

SALUTE e MIGRAZIONI

Mario Affronti

L'Italia paese strutturalmente multiculturale.

L'immigrazione in Italia non ha arrestato la sua crescita. L'aumento annuo di 250 mila unità, considerato nelle previsioni dell'Istat come scenario alto, è risultato inferiore a quanto effettivamente avvenuto (+458.644 residenti nel 2008, +13,4% rispetto all'anno precedente). Secondo il Dossier Caritas/Migrantes (1,2), i cittadini stranieri residenti erano 2.670.514 nel 2005 e sono risultati 4.570.317 alla fine del 2010, ma si arriva a circa 5.000.000 includendo anche le presenze regolari non ancora registrate in anagrafe. Incidono, quindi, per il 7,5% (totale presenze regolari) sull'intera popolazione; ma il dato arriva a più del 10% se si fa riferimento alla sola classe dei più giovani (minori e giovani fino ai 39 anni). Se poi si tiene conto che la regolarizzazione di settembre 2009, pur in tempo di crisi, ha coinvolto quasi 300 mila persone nel solo settore della collaborazione familiare, l'Italia oltrepassa abbondantemente i 4,5 milioni di presenze: siamo sulla scia della Spagna (oltre 5 milioni) e non tanto distanti dalla Germania (circa 7 milioni). Il 2008 è stato il primo anno in cui l'Italia, per incidenza degli stranieri residenti sul totale della popolazione, si è collocata al di sopra della media europea e, seppure ancora lontana dalla Germania e specialmente dalla Spagna (con incidenze rispettivamente dell'8,2% e dell'11,7%), ha superato la Gran Bretagna (6,3%). Continua a prevalere la presenza di origine europea (53,4%, per più della metà da Paesi comunitari). Seguono gli africani (21,6%), gli asiatici (16,8%) e gli americani (8,1%). Risulta fortemente attenuato il policentrismo delle provenienze, che per molti anni è stato una spiccata caratteristica dell'immigrazione italiana: le prime 5 collettività superano la metà dell'intera presenza (968 mila romeni, 482 mila albanesi, 452 mila marocchini, 209 mila cinesi e 200 mila ucraini), ma le nazionalità rappresentate sono più di 120. A livello territoriale il Centro (25,2%) e il Meridione (13,5%) sono molto distanziati dal Nord quanto a numero di residenti stranieri (61,3%), così come il Lazio (11,9%) lo è dalla Lombardia (23,3%), tra l'altro preceduto, seppure di poco, dal Veneto (12,0%). Il dinamismo della popolazione straniera è da ricondurre principalmente alla sua evoluzione demografica da una parte e alla domanda di occupazione del Paese dall'altra, mentre influiscono in misura veramente minima le poche decine di migliaia di sbarchi, pari a meno dell'1% della presenza regolare. Nel 2010 (primo anno in cui i respingimenti in mare sono stati operativi per 12 mesi) le persone sbarcate sono state 4.406 (contro le 36.951 del 2008 e le 9.573 del 2009), 16.086 i rimpatri forzati, 7.039 gli stranieri transitati nei centri di identificazione ed espulsione e

4.201 quelli respinti alle frontiere. Da segnalare, nei primi 5 mesi del 2011, il fenomeno nuovo dei 42.807 sbarchi prevalentemente di giovani tunisini. Comunque non si tratta neppure di un cinquantesimo rispetto alla presenza di immigrati regolari in Italia. Sono consistenti gli indicatori di un intreccio sempre più stretto tra i nuovi venuti e la società che li ha accolti, che vanno oltre il piano lavorativo. Le acquisizioni di cittadinanza (40.223 nel 2010) sono quadruplicate rispetto al 2000 e più che quintuplicate (65.938) se si tiene conto anche delle cittadinanze riconosciute direttamente dai Comuni. Neppure la rigidità della normativa costituisce un freno al dinamismo dell'integrazione e ormai in 4 casi su 10 l'acquisizione della cittadinanza viene concessa a seguito della residenza previamente maturata. Nonostante ciò l'Italia resta nettamente distanziata dagli altri Paesi europei per numero di concessioni (solo settima in graduatoria), proprio in conseguenza di un impianto normativo restrittivo. Un altro indicatore significativo sono i matrimoni misti. In 12 anni (1995-2007) sono stati celebrati 222.521 matrimoni misti, dei quali 21.357 nel 2009, pari a circa un decimo del totale, ma in diminuzione rispetto al 2008 (24.548) per sopraggiunti e più gravi problemi di disagio economico. Questi matrimoni sono una frontiera avvincente ma a volte difficile da presidiare: non mancano, infatti, i fallimenti (il 7,8% delle separazioni e il 6,3% dei divorzi riguardano queste coppie), anche perché spesso manca, oltre che la preparazione individuale a un approccio interculturale della relazione, anche un *humus* sociale che la sostenga. In ogni caso, considerando che separazioni e divorzi incidono nella stessa misura della popolazione straniera su quella complessiva e, soprattutto, in misura inferiore a quella dei matrimoni misti sul totale dei matrimoni celebrati in un anno, il dato non costituisce una particolare anomalia. Anche la volontà di acquistare casa nel Paese di elezione, nonostante le previsioni rigide della normativa in caso di disoccupazione, si sta affermando sempre più: oltre un decimo della popolazione immigrata, infatti, è diventata proprietaria di un appartamento. Sono dunque concordi gli indicatori statistici su questa voglia di integrazione, a cui purtroppo sembra corrispondere, da parte di molti italiani, l'impulso a contrastarla. Sono state migliaia le segnalazioni all'Unar, delle quali 511 riconducibili a qualche forma di discriminazione, in 4 casi su 10 riguardanti immigrati africani, segnatamente maghrebini. Il lavoro e la casa sono gli ambiti più problematici per quanto riguarda le pari opportunità, come pure il rapporto con gli enti pubblici, nei cui confronti si sono sollevate lamentele nel 13% delle segnalazioni. La gravità delle condizioni lavorative e abitative è confermata dai dati dei Centri d'ascolto della rete Caritas (372 centri, in rappresentanza di 137 diocesi, ai quali si sono rivolte 80.041 persone nel 2008), i quali attestano che, rispetto agli italiani, gli immigrati si presentano molto più raramente per richiedere un aiuto economico (7% contro 21%). A turbare molti, per una malintesa volontà di difesa della religione cristiana, è il panorama multireligioso: in realtà oltre la metà degli immigrati è cristiana, i musulmani sono un terzo, le religioni delle tradizioni orientali

meno di un decimo e poi, in misura più ridotta, seguono altre appartenenze. Secondo l'Agencia europea per i diritti fondamentali, l'Italia è tra gli Stati membri più intolleranti nei confronti dei musulmani: 1 intervistato su 3 ha dichiarato di aver subito un atto discriminatorio negli ultimi 12 mesi. Più positiva è l'esperienza che si sta facendo con gli ortodossi, i cui preti celebrano il rito liturgico nelle chiese cattoliche. Senza confusioni e sincretismi, questo nuovo scenario dovrebbe aiutare a far riscoprire il senso religioso, a lavorare insieme per le opere di pace e il benessere della società e a non usare Dio come un'arma contro i fedeli di altre religioni. Vissuta così, la presenza multireligiosa può costituire un'opportunità di crescita individuale e collettiva, con riflessi positivi anche sui Paesi di origine.

Medicina e cultura

Segnali, dunque, contrastanti e deboli nella strada dell'integrazione civile e politica. E non solo. Dal punto di vista sanitario, infatti, il profilo di salute si caratterizza per condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale, accoglienza inadeguata e accessibilità non diffusa. Se apprezzabili miglioramenti nelle politiche sanitarie e nell'impegno contro le disuguaglianze nella salute sono evidenti negli ultimi anni, ancora c'è molto da fare. La fruibilità dei servizi rappresenta, in particolare, il tallone d'Achille della sanità dei migranti in Italia. Giova qui ricordare che l'accessibilità è garantita dalla legge che è inclusiva verso tutti, anche irregolari/clandestini, mentre la fruibilità, dipendendo dal grado di competenza culturale, risulta difficile ed inefficace.

La medicina italiana si è interrogata sul senso della multietnicità al suo interno. I punti centrali di questa riflessione sono stati due (3):

1. La cultura influenza in maniera sostanziale la tipologia dell'espressione patologica;
2. La forza terapeutica della relazione che sembra essere stata trascurata negli ultimi tempi e che sicuramente influenza in modo decisivo il risultato terapeutico finale, soprattutto in campo multietnico.

La lingua anglosassone traduce la parola malattia con due termini: disease ed illness: disease è la diagnosi formulata dal medico dopo la visita; illness è invece ciò che sente e prova il malato (4). La medicina funziona quando c'è perfetta corrispondenza tra i due termini, quando cioè la diagnosi riesce ad individuare perfettamente la natura dei sintomi presentati dal paziente. In caso contrario la medicina fallisce gli obiettivi di diagnosi e cura, come quando, di fronte ad un dolore epigastrico dovuto ad infarto inferiore del cuore, la diagnosi del medico è quella di gastrite; il risultato può essere catastrofico.

In campo multietnico è particolarmente difficile la corrispondenza tra disease ed illness: qui non basta recuperare la relazione medico/paziente (che sopra ho definito terapeutica nel senso stretto del

termine: se praticata la relazione è vera e propria terapia), ma è necessario considerare il livello culturale nell'espressione dei sintomi.

Ciò non è semplice ed i motivi sono diversi.

Per capire meglio bisogna recuperare il passato recente e storicizzare il modo in cui la medicina transculturale si è via via consolidata nel nostro paese.

La fase dell'esotismo

“Come Salgari scrisse dell'esotico senza averlo mai visto, così i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e di Tremal-Naik importerebbero nei nostri paesi, trasmettendole forse ai semafori, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza” (5).

Così Riccardo Colasanti scriveva nella fase pionieristica della medicina delle migrazioni, agli inizi degli anni '90.

Lo scopo era quello di destrutturare luoghi comuni e stereotipi negativi che circolavano erroneamente sulle componenti straniere ed immigrate insediate nel nostro paese. Ad esempio, va ricordato che all'epoca dell'avvio delle attività socio-sanitarie da parte, allora, del privato sociale (La Caritas a Roma, il Naga a Milano, Santa Chiara a Palermo), e in qualche misura anche adesso, era molto diffusa la convinzione che gli immigrati terzomondiali fossero diffusamente portatori di malattie che nel nostro paese erano già state debellate o comunque controllate dal punto di vista epidemiologico. Questa convinzione nel corso del decennio successivo è stata ampiamente ridimensionata ed addirittura – per alcune specifiche malattie - completamente smentita dalle diagnosi effettuate non solo dal Poliambulatorio S. Chiara ma anche da altre strutture pubbliche e del privato sociale operanti in altre parti del territorio nazionale. Per dirla con le parole di Colasanti e Salvatore Geraci, nel campo degli aspetti sanitari delle migrazioni, eravamo in piena “fase esotica” (“sindrome di Salgari”), in una fase cioè in cui le aspettative erano quelle del reperimento di malattie esotiche ormai scomparse nelle nostre latitudini ed il migrante era visto come l'untore di manzoniana memoria.

La fase dei diritti negati per legge ai clandestini e nascosti ai regolari

Ma allora il problema non era solo questo: bisognava rispondere sul piano della solidarietà a ciò che per diritto era negato. Allora, infatti, si sapeva ben poco di analoghe iniziative che nascevano in molte città italiane e che ho ricordato sopra. Quel gruppo di medici nato attorno e col volontariato nel 1990 fonda, presso l'Associazione Ferdinando Rielo di Roma, la Società Italiana di Medicina

delle Migrazioni (SIMM). La SIMM si pone subito come contenitore scientifico e consapevole di quanti erano interessati alla tematica e come catalizzatore di risorse individuali e collettive per processi di conoscenza e di promozione di diritti. In quel periodo si parlava di diritto alla salute negato per legge ai clandestini e nascosto ai regolari.

Nella seconda metà degli anni '90, grazie alla forte spinta di questo mondo socio-sanitario, si ha finalmente l'emersione del diritto con un articolo - il 13 - di un decreto legge del Governo Dini poi confluito nel TestoUnico della legge Turco Napolitano: anche coloro che sono presenti in Italia in condizioni di irregolarità giuridica e clandestinità hanno diritto non solo alle cure urgenti ma anche a quelle essenziali, continuative ed ai programmi di medicina preventiva.

E' un passo decisivo verso l'integrazione perseguita come un tentativo di mettere gli stranieri nelle condizioni di vivere "normalmente", cercando di risolvere quelle condizioni penalizzanti rispetto ai cittadini italiani in condizioni economiche e sociali comparabili, di cui l'accesso ai servizi sanitari è espressione primaria.

Garantito l'accesso, bisognava ora occuparsi della fruibilità dei servizi. Anche qui forte e decisivo è stato l'apporto del privato sociale, a Palermo sostenuto dal Comune e dall'Università, nella persona del compianto prof. S. Mansueto, illustre clinico medico.

“Di fatto non si riusciva a capire quale fosse la specificità della domanda di salute da parte della popolazione immigrata, che si diceva fosse fondamentalmente sana, e soprattutto non si riusciva a dare una efficace risposta sanitaria: perché venivano nei nostri ambulatori e come mai le malattie tropicali erano così poche?

Da queste considerazioni, alla decisione di organizzare il primo congresso sui temi socio-sanitari delle migrazioni, il passo fu breve.

Senza il becco di un quattrino ma animati da una forte voglia di conoscere e di conoscerci, nel 1990 ci siamo incontrati, tutti volontari provenienti da ogni parte del nostro Paese, nell'ex seminario di Baida, sulle colline di Palermo, e, da allora, ogni due anni ci incontriamo per le Consensus Conference sull'Immigrazione, in un clima di grande condivisione, amicizia e speranzosa costruttività. Il confronto aprì i nostri orizzonti e rispose alle nostre aspettative" (6).

In particolare si sottolineava come *"la difficoltà di utilizzare i servizi sanitari è anch'esso un problema che molti stranieri condividono con i cittadini italiani. Anche in questo campo quindi l'obiettivo di una politica di integrazione è quello di dare agli stranieri le informazioni necessarie sul funzionamento e sulle prestazioni del SSN e sulle modalità d'accesso. Ci sono però due aspetti molto particolari da considerare nella previsione di una assistenza sanitaria efficace:*

- ✚ la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia;*

✚ la condizione d' illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali assicurare uno dei diritti fondamentali come quello della salute.

Questo secondo aspetto è risolto con quanto già previsto dalla legge attualmente in vigore; più articolata dovrà essere invece l'applicazione della legge per venire incontro alle esigenze evidenziate nel primo punto, in quanto presuppongono, anche nell'ambito dei servizi sanitari pubblici, modalità di prestazione che rispettino le esigenze di persone appartenenti ad altre culture" (7).

Questa filosofia che ha ispirato l'intero impianto legislativo, desumibile dal *Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato* ed approvato con Dpr del 5 agosto del 1998, ci introduce ad un altro importante aspetto della salute dei migranti, quello transculturale.

Verso una medicina transculturale

“Se il problema della malattia fosse soltanto riferentesi a fatti oggettivi reificati al di fuori della relazione medico paziente, certamente non sarebbe necessario un tentativo di comprensione clinica transculturale ma dal momento che i modi e le maniere e le forme della salute passano passano attraverso gli uomini, sia a livello anamnestico, che diagnostico che burocratico è necessario che essi si comprendano, nei linguaggi, nei costumi, negli intendimenti. Non inserire questa progettualità in una politica sanitaria per i migranti, o nella pratica clinica d'ambulatorio col paziente straniero, vuol dire curare le emergenze, soccorrere i traumi, costatare i decessi, ma perdere un'altra occasione di fare salute, quella salute che nasce dalla trasparenza del tessuto esistenziale dell'ammalato. Se questa trasparenza è appannata se è criptica, aumenta lo spessore di tiché, dell'indefinibile e la soluzione non sarà nelle terapie antibiotiche o cortisoniche o vitaminiche da parata, come un ciclope cieco che getta la montagna contro Ulisse, e questi che sogghigna e lo sberleffa, leggero sulla barca, imprevedibile” (8).

Nasce così quello che per molti è un modo nuovo di fare medicina, con al centro il malato anche se diverso per provenienza, per razza e per religione. Nasce la medicina transculturale. Lo scopo è quello di realizzare nella pratica quotidiana una medicina più vicina all'uomo più che alla tecnologia, una medicina per così dire normale perché pone al centro della sua attenzione l'uomo visto non come una macchina da aggiustare di volta in volta nei suoi pezzi consumati ma come persona, relazione di soma e psiche, di anima e corpo che nella malattia esprime tutta questa complessità esistenziale. L'impresa si rivela subito difficile poiché occorre recuperare le nostre radici professionali, l'essenza stessa della nostra professione. *“La nostra esperienza di medici è bivalente. Non ha soltanto un aspetto 'biologico', ma anche un aspetto 'umano'. Ogni caso clinico*

costituisce un 'incontro' con una 'persona' sofferente della quale riusciamo ad 'intuire' gli intimi moti dell'animo con un processo profondamente diverso da quello usato per l'interpretazione dei fenomeni biologici. Esso non è 'spiegazione' critica e analitica, ma 'comprensiva' (cum-prehendere) immediata e sintetica. E l'intuire (intus-ire) ben più che l'obiettivo 'osservare' ne è il mezzo (9).

La deriva tecnologica della medicina, iniziata tanto tempo fa, sembra inarrestabile. *“I moderni orientamenti scolastici provvedono mediocramente ad educare i sensi, punto ad educare l'istrumento principale del sapere, ch'è la ragione”* (10). Bisognava recuperare il concetto di “clinica” nel significato originario di “letto del malato” e con esso la consapevolezza che la clinica fosse una disciplina particolare, nella quale una componente scientifica e razionale convive con un'altra componente di natura del tutto diversa.

Mentre la prima considera il malato come un “oggetto” che deve essere descritto, spiegato e modificato secondo i canoni del pensiero scientifico, la seconda considera il paziente come una “persona”, caratterizzata dalla sua esperienza esistenziale, dal suo mondo psichico, dai suoi valori dalla sua concezione della vita. Poiché il medico non può ignorare questi aspetti che costituiscono l'uomo nella sua totalità, è inevitabile che la riflessione sull'operare del clinico entri in contatto con discipline diverse dalla logica e dalla metodologia delle scienze naturali, come la psicologia del profondo, l'ermeneutica, la bioetica, l'antropologia e la filosofia.

Il clinico, quindi, oltre ad essere un biologo applicato che si occupa specificamente dei fenomeni patologici umani e dei mezzi per combatterli, è anche un uomo che aiuta un altro uomo sofferente e che, per consolarlo, deve cercare di comprendere i moti dell'animo. Questa comprensione non fa parte della scienza ma dell'ermeneutica.

“Il medico deve 'interpretare' le malattie 'more scientifico', ma deve anche 'comprendere' il malato 'more humano'. Ed è questa comprensione che dà vita ad una 'humanitas medica' (11).

Anche questo tentativo di umanizzazione in ambito medico non è semplice. I successi della biologia molecolare, della genetica e della tecnologia che hanno dato e danno un grande contributo nella lotta contro le malattie, purtroppo hanno creato non pochi problemi: riduttivismo biologico, autonomia di giudizio e tecnicismo esasperato.

D'altro canto la formazione universitaria ha favorito l'acquisizione per campi a discapito dell'approccio globale e soprattutto ha sancito la definitiva separazione tra medicina e filosofia il cui rapporto è diventato inversamente proporzionale: il tecnicismo esasperato del medico di oggi rende il suo interesse per la filosofia prossimo allo zero. La medicina, avanzata tecnologicamente, regredisce intellettualmente in quanto le scorciatoie della diagnosi diventano infinite, le possibilità

terapeutiche sopravanzano le abilità diagnostiche. Viene a mancare il gusto di capire; nasce l'orgoglio di curare; si fa più che non si pensi; il medico può di più.

La prima conseguenza è l'instaurarsi del cosiddetto paradosso terapeutico: difficile e contraddittorio equilibrio tra oggettività ed empatia, tra distacco ed identificazione, proprio perché la medicina contemporanea ha cancellato la globalità della persona a vantaggio della conoscenza approfondita delle singole parti del corpo.

La seconda è che la medicina è malata, il medico insoddisfatto, mentre gli infermieri abbandonano la professione. Si moltiplicano i dibattiti sulla non-sostenibilità economica, etica e politica della medicina attuale ed aumenta il numero di persone sane spaventate dai fattori di rischio che si sentono abbandonate dalla medicina ufficiale. Come naturale conseguenza, cresce il fatturato delle medicine alternative.

Gli antropologi ormai da tempo si sono accorti come la relazione sia diventata di tipo contrattualistico e biomeccanicistico con ruoli ben distinti tra soggetto (medico) ed oggetto (malato), con l'acquisizione di un modello tecnomorfo in cui il malato, sintesi di soma e psiche, viene ridotto a vero e proprio manichino (12) (dipenderà da questo il successo dei manichini nelle nostre università?).

L'ideologia medica fondata sull'idea della malattia come fenomeno concretamente misurabile e rappresentabile, osservabile "dall'alto della scienza medica", fondata sulla centralità del visibile e del misurabile (si pensi a tutta la retorica dello «sguardo clinico» e ad un modello di relazione terapeutica che, se pur in larga misura ancora dominante nel nostro modo di pensare e di gestire i fenomeni di salute e malattia) mostra già dalla fine degli anni '70 i primi segni di inadeguatezza, le prime incrinature (13).

In campo multietnico i problemi di differenza culturale nell'ottica della coppia relazionale medico autoctono-paziente migrante sono resi complessi dal fatto che si tratta di due aree culturali che non hanno raggiunto un equilibrio di transculturazione. Con due grandi miti: quello del migrante paziente ignorante ed infetto e, da parte del migrante, quello dell'Occidente eden tecnologico. Evidentemente tendono a conglombarsi in un'unica società multiculturale ma nella prima fase c'è un attrito, una frizione che comporta incomprensione, razzismo e, sul piano medico, quel fenomeno di impermeabilità diagnostica tante volte osservato. Il paziente resta, cioè, distante, studiato, analizzato ma non interpretato.

Ora, per ridare al medico quel grado di umanità nei rapporti con i pazienti che la tecnologia esasperata gli ha sottratto, il medico deve saper rappresentare queste qualità che tra l'altro, come ha dimostrato la storia fino ad oggi, fanno parte del suo DNA. Egli non è un tecnico e non lo sarà mai ed il suo paziente non è una macchina ma un uomo unico ed irripetibile. La medicina deve molto a

Claude Bernard che nella sua famosa “Introduzione allo studio sperimentale della medicina” sancì il definitivo distacco della medicina dalla magia e per certi versi anche dalla filosofia, ma deve recuperare tutte quelle discipline cosiddette ermeneutiche, come la filosofia stessa, l’antropologia e la sociologia senza le quali non sarà mai in grado di dare risposte efficaci all’uomo-malato soprattutto se di cultura diversa.

Il fatto poi che il “background” sia “così multietnico” non costituisce affatto un problema ma anzi un’ulteriore opportunità: bisogna però intendersi sul termine cultura che va considerata per quello che è, semplice modalità di essere nel proprio rapporto con gli altri e con il mondo, dandole il giusto peso, non certamente sottovalutandola, ma neanche sopravvalutandola come se si trattasse di una vera e propria gabbia: non dimentichiamo che l’uomo viene sempre prima della cultura e non viceversa: “*in fondo siamo fatti tutti della stessa pasta umana*”.

Se la medicina in Italia saprà riflettere sul senso della multietnicità al suo interno e capirà la grande opportunità che le viene offerta, sarà in grado di dare risposte efficaci non solo al paziente eteroculturale ma anche a quello isoculturale, perché avrà recuperato il senso di se stessa.

Riferimenti bibliografici

- 1) Caritas/Migrantes, Immigrazione Dossier Statistico 2010 XX Rapporto: 1991-2010, *Per una cultura dell’altro*. Idos Edizioni
- 2) Caritas/Migrantes, Dossier Statistico 2011 Immigrazione 21° Rapporto: 1991-2010, *Aree di origine flussi inserimento lavoro territorio*. Idos Edizioni
- 3) M Mazzetti, in *Il dialogo transculturale in medicina*. Percorsi editoriali, pag. 7, 2001.
- 4) C G Helman, *Disease versus illness in general practice*, in *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31, 548-552, 1981.
- 5) R Colasanti, in *Immigrati e Salute - Paure, miti e verità* - A cura di R. Colasanti, S. Geraci, F. Pittau, 11-12, Ed. Lavoro, ISCOS, 1991.
- 6) M Affronti, *Perché i quaderni di S. Chiara*, in *Quaderni di Santa Chiara*, 1/2004, p. 7-8, v.u. Officine Tipografiche Aiello, Bagheria (Pa).
- 7) M Marceca, *La salute*, in XI Rapporto sulle Migrazioni 2005 – ISMU FrancoAngeli, pp. 187:201, 2006.
- 8) R Colasanti, in *Immigrati e Salute - Paure, miti e verità* - A cura di R. Colasanti, S. Geraci, F. Pittau, 15-16, Ed. Lavoro, ISCOS, 1991.
- 9) E Poli, *Metodologia medica. Principi di logica e pratica clinica*. Milano, 1965.
- 10) A Murri, *Scritti Medici*, 1902.

- 11) G Federspil, *Logica clinica i principi del metodo in medicina*, McGraw-Hill, 2004
- 12) B Maisano, *La mediazione come relazione di un corpo*, in *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute, Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, a cura di Salvatore Geraci, pp 247-248, Ed. Anterem-Roma, 2000.
- 13) N Diasio, *L'uomo di vetro e l'uomo velato: la relazione terapeutica*, *Ann. Ig. (7)*: 209 216, 1995.

✚ *Mario Affronti* è responsabile del Centro diocesano per la pastorale delle migrazioni di Palermo e vicedirettore regionale della Migrantes Sicilia.

E' responsabile dell'U.O.S. di Medicina delle Migrazioni dell'Az. Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, Centro Regionale di Riferimento e di Coordinamento per la medicina dei viaggi, del turismo e delle migrazioni.

Dal febbraio 2009 è presidente della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni).