effettiva integrazione, soprattutto alla luce del fatto che una gran parte dei nuovi arrivati sono persone relativamente giovani, con bambini piccoli o con la volontà di formare una nuova famiglia nel contesto ospitante. Secondo il Rapporto Immigrazione del 2008, nella provincia di Trento, uno straniero su quattro (24,4%) aveva meno di diciotto anni e ben il 12,7% delle nascite avvenute nell’anno passato corrispondeva a figli di stranieri (Ambrosini et al., 2008). Il peso della popolazione minorenni e dei nati stranieri assumono valori più alti della media nazionale. Questi dati spingono ad una valutazione dello stato di salute di queste nuove generazioni che compongono di fatto il tessuto sociale trentino, oltre che ad una seria considerazione del loro ruolo nei processi di integrazione.

Spesso il primo contatto che gli immigrati hanno con il sistema pubblico – oltre che con i servizi per gli immigrati – avviene attraverso i servizi sanitari antenatali e pediatrici. Questo è un passaggio molto importante per l’inte-

---

<sup>1</sup> Finanziata dalla Provincia di Trento, attraverso una borsa di studio della Commissione Europea Marie Curie COFUND PAT. La ricerca è iniziata nella primavera del 2010 ed è tuttora in corso. Sono state effettuate 24 interviste nell’area delle Giudicarie e 18 nel bacino dell’Alto Garda a famiglie immigrate dal Marocco e dall’Ecuador che hanno almeno un bambino in età pre-scolare. Sono state inoltre condotte 5 interviste con pediatri. Le interviste sono state condotte in profondità, attraverso l’utilizzo di tracce semi-strutturate. Per rispetto dell’anonimato dei partecipanti alla ricerca i nomi qui utilizzati sono pseudonimi.

<sup>2</sup> La ricerca è stata resa possibile dal gentile coinvolgimento dello staff del Consultorio Familiare di Riva del Garda e di Tione, dei pediatri delle Giudicarie e del bacino dell’Alto Garda, della Comunità di Valle delle Giudicarie, del GRIS (Gruppo Immigrazione e Salute) e del Centro Multietnico di Tione. La ricercatrice ringrazia di cuore anche tutte le famiglie ecuadoriane e marocchine che l’hanno così gentilmente e amichevolmente accolta nelle loro case e hanno condiviso con lei le storie più intime della loro vita familiare.

grazione, in cui si affrontano le contraddizioni tra i discorsi e le pratiche della loro cultura originale e quelle della comunità ospitante ed in cui emergono le problematiche principali della condizione migratoria.

La finalità di questo progetto è comprendere come l'esperienza di genitore migrante influenzi sia la gestione della salute dei figli che l'inclusione sociale, due aspetti tra loro intimamente legati. La natura della ricerca qualitativa non è quella d'offrire generalizzazioni nella forma di percentuali o proporzioni numeriche, ma quella d'identificare relazioni significative tra vari aspetti di una problematica sociale. La ricerca sul campo ha messo in luce che essere genitori stimola l'inclusione sociale e la comunicazione interculturale, processo nel quale gli spazi sanitari occupano un ruolo cruciale. In questo articolo, tuttavia, verranno evidenziati gli aspetti di problematicità dell'incontro tra i migranti e la comunità trentina. La costruzione di una famiglia e il trasferimento in una terra nuova sono entrambi due cambiamenti significativi nella vita di un individuo. Combinati, possono esporre all'incertezza e alla fragilità. Questa condizione è spesso affrontata appoggiandosi a figure o a simboli d'autorità e sicurezza, come lo sono i medici e la medicina per molti migranti. Non sempre questo incontro ha esiti felici; esistono infatti ostacoli culturali, strutturali e individuali al processo d'integrazione. Quando questi si sommano, anche l'accesso ai servizi sanitari diventa problematico e aggrava, in un circolo vizioso, la percezione che gli immigrati hanno di essere discriminati, accrescendo le difficoltà all'integrazione e limitando, al tempo stesso, le capacità ad assumere con sicurezza il ruolo genitoriale.

## Rivisitare un mito

In un recente articolo che discute la condizione delle donne immigrate in Italia e le loro esperienze come madri, si legge:

La conoscenza diretta di un modello di maternage appreso, costantemente verificato e interiorizzato, permette alla mamma straniera [...] di ricorrere meno frequentemente ai manuali sull'infanzia o all'uso del pediatra di quanto non succeda alle madri italiane. (Martini, 2002, p. 174)

Tale affermazione rispecchia un'opinione comune tra le persone, a volte anche operatori sanitari, che non sono a contatto diretto e quotidiano con le mamme immigrate in quanto genitori. Esiste infatti una specie di mito che avvolge di mistero e di fascino la madre immigrata; essa viene spesso descritta ed immaginata come l'incarnazione della madre archetipa, esperta di pratiche e conoscenze ancestrali, capace di intendere le necessità dei neonati e cono-

scitricce di rimedi naturali. Quest'immagine idealizzata fa da riscontro alla descrizione negativa che spesso viene fatta della madre italiana: impaurita, disorganizzata, ansiosa e incapace di prendere decisioni sull'educazione e la salute dei propri figli.

La presente ricerca ha invece messo in evidenza come spesso le madri immigrate possano facilmente essere madri disorientate. Come confessa Lubna, 32 anni, originaria del sud del Marocco e arrivata in Italia nel 2003 per lavorare:

Dopo la prima bambina mi sono trovata a essere una mamma. La bambina è arrivata senza aspettarla. Mi sentivo ancora una ragazza, con amici, qua in Italia per lavoro, una di quei giovani marocchini che sognano di venire in Europa per lavorare, per avere una casa, per avere più...e invece mi sono trovata essere una mamma, responsabile di una bambina. Avere bambini non è facile, sono una persona nervosa, non so come si tratta con i bambini. Meno male che mio amico bravo, mi aiuta, mi tiene la bambina. Pian piano col suo aiuto ho imparato.

Se è pur vero che molte donne immigrate sono cresciute in famiglie con un grande numero di bambini in cui, fin da piccole, venivano coinvolte in compiti di cura, la nascita del/la primo/a figlio/a in terra straniera pone spesso sfide e dubbi di natura diversa da quelli incontrati nell'accudimento di un nipotino o una sorellina a casa, dove la giovane donna era circondata da una cerchia di altre donne pronte a intervenire in suo aiuto. Vari fattori, tra cui la distanza geografica tra la madre patria e il nuovo contesto, l'incontro/scontro con nuovi modelli genitoriali e di cura e la posizione marginale all'interno della società italiana, rendono la donna immigrata più fragile rispetto alle sue potenzialità e spesso indecisa nel gestire la salute e l'educazione dei suoi figli. La specifica alchimia tra i fattori sopra elencati e altri fattori come l'età della mamma, la durata del suo soggiorno in Italia, la sua provenienza e il suo retroterra educativo e sociale determina quanto la mamma immigrata sarà capace di esplicare le sue funzioni genitoriali con più o meno sicurezza.

Le mamme immigrate si trovano a vivere in un contesto sociale che appare loro profondamente diverso da quello del loro paese d'origine. Non solo la lingua e la religione, ma anche le convenzioni sociali che regolano le relazioni tra gli adulti e i più giovani e l'atteggiamento dei bambini vengono descritti da queste donne come molto diversi rispetto a quello a cui erano abituate. I bambini italiani, per esempio, sono spesso descritti come sboccati e viziati. Le donne immigrate criticano pesantemente il fatto che i bambini italiani, anche piccoli, utilizzano molte parolacce, interpellano gli adulti come pari e pretendono che i loro desideri vengano esauditi. La maggior parte dei genitori mostra forti dubbi riguardo al modello educativo italiano, che appare loro poco attento ad insegnare ai bambini il rispetto per le gerarchie, per gli adulti,



per gli anziani e poco incline a trasmettere l'importanza dell'utilizzo di un linguaggio e di un atteggiamento serio, che includa il valore della reciprocità e della solidarietà. I genitori immigrati cercano di compensare all'interno dell'intimità familiare e/o della comunità di riferimento queste carenze educative. Nelle famiglie ecuadoriane i figli danno del 'lei' ai genitori e il rispetto per gli adulti è valorizzato. Valery, originaria dell'Ecuador, 34 anni e due figli, in Italia dal 1999, commenta:

Mio marito riesce a imporre la disciplina solo con lo sguardo, mio marito è ben determinato [*recto*]. [...] Quando vedo le mie amiche mi dicono "ma sai che abbiamo visto tuo figlio ieri. E stato molto educato, ci ha salutate, stretto la mano...". Tutti lo riconoscono che i miei figli sono educati, e questo è qualcosa che fa molto felice una mamma.

Nonostante i buoni propositi, creare un'isola felice all'interno di una società di cui non si approvano alcuni comportamenti risulta spesso un compito molto difficile. Come dice la giovane Basma, arrivata in Italia nel 2008 da un piccolo paesino vicino Agadir:

In Marocco non devi spiegare nulla al bambino perché in Marocco sei in Marocco, qua devi spiegare che noi siamo marocchini, la religione, il rispetto. È tutto più difficile. In Marocco, invece, puoi dare tutto per scontato, anche se tu non glielo dici, lui lo vede di fuori, nella gente, per strada, nella famiglia.

Come spiega Basma, l'educazione dei figli inizia e termina nella società, non è semplicemente un affare di famiglia. Se la comunità in cui si vive riproduce comportamenti ritenuti corretti, l'educazione dei figli risulta un compito più leggero. Forse anche per questo, le madri tornano almeno una volta all'anno al paese d'origine con i figli piccoli per periodi di tempo relativamente estesi (da 2 a 5 mesi). Da tali viaggi acquistano energie fisiche e emotive per andare avanti nel loro progetto migratorio e familiare in Trentino.

## **Una forte medicalizzazione**

Uno dei settori in cui l'incertezza e la fragilità dei genitori immigrati si esprime con particolare forza è la gestione della salute dei bambini. Spesso il modo in cui loro sono stati curati dai loro genitori quando erano piccoli viene, in un certo senso, rifiutato. Rimedi tradizionali, come l'utilizzo di erbe, sembrano portarsi appresso il marchio del ritardo culturale, del pregiudizio e della povertà. Come spiega Nadia, una donna marocchina di 40 anni con dei bellissimi capelli tinti di biondo, in Italia dal 2002 e con due figli:

Gli anziani fanno le medicine con le erbe, ma noi non torniamo indietro, può essere pericoloso. Mio padre lo fa, io no. Mia madre fa tutte quelle cose lì [*Nadia fa una faccia disgustata*]. A noi ci curava così [*ride*]. Lei faceva magia nera e magia bianca. Ma noi no, non torniamo indietro. Se no siamo qui per cosa?!

La medicina occidentale – chiamata biomedicina in letteratura antropologica perché affonda le sue radici nella biologia scientifica di fine '800 (vedi Pizza, 2005; Quaranta, 2006) – non solo è considerata credibile e autorevole, ma è proprio parte integrante del “pacchetto” a cui le famiglie immigrate hanno aderito nel momento in cui hanno deciso di emigrare. Sognare e sperare una vita migliore, include l'accesso agevole alla biomedicina e a una sanità pubblica di alto livello. Questi aspetti fanno infatti parte dei vantaggi previsti nel progetto migratorio, che compensano, in un certo qual modo, gli svantaggi che accompagnano la migrazione, come il vivere e crescere dei figli in un paese straniero e lontano dai propri cari.

Le famiglie immigrate apprezzano così tanto il fatto di poter accedere agevolmente alla biomedicina che talvolta lo fanno con fin troppo entusiasmo. Per esempio, Alloui, donna marocchina di 34 anni, mi racconta di aver fatto l'amniocentesi anche se contraria all'aborto:

No, lo terrei comunque. Noi non possiamo neppure pensare a questo [*aborto*].

Allora le chiedo perché ha fatto l'amniocentesi:

Me l'ha detto la ginecologa. E poi è sempre un esame, può essere utile per la mamma. Magari vedono qualcosa che non va bene. Non si sa mai.

Tutto ciò che riguarda la salute dei figli – a partire dagli esami prenatali – è considerato di grandissima importanza. Avere a cuore la salute dei propri figli è con molta probabilità una caratteristica universale e non specifica delle famiglie immigrate. I bambini sono infatti un concentrato di potenzialità, promesse e speranze; sono la società che guarda fiduciosa al futuro. L'investimento simbolico che viene fatto sui figli, tuttavia, si esprime con maggior forza nelle famiglie immigrate. Alcune famiglie decidono di immigrare, quasi loro malgrado, in vista del futuro dei loro figli. Spesso i genitori hanno la sensazione di vivere in Italia come in un perenne esilio: soffrono di una cocente nostalgia per i cari lasciati a casa, per gli affetti, le abitudini, i luoghi e i sapori familiari. Molti di loro riportano che, se fosse solo per loro, tornerebbero subito a casa ma, aggiungono, rimanere in Italia è un investimento per e sui figli. I genitori migranti sono disposti, in un certo senso, a pagare di tasca propria il prezzo

del biglietto che permetterà ai loro figli di avere una vita migliore, accedere a un'istruzione riconosciuta a livello internazionale, trovare un buon lavoro e godere della modernità. Questa speranza, che motiva e accompagna il percorso migratorio, riesce perfino a creare nei genitori un senso di appartenenza al luogo di immigrazione, è – per così dire – un'appartenenza e un benessere ottenuti “per procura” (Boccagni e Ambrosini, 2012). La salute dei figli, quindi, diviene una priorità; è il prerequisito e la premessa che permetterà di godere dei sacrifici del progetto migratorio.

La risposta che un certo numero di genitori immigrati dà a questa priorità è quella di medicalizzare fortemente la salute dei propri figli. In molti casi le loro aspettative vengono frustrate: spesso ci si aspettava di trovare più medicalizzazione in Italia che nel loro luogo d'origine, e non il contrario. Nel corso della ricerca di campo non era raro ascoltare lamentele rispetto alle cure ricevute dal pediatra di libera scelta perché, secondo i genitori, i pediatri italiani non prescrivono abbastanza farmaci e esami diagnostici. Sara, per esempio, che è arrivata dal Marocco nel 2007 e ha due figli, esprime a gran voce la sua insoddisfazione:

Lei [*la pediatra*] guarda solo con l'occhio, senza esami. “Mi dai delle analisi? Delle radiografie per vedere se c'è qualcosa che non va oppure no?!” Ma perché ci sono delle radiografie, delle analisi se basta l'occhio?!

Carla, 33 anni, originaria dell'Ecuador e in Italia dal 1999 dice che

I medici qua prendono troppo alla leggera, prescrivono pochi esami: sembra che devono pagarli di tasca loro!

Queste affermazioni fondano il giudizio negativo che alcune famiglie danno dei servizi sanitari ricevuti in Trentino. È tuttavia importante notare che tale giudizio si basa sul confronto, assente ma implicito, con le cure pediatriche ricevute nel luogo d'origine. In alcuni casi il confronto con il modello di cura di riferimento è esplicito:

Il pediatra è troppo sbrigativo. A volte è bravo perché da delle medicine forti, quando serve. Ma in generale, sono troppo sbrigativi. Il pediatra, in Ecuador, te lo guarda [*il bambino*] dalla punta dei piedi fino alla punta dei capelli. Guardano anche il pisellino, per vedere se serve la circoncisione, la fanno sempre. (Maria, Ecuador)

Il figlio di Maria ha subito un pesante intervento intestinale quando aveva 2 anni. Dato che lei non si fidava totalmente del pediatra, durante il periodo di cura e di convalescenza di suo figlio chiamava sempre sua zia in Ecuador che lavorava in un ospedale come infermiera. La teneva aggiornata sulle

condizioni del nipote chiedendo il suo parere sulle scelte dei medici, gli esami e le medicine somministrate. La zia la rassicurava e così lei era tranquilla. L'atteggiamento di relativa svalutazione dell'offerta sanitaria del luogo d'accoglienza rispetto a quello d'origine è un tratto comune in vari percorsi migratori (vedi, per esempio Inhorn, 2011) e, a seconda dei contesti, dipende da diversi fattori. Nei due casi analizzati in questa ricerca le famiglie non si recano in madre patria appositamente per far visitare i figli, ma ciò fa parte delle attività che accompagnano la "vacanza" a casa:

Quando torno in Marocco ne approfitto per andare a fare delle visite, per i bambini soprattutto. Fanno un bel controllo, li guardano dappertutto e poi fanno tanti esami, radiografie... fanno tutto, sono molto più precisi. Poi spiegano bene, con calma, non come qua che ti danno un'occhiata e via. Loro... loro capiscono meglio i nostri problemi. E sono anche economici; una visita da un privato mi costa circa 10 euro. E sono bravi sai, certo, hanno tutti studiato in Francia, Inghilterra... sono molto bravi. (Sara, Marocco)

Come osservato da Sara, la relazione con medici nella madre patria è più facile. In parte ciò è dovuto all'utilizzo di una stessa lingua, ma quando Sara dice "loro capiscono meglio i nostri problemi", il riferimento non è alla lingua. La sua affermazione ha a che fare con la condivisione di una comune cultura che include atteggiamenti e aspettative, sia dei medici che dei pazienti. Il giudizio negativo che alcuni genitori immigrati danno dei pediatri italiani ha anche un'altra causa: sia in Marocco che in Ecuador il sistema sanitario pubblico è abbastanza scadente, benché in entrambi i luoghi ci siano notevoli spinte al cambiamento. Solo la fascia più povera della popolazione si rivolge al servizio sanitario pubblico; gli altri si rivolgono a medici privati. Capita, quindi, che le famiglie facciano visitare il proprio bambino da un pediatra privato, il quale, come osservato da Laila (Marocco), esegue una visita più approfondita perché deve giustificare il suo compenso e anche perché non conosce il bambino:

L: K aveva la febbre e, anche se gli davo la Tachipirina, non si abbassava. Siamo andato da un pediatra e l'ha visitato a lungo, altro che il mio pediatra...

R: Ti sembra che fosse più bravo del tuo pediatra?

L: Mah, uguale, bravi tutti e due. Però i pediatri in Marocco sono privati, quindi si devono guadagnare la visita [ride]... forse anche per questo. E poi anche perché era la prima volta che lo vedeva. Io dal mio pediatra ci vado tutti i mesi...

L'organizzazione dei servizi sanitari nella madrepatria genera delle comparazioni con le cure ricevute in Trentino. In alcuni casi, come in quello di Laila,

esiste la parziale consapevolezza dei fattori che causano le diverse modalità di visita. In altri casi, come in quello di Sara, la differenza tra le cure ricevute a casa e quelle ricevute in Trentino viene interpretata alla luce di fattori culturali, d'identificazione e appartenenza etnica. Inoltre, è importante ricordare che la biomedicina, per quanto si sia rapidamente diffusa in tutto il mondo, non è la stessa in ogni luogo. Le sue pratiche, ma anche la teoria, variano a seconda del contesto (Berg e Mol, 1998; Lock e Gordon, 1988). Per comprendere appieno il senso delle testimonianze delle famiglie immigrate sarebbe utile condurre ulteriori ricerche sulle esperienze mediche degli immigrati quando tornano nel loro paese d'origine.

## **L'accesso ai servizi sanitari**

Dalle interviste condotte sia con i genitori migranti che con i pediatri emerge un secondo problema: le modalità di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari, in particolare per le cure primarie. Molte famiglie raccontano di recarsi direttamente al pronto soccorso quando il bambino/a sta male. Il pronto soccorso è descritto come un luogo rassicurante “perché lì ci sono tutti gli specialisti che vuoi, sono più sicuri. Ci sono tutte le macchine, tutti gli esami” (Ibnissam, Marocco).

I pediatri, dal canto loro, riportano di sentirsi quasi aggrediti da famiglie che sembrano delegare molto e pretendere il tipo di trattamento che hanno in mente. Secondo i pediatri queste famiglie accedono al pediatra per il benché minimo sintomo e con una frequenza notevole. Quando il pediatra non offre la diagnosi o la cura che i genitori si attendono (tipicamente medicinali forti o esami) queste famiglie si rivolgono, anche durante lo stesso giorno, al pronto soccorso, creando così costi aggiuntivi per il sistema sanitario e conflitti tra medici e perdita d'autorità agli occhi dei genitori. Come afferma il dott. X:

Può succedere di visitare un bambino alla mattina per un disturbo lieve. Allora si consiglia i genitori di aspettare, di controllare la febbre e di rivederlo il giorno seguente. Il giorno dopo tornano e scopri che il giorno prima, dopo la tua visita, sono andati a Trento al pronto soccorso. E allora ti cadono le braccia.

I pediatri intervistati puntualizzano che un uso eccessivo e non appropriato dei servizi sanitari è in realtà un problema che coinvolge tutta la popolazione ma che emerge in maniera drammatica nelle famiglie immigrate. A parziale conferma di ciò, una statistica gentilmente prodotta dall'Azienda Sanitaria di Trento mostra come dal 2001 al 2011 gli accessi al pronto soccorso pediatrico da parte di bambini con genitori con cittadinanza straniera siano quasi quadruplicati: da 1.235 accessi nel 2001 a 4.039 nel 2011. È vero che

nel corso di questi anni la popolazione straniera nella provincia di Trento è aumentata, ma l'accesso delle famiglie straniere al pronto soccorso pediatrico risulta comunque maggiore (poco più del doppio) rispetto agli accessi registrati dalle famiglie italiane (15.614 accessi nel 2001 e 16.331 accessi nel 2011), tenendo anche conto del tasso di crescita della popolazione immigrata e il suo peso sulla popolazione generale. Purtroppo non sono disponibili dati sugli accessi agli ambulatori pediatrici, nel cui caso ci si deve accontentare delle percezioni dei pediatri.

L'utilizzo plurimo e contemporaneo di più servizi sanitari crea non pochi problemi organizzativi e comunicativi, sia per le famiglie immigrate che per gli operatori sanitari, come ben illustrato, per esempio, dal caso di Ibnissam. Ibnissam dice che la sua pediatra risponde raramente al telefono e che cambia spesso orari di visita, quindi lei, per comodità va direttamente alla guardia medica o al pronto soccorso. Una volta suo figlio aveva il mal di gola; si reca quindi dalla guardia medica che prescrive l'antibiotico. Dopo un paio di giorni il bimbo non migliora. La famiglia si reca quindi dal pediatra che dice che il bimbo non deve assumere l'antibiotico perché il suo mal di gola è causato da un virus e quindi basta la Tachipirina. Ibnissam aggiunge che il pediatra abbia commentato "sai, quelli della guardia medica sono giovani... devono ancora imparare" e Ibnissam commenta, a sua volta: "vedi, non sanno neppure loro cosa fanno, meglio andare direttamente al pronto soccorso".

La mancanza di coerenza tra le prescrizioni effettuate dal pediatra, dal medico della guardia medica e dal medico del pronto soccorso possono essere motivate da varie ragioni. La dott.ssa H spiega che può succedere che in pronto soccorso si diano gli antibiotici con più leggerezza perché, mancando un rapporto di lungo termine, i medici sono costretti a risolvere in maniera più netta i casi che si trovano davanti. Tale discrepanza, però, viene interpretata dai genitori immigrati come una mancanza di competenza del pediatra, dato che, nella gerarchia simbolica della biomedicina, l'ospedale appare come il luogo più autorevole.

Molto spesso l'accesso consistente di immigrati al pronto soccorso, seppur in possesso di permesso di soggiorno, è spiegato come un problema pratico oppure di distanza culturale. Per quanto riguarda il primo aspetto, l'accesso ai servizi sanitari sembra problematico perché alcune donne immigrate non hanno la patente o la macchina e, soprattutto nelle valli trentine, lo spostamento può risultare non molto agevole. Queste donne devono quindi aspettare che il marito rincasi dopo il lavoro e le accompagni dal medico. Ma i pediatri non operano di solito di sera e quindi la famiglia si dirigerà al pronto soccorso. Stesso meccanismo si applica per donne che non conoscono bene l'italiano.

Per quanto riguarda gli aspetti culturali, alcuni notano come per gli immigrati possa essere difficile concepire la salute, il corpo e quindi la medicina come un qualcosa di diviso tra diverse specializzazioni mediche. La farmacia e l'o-

spedale sono invece luoghi che rappresentano un'immagine omnicomprensiva sia della malattia che dei suoi rimedi; manca quindi l'abitudine a prendere appuntamenti o recarsi dal medico solo a determinati orari. Il sistema di welfare, inoltre, è stato definito "muto" (Tognetti Bordogna, 2004), ovvero non molto efficace oppure frammentato nel comunicare le modalità d'accesso a tutti i suoi assistiti. Viene osservato che il servizio sanitario, sebbene venga definito "universale", è in realtà autoreferenziale perché concepito per l'utente medio italiano, dando quindi per assodate alcune norme, come le modalità d'utilizzo e d'accesso dei servizi.

Nella presente ricerca di campo, tuttavia, sia il fattore pratico che quello culturale non emergono come degli ostacoli insormontabili per le famiglie immigrate. Molte madri hanno la macchina e quando non padroneggiano bene l'italiano i padri spesso si prendono un'ora di pausa dal lavoro per recarsi dal pediatra. Le famiglie dimostrano anche di avere una buona, o perlomeno sufficiente, conoscenza delle modalità organizzative del sistema sanitario. L'aspetto che è risultato maggiormente legato alle modalità d'accesso, più o meno virtuose, ai servizi sanitari è il grado di inclusione sociale delle famiglie, soprattutto delle madri. L'inclusione sociale influenza l'apertura ad accettare conoscenze e pratiche che possono essere diverse da quelle considerate vere e giuste fino ad allora. L'inclusione sociale, che scaturisce dalle giuste condizioni culturali, strutturali e individuali, è la circostanza virtuosa che permette di risolvere problemi pratici come la lingua o il trasporto ma anche di superare le barriere che si dice vengano create dalla diversità culturale. In realtà, gli studi antropologici hanno oramai ampiamente dimostrato, a partire da Barth (1969), che la cultura non è solo qualcosa che si ha, ma soprattutto qualcosa che si pratica. La cultura non è una caratteristica essenziale di un gruppo umano, né un'entità stabile, ma si modella e cambia a seconda dei luoghi e delle circostanze.

L'inclusione sociale molto spesso avviene e la ricerca fotografa un buon numero di storie "a lieto fine". Qualche volta, invece, ciò non si realizza. Nella prossima sezione si prenderanno ancora in esame questi casi più problematici e verranno analizzate quali siano le ripercussioni per il sistema sanitario e per la salute dei bambini.

## **Essere genitori in terra straniera: il difficile equilibrio tra discriminazione e responsabilità**

L'inclusione sociale degli immigrati è un problema complesso la cui buona riuscita – o meno – dipende da diversi fattori tra cui le politiche per l'immigrazione, l'uso più o meno strumentale che viene fatto del discorso immigrazione dai politici e dai media, la grandezza della comunità d'appartenenza nel territorio d'immigrazione, la cultura e il luogo di provenienza dei migranti,

la loro età di insediamento, il loro retroterra culturale e sociale, i motivi che sostengono il progetto migratorio. Non si vuole qui dare un riassunto della ricca letteratura sull'inclusione sociale, ma semplicemente sottolineare il fatto che una cura non data, un esame non prescritto, una visita un po' veloce (per chiara assenza di sintomi preoccupanti) sono tutte situazioni che instillano il dubbio, in alcune famiglie immigrate, che tale comportamento sia in realtà un sintomo di discriminazione:

A me sembra che i medici qua siano un po' incattiviti con gli stranieri, un po' razzisti. Lo vedo anche per strada, le occhiate che mi danno per come sono vestita. Hanno paura che sia una kamikaze [*ride*]. Hanno sempre paura di noi. Non è che il pediatra ha paura, ma... ma è lo stesso. Non penso che visiti così velocemente anche gli italiani... loro forse li curano bene, li danno medicine, esami. (Sara, Marocco)

A un certo punto mi sono chiesta se questo [*poche prescrizioni di farmaci e esami*] non dipenda dal fatto che sono straniera. Forse è per questo. Non so, forse non vogliono spendere soldi per gli stranieri, dato che già gli pesiamo. (Carla, Ecuador)

La ricerca di campo ha, in realtà, registrato pochissime testimonianze di eventi chiaramente discriminatori o razzisti da parte di medici. Come queste citazioni testimoniano, la percezione di discriminazione può non avere nulla a che fare con il comportamento del medico, che può anche essere aperto e virtuoso, ma dipendono invece dal contesto più ampio in cui l'immigrato si trova a vivere. Tale percezione sfugge quindi dal controllo del singolo operatore sanitario, spesso innescando, in maniera indiretta, fraintendimenti e conflitto tra medico e assistito, tra aspettative reciproche e comportamenti messi in atto. L'incontro medico non è semplicemente una questione di salute, ma è una situazione politica in cui le persone sono socializzate come cittadini, ma anche come genitori, attraverso il loro ruolo come pazienti (Gálvez, 2011). La famiglia, la riproduzione e l'educazione sono luoghi preferenziali per la creazione di una relazione di dominazione e sottomissione, come illustrato molto bene dagli studi post-coloniali (Hunt, 1988; Summers, 1991). La dimensione politica della salute dei bambini emerge anche dalle politiche di welfare e di salute. Nuclei familiari non in possesso di permesso di soggiorno, per esempio, godono dell'eccezione fatta ai bambini a cui viene garantito l'accesso alle scuole, ai servizi sociali e sanitari. I bambini immigrati sono salvaguardati in maniera speciale rispetto ai genitori, perché i bambini sono in parte anche dello stato sotto la cui protezione sono nati. Ciò significa, implicitamente, che i genitori sono controllati dallo stato.



A livello globale, negli ultimi 20-30 anni<sup>3</sup> si sta assistendo ad una progressiva politicizzazione dei bambini in quanto persone con diritti da difendere e quindi gli stati esercitano sempre più la funzione di garante dei diritti dei bambini. È stato osservato (Reece, 2006) che in un certo senso ciò sta avvenendo espropriando le famiglie, non solo immigrate, della loro autonomia e responsabilità genitoriale. Quella che si sta sempre più diffondendo è una “nuova cultura della genitorialità” (Faircloth, Hoffman e Layne, 2013; Faircloth e Lee, 2010), fatta di conoscenze esperte e normative. Si sta infatti assistendo ad un passaggio da essere responsabili verso i figli a dover dimostrare di essere responsabili a enti esterni (quali scuola, servizi sociali e sanitari) secondo canoni sempre più “scientifici” e occidentali. Se questo processo coinvolge tutte le famiglie – immigrate o no –, certamente le famiglie immigrate rappresentano un target privilegiato per giudizi e indicazioni normative. La famiglia immigrata subisce spesso un processo di politicizzazione in quanto metafora di valori morali, idee e pratiche diverse. In molte società occidentali esiste un discorso pubblico che rappresenta le famiglie immigrate come problematiche, come siti di produzione e riproduzione di pratiche ritenute inaccettabili per ragioni pragmatiche e ideologiche (Grillo, 2008). Tale pressione – che spinge le famiglie a ricercare una ancor più elevata medicalizzazione – emerge chiara nei racconti dei genitori immigrati:

perché se qua c'è qualche responsabilità... qua non siamo in Marocco, qua abbiamo più responsabilità per figli... abbiamo la possibilità di curarci. È anche un dovere... Invece di fare erbe, altre cose, è meglio approfittare di curarsi come si deve. Se c'è la possibilità perché no? (Hanan, 33 anni, 2 figli, in Italia da 2001)

Recentemente è stato messo in luce, attraverso il concetto di “vulnerabilità strutturale”, (Cartwright e Manderson, 2011; Quesada, Kain Hart e Burgois, 2011) come una posizione subordinata, la svalutazione delle proprie radici culturali e l'esperienza quotidiana di discriminazione interferiscano con l'immagine che le persone hanno di sé, la loro autonomia e le loro capacità di gestire la salute.

Il concetto di “vulnerabilità strutturale” mira a sottolineare che la salute non dipende esclusivamente da fattori economici e politici, ma anche da fattori meno manifesti, ma non per questo meno pervasivi. Lo statuto legale dei migranti nel paese d'immigrazione, per esempio, influenza lo stato di salute, ma non solo in termini di possibilità di accesso alle cure. Nel caso in cui si possieda un permesso di soggiorno, come nella maggior parte delle famiglie che hanno partecipato a questa ricerca, si pone comunque il problema dello

<sup>3</sup> A partire dall'entrata in vigore della Convenzione per i Diritti dei Bambini (UNCRC), proposta dalle Nazioni Unite nel 1979 e siglata nel 1989

stato legale futuro e, quindi, la loro capacità di programmare la vita familiare nel nuovo contesto e mettere in moto processi di integrazione a lungo termine. Nella maggior parte degli stati (Italia inclusa), infatti, le leggi per l'immigrazione sono discontinue, frammentate e inconsistenti (Van Walsum, 2006), causando periodi di legalità alternati a periodi d'illegalità, condannando le famiglie immigrate a vivere nella precarietà, in uno spazio di "legalità liminale" (Menjívar, 2012, p. 307).

È in questo contesto di discriminazione percepita, legalità liminale e vulnerabilità strutturale che le famiglie si trovano a prendere decisioni su come curare il proprio figlio e su quali itinerari medici intraprendere. Quando manca il riconoscimento del valore della persona in quanto persona e, ancor di più, in quanto genitore, verrà meno la capacità di creare un rapporto di fiducia con gli operatori sanitari e l'accesso ai servizi sanitari tenderà a configurarsi come ossessivo, ma allo stesso tempo opportunistico.

## Conclusione

La ricerca effettuata nella provincia di Trento su come le famiglie immigrate dal Marocco e dall'Ecuador gestiscono la salute dei loro figli ha evidenziato due problematiche principali, tra loro legate: la richiesta di una forte medicalizzazione e l'accesso ai servizi sanitari secondo modalità non appropriate. Entrambi questi aspetti sono causati dall'abitudine e "fede" in un approccio fortemente medicalizzato, acquisito e costantemente verificato nella madre patria, ma anche dalla specifica posizione, di maggiore o minore inclusione sociale, che ogni famiglia immigrata occupa nel luogo d'immigrazione.

Quest'ultimo elemento emerge con particolare forza in relazione al tema della genitorialità e della gestione della salute dei figli. I figli sono infatti i principali destinatari delle speranze del progetto migratorio, ma fornire loro un'educazione e una cura adeguate è talvolta un duro compito per i genitori immigrati. Essi sono spesso disorientati nei loro tentativi di essere bravi genitori in una terra straniera, senza l'appoggio della famiglia e il supporto della cultura di riferimento e sospesi tra modelli genitoriali della madre patria e prescrizioni normative moderne. A seconda del loro grado d'integrazione, i genitori immigrati dimostrano una maggiore o minore capacità di autonomia decisionale, autodeterminazione, senso critico e assunzione di responsabilità. In alcuni casi si verifica l'incorporazione di processi di subordinazione e di marginalizzazione, che risulta nella parziale delega delle responsabilità parentali: la salute dei figli diviene un canale privilegiato attraverso cui si convogliano ansie, paure e frustrazioni, sia della condizione d'immigrazione che di genitori. In questi casi l'accesso ai servizi sanitari diviene insistente, forse nell'illusione o desiderio che l'assistenza medica colmi o compensi i vuoti lasciati aperti dalla posizione marginale occupata da queste famiglie. Allo stesso

tempo, però, l'accesso avviene assumendo un atteggiamento sospettoso e critico che procede tra fraintendimenti di varia natura. Il riconoscimento, sia culturale che politico, da parte della comunità ospitante dell'identità e dei diritti dei migranti è il primo passo verso un accesso appropriato ai servizi sanitari. Solo chi è riconosciuto come membro legittimo di una comunità può prendersi responsabilità e avere a cuore il bene comune.

I servizi sanitari, in ultima istanza, pagano lo scotto dell'uso strumentale che viene fatto a livello politico del tema immigrazione, dei populismi mediatici che alimentano pregiudizi e paure e della mancanza di buone leggi per l'immigrazione. L'inclusione sociale, un tema troppo spesso considerato astratto o lontano dall'esperienza e dalle necessità di tutti i giorni, ha in realtà ripercussioni assai significative su aspetti molto concreti del vivere collettivo come l'accesso a servizi, la salute e la gestione di un bilancio di salute pubblica. Economia, cultura e politica non sono realtà separate. Per questo motivo sarà poco efficace ogni tentativo che preveda di trovare una soluzione ai problemi descritti più sopra solo attraverso interventi tecnici mirati, come la privatizzazione dei servizi, campagne d'informazione o la riorganizzazione delle cure primarie secondo standard di supposta razionalità.

Per quanto riguarda la privatizzazione dei servizi, l'evidenza etnografica (come il caso delle donne musulmane che prenotano visite ginecologiche private pur di avere una ginecologa femmina) ha mostrato che il pagamento della prestazione sanitaria non scoraggia posizioni rigide e neppure aiuta il dialogo e la negoziazione tra visioni differenti. L'incontro medico-paziente è una situazione politica, in cui gli immigrati dovrebbero venir socializzati come cittadini, non come clienti e neppure come cittadini marginali o subordinati.

La presente ricerca ha voluto evidenziare le problematicità, ma queste non devono oscurare le molte voci di soddisfazione e gratitudine per i servizi offerti in Trentino, come quella di Fatima:

Benissimo, mi trovo benissimo con la mia pediatra. Anche con il pediatra che avevo a X, una volta è venuto anche alle 18 anche a casa e mi aspetta se sono in ritardo. Una volta ero senza macchina e mi ha anche dato un passaggio. La mia pediatra, quella che ho adesso mi spiega, spiega bene tutto, con calma. Per esempio l'antibiotico. Mi dice di aspettare, di non dare subito l'antibiotico. All'inizio pensavo "questa dottoressa non capisce niente" [*ride*], poi ho visto che aveva ragione. Mi aiutava, mi spiegava. Spiega benissimo. Spiegava come allattare, lo svezzamento, spiegava, giuro, era molto brava. Era una cosa che mi aiutava tantissimo.

Attraverso la frequentazione costante con una persona di riferimento, come il pediatra, si creano le premesse per la creazione di un rapporto di fiducia. Essere genitori stimola l'inclusione sociale e la comunicazione interculturale.

Senza i figli molti migranti sarebbero probabilmente più inclini ad un atteggiamento di chiusura verso la società trentina. Le migrazioni familiari dovrebbero quindi venir particolarmente supportate perché sono tra quelle che maggiormente garantiscono la volontà di integrazione dei migranti e incoraggiano un contributo attivo alla crescita della comunità in cui si trasferiscono. In questo processo, il pediatra di libera scelta, le ostetriche e i ginecologi sono attori fondamentali nel cammino verso l'integrazione nel territorio trentino. La cultura è infatti una pratica sociale, è una co-costruzione di realtà; per questo è importante che le figure sanitarie, specialmente quelle che si occupano di bambini, famiglia e nascita, non siano lasciate sole nello sforzo di dialogo tra culture diverse. È altrettanto importante che queste figure professionali, dal canto loro, sottolineino la portata politica e sociale – non meramente tecnica – del loro lavoro.

- Alexander M. (2003), *Local policies toward migrants as an expression of Host-Stranger relations: a proposed typology*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", 29, 3, pp. 411-430.
- Ambrosini M. (2000), *Senza distinzioni di razza. Terzo settore e integrazione degli immigrati*, "Sociologia e Politiche Sociali", 3, 3, pp. 127-152.
- Ambrosini M. (2001), *Oltre l'integrazione subalterna. La questione della valorizzazione della risorsa-immigrati*, "Studi emigrazione", 38, 141, pp. 2-30.
- Ambrosini M. (2008), *Un'altra globalizzazione. La sfida delle migrazioni transnazionali*, Bologna, Il Mulino.
- Ambrosini M. (2010), *Richiesti e respinti*, Milano, Saggiatore.
- Ambrosini M. (2011), *Sociologia delle migrazioni*, Bologna, Il Mulino (nuova edizione).
- Ambrosini M. (a cura di) (2012a), *Governare città plurali. Politiche locali per la cittadinanza e l'integrazione degli immigrati in Europa*, Milano, Angeli.
- Ambrosini M. (2012b), *Separati in città. Le politiche locali di esclusione degli immigrati*, "Rivista delle politiche sociali", 1, pp. 69-88.
- Ambrosini M. e Berti F. (a cura di) (2009), *Integrazione locale e sentieri di co-sviluppo*, Milano, Angeli.
- Ambrosini M. e Caneva E. (2012), *Local policies of exclusion. The Italian case*, European project "Accept pluralism", FP7, European University Institute.
- Ambrosini M. e Cominelli C. (a cura di) (2005), *Un'assistenza senza confini. Welfare "leggero", famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate*, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano, Regione Lombardia - Fondazione Ismu.
- Ambrosini M., Boccagni P. e Piovesan S. (a cura di) (2008), *L'immigrazione in Trentino – Rapporto annuale 2008*, Trento, Cinforni.
- Anthias F. e Yuval-Davis N. (1984), *Contextualising feminism: Ethnic, gender and class divisions*, "Feminist Review", 15, pp. 62-75.
- Appadurai A. (1996), *Modernity at large: Cultural dimensions of globalization*, Minneapolis-London, University of Minnesota Press.

- Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) (2012), *Rapporto epidemiologico – anno 2010*, Trento, a cura del Servizio Epidemiologia clinica e valutativa.
- Baily J. e Collyer M. (2006), *Introduction: Music and migration*, “Journal of Ethnic and Migration Studies”, 32, pp. 167-182.
- Baldassar L. (2001), *Visits home: Migration experiences between Italy and Australia*, Carlton South, Melbourne University Press.
- Balibar E. (2012), *Strangers as enemies. Walls all over the world, and how to tear them down*, “Mondi Migranti”, 1, pp. 7-25.
- Barth F. (1969), *Introduction*. In F. Barth (a cura di), *Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference*, Oslo, Norway, Universitetsforlaget, pp. 9-38.
- Basteiner A. e Dassetto F. (1990), *Italia, Europa e nuove immigrazioni*, Torino, Fondazione Giovanni Agnelli.
- Bauböck R., Ersbøll E., Groenendijk K. e Waldrauch H. (a cura di) (2006), *Acquisition and loss of nationality. Policies and trends in 15 European States, Volume 2: Country Analyses*, Imiscoe, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Berg M. e Mol A. (a cura di) (1998), *Differences in medicine. Unraveling practices, techniques, and body*, Durham-London, Duke University Press.
- Besozzi E. (a cura di) (2005), *I progetti di educazione interculturale in Lombardia. Dal monitoraggio alle buone pratiche*, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, Regione Lombardia, Fondazione Ismu.
- Besozzi E. e Colombo M. (a cura di) (2012), *Relazioni interetniche e livelli di integrazione nelle realtà scolastico/formative della Lombardia*, Milano, Fondazione ISMU.
- Boccagni P. (2011), *Caring for migrant care workers: from private obligations to transnational welfare?*, relazione al convegno “Making connections: Migration, gender and care labour in a transnational context”, Oxford, COMPAS.
- Boccagni P. (2012a), *Dal multiculturalismo alla coesione di comunità? Il caso di Manchester*. In Ambrosini (a cura di) (2012a), pp. 170-189.
- Boccagni P. (2012b), *La partecipazione politica degli immigrati: dal dibattito internazionale al caso italiano*. In Ambrosini (a cura di) (2012a), pp. 69-97.
- Boccagni P. e Ambrosini M. (2012), *Cercando il benessere nelle migrazioni. L'esperienza delle assistenti familiari straniere in Trentino*, Milano, Angeli.

- Boccagni P. e Pasquinelli S. (2010), *The potential of ICT in supporting immigrants in domiciliary care in Italy*, JRC Technical Notes – European Commission and Institute for Prospective Technological Studies.
- Boccagni P. e Pollini G. (2012), *L'integrazione nello studio delle migrazioni. Teorie, indicatori, ricerche*, Milano, Angeli.
- Bommes M. e Sciortino G. (a cura di) (2011), *Irregular migration, European labour markets and the welfare state*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Bonifazi C. (2012), *Gli stranieri, il censimento e l'anagrafe: un terzetto imperfetto*, Neodemos.it, 4 luglio.
- Bonizzoni P. (2009), *Famiglie globali. Le frontiere della maternità*, Torino, UTET.
- Bordieu P. (1972), *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Ginevra, Droz.
- Burchianti F. e Zapata Barrero R. (2012), *Intolerant discourses about migrants in Catalan politics*, European project "Accept pluralism", FP7, European University Institute.
- Campomori F. (2007), *Il ruolo di policy making svolto dagli operatori dei servizi per gli immigrati*, "Mondi migranti", 3, pp. 83-106.
- Campomori F. (2012), *Il profilo locale della cittadinanza tra politiche dichiarate e politiche in uso*. In Ambrosini (a cura di) (2012a), pp. 37-68.
- Caritas/Migrantes (2012), *Immigrazione. Dossier statistico 2012*, Roma, Idos.
- Cartwright E. e Manderson L. (2011), *Diagnosing the structure: Immigrant vulnerabilities in global perspective*, "Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness", 30, 5, pp. 451-453.
- Castagnone E. (2006), *Migranti per il co-sviluppo tra Italia e Senegal. Il caso dei Senegalesi a Torino e Provincia*, www.cespi.it.
- Castles S. e Miller J. M. (1993), *The age of migration. International population movements in the modern world*, London, Macmillan.
- Catanzaro R. e Colombo A. (a cura di) (2009), *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Cento Bull A. (2010), *Addressing contradictory needs: the Lega Nord and Italian immigration policy*, "Patterns of Prejudice", 44, 5, pp. 411-431.
- Chimienti M. (2011), *Mobilization of irregular migrants in Europe: a comparative analysis*, "Ethnic and Racial Studies", 34, 8, pp. 1338-1356.

- Collins R. (1979), *The credential society*, New York, Academic Press.
- Colombo A. (2012), *Fuori controllo? Miti e realtà dell'immigrazione in Italia*, Bologna, il Mulino.
- Colombo E. e Semi G. (a cura di) (2007), *Multiculturalismo quotidiano. Le pratiche della differenza*, Milano, Angeli.
- Comune di Trento (2012), *Annuario statistico comunale 2011*, Ufficio Statistica – Servizio sviluppo economico, studi e statistica del Comune di Trento.
- Da Roit B. e Facchini C. (2010), *Anziani e badanti. Le differenti condizioni di chi è accudito e di chi accudisce*, Milano, Angeli.
- Decimo F. e Sciortino G. (2006), *Reti migranti*, Bologna, Il Mulino.
- Faircloth C. e Lee E. (2010), *Introduction: "Changing parenting culture"*, "Sociological Research Online", 15, 4.
- Faircloth C., Hoffman D. e Layne L. (a cura di) (2013), *Parenting in global perspective: Negotiating ideologies of kinship, self and politics*, London, Routledge.
- Fernández-Kelly P. (2012), *Rethinking the deserving body: Altruism, markets, and political action in health care provision*, "Ethnic and Racial Studies", 35, 1, pp. 56-71.
- Fondazione ISMU (2011), *XVII Rapporto sulle migrazioni – 2011*, Milano, Angeli.
- Fondazione ISMU (2012), *XVIII Rapporto sulle migrazioni – 2012*, Milano, Angeli.
- Fondazione Leone Moressa (2012), *Causa crisi, un nuovo disoccupato su tre è straniero*, paper.
- Foner N. (1997), *The immigrant family: Cultural legacies and cultural change*, "International Migration Review", 31, pp. 961-974.
- Fullin G. (2011), *Tra disoccupazione e declassamento occupazionale. La condizione degli stranieri nel mercato del lavoro italiano*, "Mondi Migranti", 1, pp. 195-228.
- Gálvez A. (2011), *Patient citizens, immigrant mothers*, New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers.
- Gans H. J. (1992), *Second-generation decline: Scenarios for the economic and the ethnic futures of the post 1965 American immigrants*, "Ethnic and racial studies", 15, 2, pp. 173-192.



- Goodman S.W. (2010), *Integration requirements for integration's sake? Identifying, categorising and comparing civic integration policies*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", 36, 5, pp. 753-772.
- Grillo R. (a cura di) (2008), *The family in question. Immigrant and ethnic minorities in multicultural Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Hagan J. M., Rodriguez N. e Castro B. (2011), *Social effects of mass deportations by the United States government, 2000-10*, "Ethnic and Racial Studies", 34, 8, pp. 1374-91.
- Hernández Plaza S. et al. (2007), *Le reti degli immigrati: tra supporto sociale e professionale*, "Lavoro Sociale", 7, 1, pp. 35-48.
- Hunt N. R. (1988), *"Le bebe and brousse": European women, African birth spacing and colonial intervention in breast feeding in the Belgian Congo*, "The International Journal of African Historical Studies", 21, 3, pp. 401-432.
- Ianni V. (a cura di) (2011), *Dizionario della cooperazione internazionale allo sviluppo*, Roma, Carocci.
- Inhorn M. C. (2011), *Diasporic dreaming: Return reproductive tourism to the Middle East*, "Reproductive BioMedicine Online", 23, pp. 582-591.
- ISMU-MIUR (2011), *Alunni con cittadinanza non italiana. Verso l'adolescenza. Rapporto nazionale A.s. 2010/2011*, Quaderni Ismu 4/2011.
- ISTAT (2012a), *Cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti – anni 2011-2012*, Serie Statistiche – Report, Roma, Istituto nazionale di statistica.
- ISTAT (2012b), *Il matrimonio in Italia*, Serie Statistiche – Report, Roma, Istituto nazionale di statistica.
- ISTAT (2012c), *Rapporto annuale 2012 – La situazione del Paese*, Roma, Istituto nazionale di statistica.
- ITEA (2012), *Bilancio sociale 2011*, Trento, Istituto trentino di edilizia abitativa.
- Joppke C. (2007), *Beyond national models: Civic integration policies for immigrants in Western Europe*, "West European Politics", 30, 1, pp. 1-22.
- Kivisto P. e Faist. T. (2007), *Citizenship. Discourse, theory and transnational prospects*, Malden (MA), Blackwell.
- Kofman E. e Raghuram P. (2009), *The implications of migration for gender and care regimes in the South*, UNRISD working paper n. 41/2009.

- Kosic A. e Triandafyllidou A. (2005), *Active civic participation of immigrants in Italy*, Country Report for the European project POLITIS, disponibile su [www.unioldenburg.de/politis-europe](http://www.unioldenburg.de/politis-europe).
- Kraler A. e Bonizzoni P. (2010), *Gender, civic stratification and the right to family life: problematising immigrants' integration in the EU*, "International Review of Sociology", 20, 1, pp. 181-187.
- Lock M. e Gordon D. R. (a cura di) (1988), *Biomedicine examined*, Dodrecht-Boston-London, Kluwer Academic Publisher.
- Lutz H. (2011), *The new maids: Transnational women and the care economy*, London, Zed Books.
- Mahnig H. (2004), *The politics of minority-majority relations: How immigrant policies developed in Paris, Berlin and Zurich*. In R. Penninx, K. Kraal, M. Martiniello e S. Vertovec (a cura di), *Citizenship in European cities. Immigrants, local politics and integration policies*, Aldershot, Ashgate, pp. 17-37.
- Manconi L. e Resta F. (2010), *La xenofobia municipale*, "Mondi migranti", 2, pp. 321-331.
- Mantovan C. (2007), *Immigrazione e cittadinanza: auto-organizzazione e partecipazione dei migranti in Italia*, Milano, Angeli.
- Marino S. e Roosblad J. (2008), *Migration and trade unions. A comparison between Dutch and Italian trade union actions and strategies*, "Transfer", 14, 4, pp. 625-638.
- Marrow H.B. (2012), *The power of local autonomy: Expanding health care to unauthorized immigrants in San Francisco*, "Ethnic and Racial Studies", 35, 1, pp. 72-87.
- Martini A. e Rubini F. (a cura di) (2011), *I risultati degli studenti trentini in Lettura. Rapporto provinciale PISA 2009*, Provincia Autonoma di Trento - IPRASE, disponibile su <http://www.iprase.tn.it>
- Martini N. (2002), *Mamme e bambini stranieri. Continuità, fratture e riadattamenti in emigrazione*. In L. Chinosi (a cura di), *Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera*, Milano, Angeli, pp. 173-190.
- Martiniello M. (2000), *Le società multietniche*, Bologna, Il Mulino.
- Maussen M. (2009), *Constructing mosques. The governance of Islam in France and the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam School for Social Science Research.
- Menjívar C. (2012), *Transnational parenting and immigration law: Central Americans in the United States*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", 38, 2, pp. 301-322.

- Merton R. K. (1997), *La profezia che si autoavvera*. In *Teoria e Struttura sociale*, vol. II, Bologna, Il Mulino (ed. or. 1948).
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2012), *Secondo Rapporto annuale sul mercato del lavoro degli immigrati – 2012*, Italialavoro Roma, disponibile su [www.italialavoro.it](http://www.italialavoro.it) e [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it).
- Morris L. (2002), *Managing migration: Civic stratification and migrants rights*, London, Routledge.
- Mottura G., Cozzi S. e Rinaldini M. (2010), *Uscire da Babele. Percorsi e problemi del rapporto tra sindacato e lavoratori immigrati*, Roma, Ediesse.
- Østergaard-Nielsen E. (2010), *Codevelopment and citizenship: the nexus between policies on local migrant incorporation and migrant transnational practices in Spain*, "Ethnic and Racial Studies", 34, 1, pp. 20-39.
- Park R., Burgess E. W. e McKenzie R. D. (1967), *La città*, Milano, Edizioni di Comunità (ed. or. 1925).
- Pastore F. (2006), *Transnazionalismo e co-sviluppo: "aria fritta" o concetti utili? Riflessioni a partire dall'esperienza di ricerca del CeSPI*, [www.cespi.it](http://www.cespi.it).
- Penninx R. (2011), *Il ruolo dei sindacati nei processi di integrazione degli immigrati e nelle politiche di immigrazione locale*, "Mondi migranti", 1, pp. 7-24.
- Piovesan S. (2011), *The political transnationalism of Moldovans in Italy: external voting as the mirror of an accelerated transition*, relazione al convegno *Migrants and External Voting in the EU: New Prospects and Challenges for Research and Policy-making*, Roma, Academia Belgica, maggio.
- Pizza G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci.
- Pizzolati M. (2007), *Associarsi in terra straniera. Come partecipano gli immigrati*, Torino, L'Harmattan Italia.
- Portes A. (1995), *The economic sociology of immigration*, New York, Russell Sage Foundation.
- Portes A., Fernández-Kelly P. e Light D. (2012), *Life on the edge: Immigrants confront the American health system*, "Ethnic and Racial Studies", 35, 1, pp. 3-22.
- Pravisano L. (2008), *Altri noi. Identità e migranti: individui, comunità, associazioni*, Bologna, Il Mulino.

- Quaranta I. (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Cortina.
- Quesada J., Kain Hart L. e Burgois P. (2011), *Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States*, "Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness", 30, 4, pp. 339-362.
- Rath J. (2007), *The Transformation of ethnic neighborhoods into places of leisure and consumption*, working paper 144, Institute for Migration and Ethnic Studies (IMES), University of Amsterdam.
- Rea A. (2010), *Conclusion. Les transformations des régimes de migration de travail en Europe*. In A. Morice e S. Potot (a cura di), *De l'ouvrier immigré au travailleur sans papiers. Les étrangers dans la modernisation du salariat*, Paris, Karthala, pp. 307-315.
- Reece H. (2006), *From parental responsibility to parenting responsibly*. In M. Freeman (a cura di), *Law and sociology*, Oxford-New York, Oxford University Press.
- Reyneri E. e Fullin G. (2011). *Labour market penalties of new immigrants in new and old receiving West European Countries*, "International Migration", 49, 1, pp. 31-57.
- Rumbaut R. (1997), *Assimilations and its discontents: between rhetoric and reality*, "International Migration Review", 31, 4, pp. 923-960.
- Sabates-Wheeler R. et al. (2011), *Social security for migrants: A global overview of portability arrangements*. In R. Sabates-Wheeler e R. Feldman (a cura di), *Migration and social protection*, Basingstoke, Palgrave.
- Santagati M. (2012), *La scuola*. In Fondazione ISMU, pp. 111-124.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina (trad. it.).
- Scenari Immobiliari (2012), *Osservatorio nazionale immigrati e casa – IX Rapporto*, luglio.
- Semi G. (2004), *Il quartiere che (si) distingue. Un caso di "gentrification" a Torino*, "Studi culturali", 1, 1, pp. 83-107.
- Shaafsma J. e Sweetman A. (2001), *Immigrant earnings: Age at immigration matters*, "Canadian Journal of Economics", 34, 4, pp. 1066-1099.
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) (2012), *Raccomandazioni finali del XII Congresso SIMM 2012*, Viterbo, ottobre – documento disponibile su [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it).
- Stocchiero A. (2004), *Migranti e città: partenariati per il co-sviluppo africano*, [www.cespi.it](http://www.cespi.it).

- Stocchiero A. (2008), *Learning by doing: il transnazionalismo dei migranti per lo sviluppo locale nel programma MIDA Italia-Ghana/Senegal*, Working paper 48/2008/IT, www.cespi.it.
- Summers C. (1991), *Intimate colonialism: the imperial production and reproduction in Uganda, 1907-1925*, "Signs", 16, 4, pp. 787-807.
- Svašek M. (2010), *On the move: Emotions and human mobility*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", 36, pp. 865-880.
- Tognetti Bordogna M. (2004), *Introduzione. Organizzare servizi per tutti*. In M. Tognetti Bordogna (a cura di), *I colori del welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, Milano, Angeli, pp. 9-46.
- Tognetti Bordogna M. (2010), *Le badanti e la rete delle risorse di cura*, "Autonomie locali e servizi sociali", 25, 1, pp. 61-77.
- Tönnies F. (1963), *Comunità e Società*, Milano, Edizioni di Comunità (ed. or. 1887).
- Ufficio Studi e statistica del Comune di Trento (2012), *Analisi dei redditi dei cittadini di Trento – anno di imposta 2009*, Trento, Comune di Trento.
- van der Leun J. (2003), *Looking for loopholes. Processes of incorporation of illegal immigrants in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Van Meeteren M. (2010), *Life without papers. Aspirations, incorporation and transnational activities of irregular migrants in the Low Countries*, Rotterdam, Erasmus Universiteit.
- Van Walsum S. (2006), *Transnational mothering, national immigration policy and the European Court of Human Rights*. In P.A. Shah e W. Menski (a cura di), *Migration, Diasporas and Legal Systems in Europe*, Cavendish, Abingdon, pp. 185-204.
- Vertovec S. (2007), *Super-diversity and its implications*, "Ethnic and Racial Studies", 30, 6, pp. 1024-1054.
- Vertovec S. e Wessendorf S. (2009), *Assessing the backlash against multiculturalism in Europe*, MMG Working Paper 09-04, Göttingen, Max Planck Institute for the Study of Religious and Ethnic Diversity.
- Walzer M. (1983), *Sfere di giustizia*, Milano, Feltrinelli (trad. it.).
- Wihtol de Wenden C. (2009), *La globalisation humaine*, Paris, Press Universitaires de France.
- Williams F. (2010), *Migration and care: Themes, concepts and challenges*, "Social Policy and Society", 9, 3, pp. 385-96.

Zhou M. (1997), *Segmented assimilation: Issues, controversies, and recent research on the new second generation*, "International Migration Review", 31, pp. 957-1008.

Zucchetti E. (a cura di) (1999), *Enti locali e politiche per l'immigrazione. Caratteristiche, assetti istituzionali e soluzioni organizzative nelle città della Lombardia*, Milano, Quaderni Ismu, n. 3.

Zukin S. (1998), *Urban lifestyles: Diversity and standardization in spaces of consumption*, "Urban Studies", 35, 5-6, pp. 825-839.