

## INDICE

<b>IMMIGRATI E SALUTE: IL PROBLEMA DELLA TESI .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Il quadro di riferimento .....</b>	<b>6</b>
<b>2. La sfida dell'integrazione.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Il problema della tesi .....</b>	<b>10</b>
<b><i>DIVERSITA' CULTURALI E MODELLI DI SALUTE NELL'IMMIGRAZIONE.....</i></b>	<b><i>14</i></b>
<b>1.1 L'approccio interculturale a salute e malattia .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 L'emigrazione come ridefinizione di identità.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Il rapporto medico/paziente nell' immigrazione.....</b>	<b>21</b>
<b>1.4 L'effetto "migrante sano" e le malattie degli stranieri.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5 Il profilo epidemiologico degli stranieri immigrati.....</b>	<b>27</b>
<b>1.6 Determinanti e aree critiche per la salute degli immigrati .....</b>	<b>29</b>
<b>1.7 Un' area critica: la maternità .....</b>	<b>32</b>
<b>1.8 L'esperienza dell'aborto.....</b>	<b>35</b>
<b>1.9 Sintesi: variabili che condizionano l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte degli immigrati .....</b>	<b>38</b>

1.10 Le difficoltà nella comunicazione sanitaria .....	41
1.11 La comunicazione interculturale e la figura del mediatore in sanità.....	44
 <i>IMMIGRATI E DIRITTI ALLA SALUTE</i> .....	47
2.1 Il quadro normativo italiano.....	47
2.2 La normativa fino al '95: l'ineguaglianza degli stranieri nell'accesso ai servizi .	48
2.3 La svolta del '95 .....	51
2.4 I nuovi bisogni di salute e la difficoltà del SSN .....	54
2.5 La legge 40 del 1998 .....	55
2.6 L'art.34: "Assistenza per gli stranieri iscritti al SSN" .....	57
2.6 L'art. 35: "Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al servizio sanitario nazionale" .....	59
2.7 La tutela legislativa per donne, minori e anziani stranieri .....	61
2.8 Tutela della salute come principio costituzionale .....	63
2.9 Il Regolamento d'attuazione della L. 40/98 .....	65
2.10 Gli stranieri nel Piano Sanitario Nazionale .....	66
2.11 Il Documento programmatico relativo alle politiche dell'immigrazione e degli stranieri.....	67
2.12 Le Commissioni consultive per lo studio del fenomeno migratorio .....	68

<b>2.13 L'evoluzione dei rapporti fra servizi sanitari e immigrazione nel decennio</b>	
<b>Novanta .....</b>	<b>69</b>
 <b><i>REGIONE PIEMONTE ED ENTI LOCALI: PROGRAMMI E INTERVENTI.....</i></b>	<b><i>71</i></b>
<b>3.1 La normativa nella Regione Piemonte .....</b>	<b>71</b>
<b>3.2 Gli obiettivi regionali .....</b>	<b>74</b>
<b>3.3 Il Piano Sanitario Regionale .....</b>	<b>77</b>
<b>3.4 Altri interventi regionali a favore della salute degli immigrati .....</b>	<b>78</b>
<b>3.5 Due nuovi servizi mirati all'interno del SSR.....</b>	<b>80</b>
<b><i>I Centri I.S.I.....</i></b>	<b><i>80</i></b>
<b><i>L'Ambulatorio Migrazione Salute .....</i></b>	<b><i>82</i></b>
<b>3.6 Gli interventi degli Enti locali: le linee guida della Provincia di Torino .....</b>	<b>83</b>
<b>3.7 I progetti della Provincia nel 2003-2004 .....</b>	<b>86</b>
<b>3.8 I progetti destinati alla divulgazione informativa dei servizi .....</b>	<b>89</b>
<b>3.9 Le iniziative del Comune di Torino.....</b>	<b>90</b>
<b>3.10 La salute degli stranieri : i principali servizi sanitari offerti dalla Città di Torino.....</b>	<b>92</b>
<b>3.11 Servizi sociali e immigrati nei Piani di Zona.....</b>	<b>95</b>
<b>3.12 Le politiche in ambito torinese: una sintesi .....</b>	<b>96</b>

<b><i>ACCESSO E FRUIZIONE DEI SERVIZI NELL'AREA TORINESE: ALCUNI DATI</i></b>	<b>99</b>
4.1 Le tendenze pregresse .....	99
4.2 La tipologia d'utenza negli Ambulatori medici .....	101
<i>I passaggi nei Centri ISI.....</i>	<i>101</i>
<i>I passaggi e i progetti nei Centri Ambulatoriali volontari.....</i>	<i>103</i>
4.3 I ricoveri ospedalieri.....	104
4.4 Prestazioni specialistiche e utilizzo di farmaci .....	108
4.5 La salute dei minori stranieri a Torino.....	109
4.6 Le gravidanze e gli aborti.....	112
 <b><i>ACCESSO E FRUIZIONE DEI SERVIZI: L'OPINIONE DEI TESTIMONI PRIVILEGIATI</i></b>	 <b>114</b>
5.1 La posizione giuridica e il diritto di accesso .....	116
5.2 L'informazione come problema .....	118
5.3 La capacità di risposta dei servizi .....	121
5.4 Il problema delle risorse finanziarie e normative .....	124
5.5 Le forme di coordinamento richieste .....	127
5.6 Problemi di preparazione e formazione degli operatori .....	129

<b>5.7 L'integrazione sanità e assistenza .....</b>	<b>133</b>
<b>5.8 L'accesso e le sue barriere.....</b>	<b>134</b>
<b>5.9 La funzione e la formazione del mediatore culturale .....</b>	<b>138</b>
 <b><i>ELEMENTI CONCLUSIVI.....</i></b>	 <b><i>142</i></b>
<b>1. I limiti nella normativa.....</b>	<b>142</b>
<b>2. La mancata implementazione della legge nei livelli decentrati .....</b>	<b>143</b>
<b>3. Le barriere di accesso e fruibilità dei servizi.....</b>	<b>145</b>
<b>4. Omologazione nell'utenza e/o tutela delle differenze? .....</b>	<b>147</b>
<b>5. Riorientare i servizi in senso multiculturale: possibili criteri.....</b>	<b>149</b>
 <b><i>FONTI UTILIZZATE .....</i></b>	 <b><i>151</i></b>
<b>1.Libri.....</b>	<b>151</b>
<b>2. Articoli, Contributi e Saggi.....</b>	<b>152</b>
<b>3. Ricerche e repertori statistici.....</b>	<b>154</b>
<b>4. Norme nazionali, regionali e locali .....</b>	<b>155</b>
<b>5. Ricerche e siti internet.....</b>	<b>157</b>

# **IMMIGRATI E SALUTE: IL PROBLEMA DELLA TESI**

## **1. Il quadro di riferimento**

Per la sua posizione geografica e per la mancanza di una legislazione che ne regolasse l'entrata, l'Italia ha rappresentato, nei primi anni '80, la porta d'ingresso per molti stranieri. Tuttavia, a dispetto di ciò che comunemente si pensa, il nostro Paese è stato per un lungo periodo un transito, in attesa di poter migrare verso altre nazioni, come Canada e Stati Uniti; i processi d'integrazione, quindi, sono stati ulteriormente complicati da una condizione sospesa, provvisoria, che preludeva ad un'altra condizione, altrove. Questo ha contribuito a rendere la società italiana impreparata di fronte allo stabilizzarsi degli stranieri nel nostro paese, divenuto una delle mete finali dei nuovi movimenti migratori, evidenziando una carenza legislativa e l'inadeguatezza delle strutture d'accoglienza e di assistenza.

Dalla metà degli anni '80 alla metà degli anni '90, a fronte di un diritto di salute negato per legge ai clandestini o inaccessibile ai più (per complessi iter burocratici, o perché connesso ad alcune condizioni giuridiche precise quali la residenza, la condizione lavorativa, etc), è stato il volontariato a supplire alla carenza di tutela della salute da parte pubblica, garantendo di fatto un diritto all'assistenza sanitaria.

Dalla metà degli anni '90, la classe politica, spinta anche da Associazioni del volontariato, che non riuscivano più a far fronte da sole ai crescenti bisogni di salute e richieste di cure da parte della popolazione straniera, ha cominciato a prendere coscienza del problema, e ha sancito con la legge n°40 del 1998, la possibilità di accedere (seppur in forma diversificata) alle strutture sanitarie. Questa legge può essere considerata una svolta nella considerazione degli stranieri, che non sono più percepiti solo come un problema di ordine legato all'emergenza, ma come una risorsa di valenza strutturale; il che ha favorito

la messa in atto di politiche d'integrazione, nel tentativo di mettere gli stranieri nella condizione di vivere normalmente.

Negli ultimi anni, quindi, si è cercato di porre fine anche se in ritardo rispetto all'emergere del fenomeno, a condizioni penalizzanti, che in passato avevano impedito agli stranieri l'accesso ai servizi sanitari,<sup>1</sup> discriminandoli rispetto ai cittadini italiani in condizioni sociali ed economiche comparabili.

Almeno in linea teorica, oggi l'accesso alle cure è garantito per tutti gli immigrati presenti sul territorio: per i regolari, in quanto è prevista l'equiparazione ai cittadini italiani e la semplificazione degli iter burocratici; agli irregolari sono assicurate le cure urgenti, essenziali e continuative (come definite dalla circolare n°5/2000),<sup>2</sup> con particolare attenzione alla tutela della maternità e dei minori. Negli ultimi anni, le strutture pubbliche si sono maggiormente attivate per cercare di risolvere il problema dell'assistenza sanitaria per gli stranieri, e hanno cercato di riorganizzare il proprio servizio, anche attraverso percorsi formativi indirizzati agli operatori sanitari, con l'introduzione di figure nuove, e attraverso ricerche epidemiologiche e rilevazione di dati sulla presenza straniera nel territorio. Tuttavia, nonostante numerose ricerche evidenzino che gli stranieri non sono più esclusi dalle prestazioni, è evidente la fragilità sociale di tale popolazione nell'accesso ai servizi, imputabile a vari fattori, e alle incerte politiche d'integrazione, sia a livello nazionale che a livello regionale, che costituiscono un aspetto peculiare della marginalità straniera.

Il semplice riconoscimento giuridico ai cittadini immigrati del diritto all'assistenza sanitaria non è bastato, quindi, a garantire loro l'accesso appropriato ai servizi e l'efficacia nell'intervento; al contrario, in campo sanitario e sociale i problemi sono apparsi più rapidamente visibili, con risposte, il più delle volte, inadeguate. Tuttavia, il grado di accessibilità e fruizione dei servizi sanitari rappresenta una questione cruciale

---

<sup>1</sup> Geraci S., Mareca M. "Il diritto all'assistenza sanitaria dei cittadini stranieri" in *Panorama della Sanità* n°18, maggio 2002; riportata in [www.stranieriinitalia.it](http://www.stranieriinitalia.it)

<sup>2</sup> Vedi più avanti, pagina 27

per il benessere dell'immigrato, perché il degrado del patrimonio di salute dell'individuo pone seri problemi, sia alla persona che si ammala, sia all'intera collettività che lo ospita.<sup>3</sup>

## 2. La sfida dell'integrazione

La grande sfida, che l'immigrazione ha posto al SSN, è come avviare un reale processo di integrazione della nuova utenza, e rendere leggibili i suoi bisogni e la sua domanda di salute attraverso la ridefinizione e la sperimentazione di nuovi approcci, epidemiologici-preventivi, diagnostici, terapeutici e organizzativi. Tra i bisogni, diventano rilevanti quelli che si pongono in un'ottica di genere.

Dopo un'immigrazione in fase iniziale, in cui prevaleva nettamente un genere sull'altro (fattore correlato alla nazionalità o all'area di provenienza, al gruppo etnico, al background socioculturale del paese d'origine), nella fase attuale le due componenti di genere si stanno riavvicinando: negli ultimi anni, la composizione per genere degli stranieri, ha registrato un graduale riavvicinamento tra la componente maschile (il 52%), e quella femminile (47% del totale).<sup>4</sup> Ciò, non solo esprime la modificazione del progetto migratorio del singolo e modifica il quadro della presenza straniera nella città, ma ha

---

<sup>3</sup> Vale anche per lo straniero quanto l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sancito, nella "Carta di Ottawa", per la promozione alla salute

Le attività essenziali sono tre:

- A. *to enable*: è l'attività finalizzata a mettere in grado gli individui e la comunità a migliorare la propria salute;
- B. *to mediate*: è l'attività finalizzata ad attivare la mediazione tra gli interessi diversi e, non di rado, in contrapposizione tra differenti organizzazioni, per il raggiungimento della salute;
- C. *to advocate*: è l'attività finalizzata a patrocinare e sostenere i meno favoriti nella Comunità, in nome dell'equità.

Le azioni strategiche sono cinque:

- A. *costruire politiche pubbliche per la salute*;
- B. *creare ambienti che favoriscono le scelte sane delle persone*;
- C. *sviluppare e favorire le azioni della comunità*;
- D. *aumentare la capacità e le risorse individuali*;
- E. *riorientare i servizi sanitari*

<sup>4</sup> "Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino", Rapporto 2003 a cura di Città di Torino, Prefettura di Torino Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico, pagina 62



inciso sulla struttura dei servizi sanitari e socio-assistenziali, poiché ha apportato nuove problematiche ed esigenze al loro interno, che hanno determinato una spinta al riorientamento degli stessi.

Il processo di stabilizzazione in corso interessa tutto il territorio nazionale, e in misura maggiore, le Regioni del nord e le grandi aree metropolitane, di cui il Piemonte e la città di Torino rappresentano un esempio emblematico.

Il fenomeno di stabilizzazione è reso evidente da fattori, quali:

- l'incremento dei ricongiungimenti familiari;
- la crescita significativa del numero di bambini e ragazzi nelle scuole;
- l'alta percentuale di residenti di lunga data;
- l'aumento di matrimoni misti;
- l'aumento del numero di stranieri nel Paese.

La stabilizzazione del fenomeno comporta, oltre l'aumento della presenza femminile, una maggiore articolazione nelle fasce d'età presenti. Pur essendo quella tra i 20 e i 30, la fascia d'età più consistente, aumenta sia il numero dei minori (che costituiscono, complessivamente, quasi un quinto dell'intero universo dei cittadini stranieri) che degli anziani, con la conseguente variazione nella domanda di servizi, sanitari e socio-assistenziali, loro rivolti. Si deve considerare inoltre, che, in questi anni, sono aumentate anche le nazionalità presenti in Italia. Secondo i dati del 2003,<sup>5</sup> gli stranieri regolarmente presenti nella sola provincia di Torino sono circa 83.000, di ben 142 nazionalità diverse.<sup>6</sup>

Secondo i dati dell'anagrafe del Comune di Torino relativi al 31/12/03, il maggior numero di stranieri presenti nell'area metropolitana torinese, proviene dall'Europa orientale (14.495 dalla sola Romania), seguiti dagli stranieri provenienti dal Marocco (12.220), dal Perù (4.574), dall'Albania (3.616) e dalla Cina (2.828); negli ultimi anni, sta

---

<sup>5</sup> "Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino" Rapporto 2003 a cura di Città di Torino, Prefettura di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico, pagina 11

<sup>6</sup> La legge 189/2002 ha permesso a molti immigrati di regolare la loro posizione e di emergere dalla clandestinità in cui si trovavano; alla fine del 2003, i dati della Questura registravano un incremento del 32% rispetto all'anno precedente. Da considerare che questi dati sono sottostimati, perché non includono i clandestini in senso proprio, le persone che sono in attesa di rinnovo del permesso di soggiorno, le persone che il permesso non lo hanno rinnovato, coloro che hanno un visto turistico scaduto, le persone che non hanno i documenti in regola, che però lavorano (in nero) e utilizzano i servizi sanitari, almeno il PS.

acquistando una rilevanza sempre maggiore il gruppo di immigrati proveniente dall'ex URSS. I dati evidenziano che la presenza straniera è ormai una realtà consolidata, con cui anche per il sistema dei servizi, è necessario confrontarsi.

La presenza degli stranieri ha determinato, in alcuni casi, un effetto boomerang, i cui effetti sono oggi visibili: uffici e servizi che, agli inizi degli anni '90, hanno dovuto inventarsi un nuovo metodo di lavoro ed elaborare strutture e iniziative che rispondevano a criteri emergenziali, sono chiamati ad abbandonare l'ottica di emergenza, con cui avevano cercato di rispondere alle nuove esigenze, e tendere verso un'ottica di integrazione. Il riconoscimento del bisogno è un complesso processo di costruzione e definizione, poiché l'assimilazione dei bisogni degli immigrati a quelli degli autoctoni non è automatica, né esente da problemi, per entrambe le parti.<sup>7</sup>

La capacità di un servizio di porsi in relazione con il diverso, vivendolo come risorsa e arricchimento (e non solo come problema), diventa dunque la premessa indispensabile per la riqualificazione e il miglioramento del servizio stesso.

### **3. Il problema della tesi**

Cosa succede quando le procedure, le regole del SSN e dei servizi sociosanitari si incontrano con i bisogni e le esigenze di salute degli immigrati?

Questa domanda costituisce il problema centrale di questa tesi. Essa cerca di capire come lo Stato, in generale, la Regione Piemonte e la Città di Torino in particolare, hanno affrontato le nuove richieste di cura e salute da parte di una popolazione straniera sempre più stabile. Mi propongo, in sostanza, di analizzare l'evoluzione dei servizi sanitari in relazione all'emergere di nuove richieste di salute, allo scopo di verificare se le risposte fornite sono in grado di "favorire lo sviluppo di una dinamica di scambio che, pur preservando le specificità culturali delle diverse componenti della società, contribuisca

---

<sup>7</sup> IRES *Le chiavi della città. Politiche per gli immigrati tra Torino e Lione Torino, 1994, pagina 108*

all'emergere di nuovi legami sociali e instauri uno spazio sufficientemente coerente".<sup>8</sup> Il lavoro è diviso in un capitolo introduttivo, tre capitoli dedicati al quadro normativo e alle realtà locali, un capitolo riservato all'opinione di alcuni operatori e uno conclusivo.

Nel primo capitolo, ho analizzato il modo in cui il corpo viene percepito e curato a seconda della cultura di riferimento, e il conseguente sviluppo di pratiche curative e culture simboliche di quel particolare gruppo sociale, che si riflettono nelle domande di salute, nell'accesso e fruizione dei servizi sanitari nel paese d'accoglienza. L'emigrazione è di per sé un evento, che comporta una ridefinizione del proprio modo di essere, del modo di percepire il proprio corpo e la propria persona, è una rottura col passato.

E' l'ingresso in un paese in cui la cultura, il modo di vivere, la percezione di se stessi e del proprio corpo, le stesse patologie sono differenti da quelli della terra d'origine. Nel profilo epidemiologico degli immigrati spiccano il percorso di vita della donna e la maternità, che, il più delle volte, in terra d'immigrazione viene vissuta come un evento traumatico. Nell'elaborazione di questo capitolo, ho utilizzato testi di carattere scientifico e socio-antropologico, al fine di evidenziare la relazione esistente tra difficoltà socio-culturali e salute.

Nel secondo capitolo ho analizzato l'evoluzione della legislazione italiana relativa alla tutela della salute dell'immigrato: dalla prima legge specifica sul fenomeno migratorio, la n°934/86, che garantiva l'accesso ai servizi sanitari solo ai lavoratori (escludendo tutti gli altri stranieri), fino alla più recente, la legge n°189/02. In questo excursus sulla normativa nazionale, ho messo in luce le problematiche e i limiti della legislazione nazionale, in relazione al fenomeno migratorio, in ordine alla tutela giuridica di uno dei diritti fondamentali, quello alla salute riconosciuti dalla nostra Costituzione.

La tutela è stata pienamente sancita per tutti gli stranieri, con evidenti differenze tra regolari e irregolari, soltanto nel 1998; la più recente legge, sebbene abbia modificato in senso restrittivo la legge precedente, non ha intaccato questo principio.

---

<sup>8</sup> IRES *Le chiavi della città. Politiche per gli immigrati tra Torino e Lione, Torino, 1994, pagina 12*

Ho analizzato i documenti successivi alla legge del '98 in cui si sono definite le cure per gli stranieri irregolari, e i documenti programmatici indirizzati verso una politica di piena integrazione, di cui il Piano Sanitario Nazionale è espressione.

Nel terzo capitolo ho esaminato le linee di attuazione della legislazione nazionale adottate dalla Regione Piemonte; le competenze e obiettivi che la Regione persegue in materia d'immigrazione, i finanziamenti di cui dispone, e i principali interventi e progetti messi in atto in questi ultimi anni. Mi soffermo su due progetti sanitari, in cui la Regione Piemonte è all'avanguardia rispetto alle altre Regioni: i Centri ISI, che costituiscono la porta d'accesso al SSN per gli stranieri irregolari e offrono l'assistenza sanitaria di base, e l'ambulatorio Migrazione e Salute, istituito presso l'Ospedale Amedeo Savoia, specificamente dedicato alla cura e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse nella popolazione mobile. Ho definito il ruolo ulteriore che la Provincia e il Comune assumono nella implementazione delle politiche sanitarie rivolte agli stranieri, pur non avendo specifiche competenze per la gestione dei servizi sanitari. La funzione dei due Enti s'inserisce in un più ampio ambito d'intervento, che coinvolge diversi attori e tocca diverse problematiche; i principali progetti e interventi mirati sono finalizzati al contrasto dei processi di esclusione e delle forme di discriminazione, che si riflettono nell'accesso e fruizione dei servizi. La realtà torinese appare caratterizzata da un insieme eterogeneo d'attori, pubblici e privati, che si occupano d'immigrazione, variamente organizzati sul territorio, di cui l'Ufficio Stranieri e Nomadi rappresenta il punto focale.

Nel quarto capitolo ho riportato i dati, da me reperiti, relativi all'accesso nelle strutture sanitarie, pubbliche e private, dell'area metropolitana, suddividendoli in base alla nazionalità degli utenti e distinguendo i principali problemi di salute per età degli stranieri. Una parte del capitolo verte sui problemi di salute del minore e sui dati relativi alle gravidanze e IVG, comparati con quelli delle cittadine italiane.

Nel quinto capitolo espongo i risultati di un'indagine di opinione sul campo che si avvale di dodici testimoni privilegiati del settore pubblico e privato. I rispondenti

provengono dai Centri ISI della ASL 1 e della ASL 2; due Associazioni di volontariato presenti nel territorio (SER.MI.G e Camminare Insieme); due soggetti del privato sociale che svolgono un'azione di sostegno e informazione per gli stranieri, la Pastorale Migranti e la Cooperativa San Donato; l'Ambulatorio per bambini stranieri dell'Ospedale Regina Margherita; l'Ambulatorio Migrazione e Salute presso l'Ospedale Amedeo Savoia; il servizio sociale dell'Ospedale Molinette; l'Ufficio Stranieri e Nomadi; l'Assessorato alla Sanità della Regione; la formazione di mediatori culturali. Con questa ricerca empirica, ho potuto osservare ulteriormente l'operato di alcune realtà presenti nel territorio raccogliere le problematiche che si incontrano da parte dei servizi. Le interviste delineano le difficoltà degli utenti stranieri di accedere e fruire correttamente dei servizi e i fattori che le determinano, come le incomprensioni linguistico-culturali, la disinformazione sull'accesso e sui diritti, il funzionamento del servizio stesso.

La conclusione (capitolo sesto), riprendendo quanto emerso nelle varie parti della tesi, sviluppa il rapporto tra dimensione culturale, dimensione politico-sociale e organizzativa del problema salute degli immigrati. Fra le problematiche che la legge non ha risolto, va subito segnalata l'esigenza di sviluppare una "medicina transculturale", che presuppone un atteggiamento specifico nei confronti del paziente straniero. Mentre una omologazione alla cultura sanitaria occidentale, sembra una condizione per fruire delle prestazioni, una politica di integrazione, antropologicamente coerente dovrebbe riuscire a rispettare le differenze culturali che caratterizzano ogni aspetto della vita umana, e di cui la salute costituisce parte essenziale.

## **CAPITOLO PRIMO**

# **DIVERSITA' CULTURALI E MODELLI DI SALUTE NELL'IMMIGRAZIONE**

### **1.1 L'approccio interculturale a salute e malattia**

E' stato più volte evidenziato, negli studi interculturali, che lo stato di salute e malattia, di un gruppo sociale come di un individuo, sono strettamente correlate alle caratteristiche dell'ambiente e contesto in cui si vive e si interagisce. In contesti organizzati in modo diverso, ci si ammala e si muore per cause differenti. Esistono distinte malattie e rappresentazioni culturali dell'evento morboso, così come, al variare dei contesti socio-ambientali-culturali, cambiano le aspettative, le ansie e la percezione stessa di salute o malattia. Il modo in cui il corpo fisico viene percepito e curato è fortemente influenzato dalla cultura di riferimento, che sviluppa tutta una serie di pratiche curative, e di credenze rivelatrici dell'ordine simbolico di quel gruppo sociale.

La percezione del corpo è propria di ognuno di noi, ed è legata sia alla storia del soggetto, sia alla sua cultura d'appartenenza. In altri termini, la cultura determina il modo di sentire il proprio corpo e di sperimentare il dolore e la sofferenza. Di fronte ad un evento, quale la malattia, il malessere del corpo, ciascuna società e individuo cerca di trovare ed elaborare delle soluzioni e delle spiegazioni, che possono richiamarsi a sistemi in contraddizione tra loro. Mentre in Occidente la rivoluzione scientifica e la moderna tecnologia medica hanno permesso il diffondersi di una cultura positivista, basata sul progresso della scienza medica e sulla possibilità di sconfiggere i mali, in altre società sono sempre sopravvissute medicine popolari e pratiche pre-scientifiche, basate su una visione diversa della malattia e delle sue cause.

Inoltre, mentre il sistema sanitario occidentale ha come principio di base una medicina scientifica, in cui la malattia è vista come uno stato di alterazione dell'organismo biologico, che si verifica ogni qual volta il corpo entra in contatto con fattori virali o si abbassano le sue difese immunitarie, nelle società tradizionali la malattia non è pensata come una condizione "corporea" della persona, che accade solo nel corpo fisico, ma è strettamente connessa al corpo sociale. Nelle società tradizionali l'essere malato è un'esperienza intersoggettiva, da condividere col gruppo d'appartenenza,<sup>9</sup> e le spiegazioni e terapie di cura proposte sono coerenti con questa concezione.

La malattia diventa un momento critico in cui è coinvolta tutta la comunità familiare e sociale, che si fa carico del malato. Nella medicina tradizionale è forte, inoltre, la componente simbolica; la malattia è relazionata ai rapporti che intercorrono tra l'individuo e il gruppo sociale, a fattori naturali e/o soprannaturali e all'equilibrio interno degli elementi che compongono il corpo. La causa della malattia non rientra nell' "ordine naturale" delle cose, ma in quello sociale; è un segno rivelatore di uno squilibrio all'interno della comunità.

Ciò si riscontra nella medicina africana, dove salute e malattie sono legate al mantenimento dell'equilibrio sociale, come anche nella medicina ayurvedica, diffusa in India e in Asia. Secondo questa, il corpo umano è formato da cinque elementi, la cui combinazione dà origine a tre tipi costituzionali (dosha): se questi sono in equilibrio, il corpo è in salute e ciò si ottiene coniugando una sana alimentazione e ritmi quotidiani equilibrati. La medicina tradizionale cinese è basata sulla teoria dello yin e dello yan (positivo e negativo), e vede la malattia come perdita di equilibrio tra queste due forze. Per gli immigrati dell'America Latina, lo stare male è riconducibile a uno squilibrio tra caldo e freddo.<sup>10</sup>

La spiegazione sintomatologica ha un'importanza secondaria perché, l'eziologia rinvia a cosa diversa dal segno nosologico: l'essere malato di per sé non è grave, ma lo

---

<sup>9</sup> Mazzetti M. "Il dialogo transculturale" in *Percorsi di donna, Percorsi Editoriali*, dicembre 2001, pagina 20,21

<sup>10</sup> Tognetti Bordogna M. "I diversi modelli di salute mentale" in *Salute e Territorio*, n°106/98, pagina 26,27

diventa per la comunità, perché è simbolo di un pericolo malefico.<sup>11</sup> In società, dove la causa va ricercata in fattori esterni al corpo fisico (stregonerie, malocchio, fatture, invidie...), per avere una cura non ci si rivolge al medico, ma al guaritore tradizionale, che formula una rapida diagnosi, ponendo poche e semplici domande relative al tempo e allo spazio in cui è comparso il sintomo.

E' evidente che il modello eziologico della malattia influenza la scelta del soggetto cui rivolgersi: se si ritiene che la causa sia dovuta a fattori sovranaturali, e indipendenti dal corpo, le persone provenienti da alcune culture, non si rivolgeranno ai medici del SSN, o solo in ultima istanza.<sup>12</sup> L'intendere la malattia in modo diverso comporta incomprensioni e difficoltà all'interno del rapporto operatore-utente, accentuate dal fatto che il paziente stesso non riconosce di essere malato; la malattia è vista come evento esterno, ed ammetterla potrebbe significare il fallimento del progetto migratorio. Il migrante, per non interferire con le promesse fatte alla comunità d'origine, e per continuare ad essere accettato nella società di accoglienza, dispone di un unico strumento: il corpo sano, che gli permette di lavorare. Molto spesso, pertanto, l'ammissione di malattia viene rinviata nel tempo, fino a quando è conclamata, e il migrante non può fare a meno di rivolgersi al servizio sanitario. A ciò si aggiunge che l'immigrato, nel momento in cui si ammala, non è sostenuto dal suo gruppo sociale, né dalla sua famiglia; vive l'evento in completa solitudine, in un paese straniero dove, al contrario di ciò che ha conosciuto nel suo paese d'origine, si tende a emarginare la persona malata.

Nel caso delle persone immigrate, l'essere malato rappresenta un crollo, non soltanto fisico, ma psichico, che rinvia alla situazione generale di crisi, che il processo d'immigrazione comporta. La malattia può assumere il significato di crisi d'identità, in un momento in cui il migrante si trova a dover riformulare il modo in cui vede sé stesso e il suo modo di vivere, per adeguarsi alla società di accoglienza. Il difficile processo di riformulazione della propria identità in terra di migrazione, espressa con il timore di "veder cambiare il proprio corpo", è alla base di uno dei disturbi più frequenti tra gli

---

<sup>11</sup> Castiglioni M, *La mediazione linguistico-culturale: principi, strategie, esperienze*, Franco Angeli, Milano, 1997, pagina 45 e seguenti

<sup>12</sup> Ivi



immigrati, soprattutto nel primo periodo di insediamento, chiamato dai medici “*prurito sine materia*”. Alcune ricerche hanno messo in luce il fatto che il disagio che emerge nel primo periodo dell’esperienza migratoria, nel tempo non diminuisce, ma si trasforma in sindrome psico-somatica. Il sentimento della perdita, e della separazione dalla terra natia, sembra connotare in generale l’esperienza interiore dei migranti, sia di quelli che si ammalano e intraprendono un reale percorso psicopatologico, sia di quelli che non si ammalano ma, molto spesso, hanno un adattamento solo apparente.

Chi si ammala, molte volte, non chiede aiuto, per paura, vergogna, sfiducia e teme di non venir compreso, sia per la diversità culturale e la complessità della comunicazione, sia perché, spesso, si sente discriminato. Alla malattia si aggiunge e la rinforza lo stress tipico da transculturazione. Ne sono fattori:

- *la lingua*: chi migra si trova a dover interagire in un ambiente di cui non conosce la lingua; a questa va aggiunta la difficoltà della comunicazione non verbale. Le persone straniere devono compiere uno sforzo maggiore d’energia psichica per capire e cercare di farsi capire; possono sentirsi, d’improvviso, del tutto incompetenti linguisticamente, mentre prima di migrare non si riconoscevano come tali;
- *lo status sociale*: i migranti che giungono in Italia, secondo i dati dell’ultimo decennio, sono in gran parte persone acculturate, alle quali è riconosciuto, nel loro paese d’origine, uno status sociale di rilievo; quando arrivano nel nostro Paese, diventano semplicemente “extracomunitari”, con gli stereotipi e pregiudizi che questo termine comporta; passano dal ricoprire un ruolo di un certo livello, per il quale erano stimati, all’essere considerati “vagabondi” nel paese d’accoglienza.
- *la crisi etica*: arrivare in un luogo, dove i principi del paese d’origine appaiono sovvertiti, può creare una confusione tale, che alcuni individui sembrano perdere i propri riferimenti etici; non si capisce più “cosa è giusto e cosa non lo è”. Negli individui più deboli questo può comportare il rischio di assumere comportamenti devianti e sovversivi dei propri punti tradizionali di riferimento. Il ritrovarsi in una società, in cui si ha la sensazione che le regole del paese d’origine non esistano più, e non ci sono punti

visibili di riferimento cui rivolgersi, può portare a comportamenti devianti, che al proprio paese non si sarebbero mai seguiti.

## **1.2 L'emigrazione come ridefinizione di identità**

Ogni cultura possiede specifici modelli di comportamento: valori, norme, credenze, concezioni del mondo, condivise dai membri di uno stesso gruppo, ma estranei agli individui provenienti da altri background culturali. I diversi gruppi etnici si distinguono l'uno dall'altro, per storia, tradizioni, lingua, religione, norme e stili di vita; i membri di un gruppo si considerano culturalmente diversi dai distinti gruppi esistenti nella società e tali sono considerati dagli altri.

L'impatto con una nuova cultura, anzi con più culture, come si sta verificando nei paesi d'immigrazione, provoca delle trasformazioni che sono caratterizzate, spesso, da situazioni d'incertezza culturale, chiusura verso l'esterno, diffidenza e irrigidimento nei confronti degli stranieri, visti come moralmente e mentalmente inferiori. I confini d'esclusione sono messi in atto dal gruppo etnico dominante, per difendere la propria cultura. Il gruppo si arrocca in un atteggiamento di diffidenza, paura e pregiudizio nei confronti degli stranieri, che sono visti esclusivamente come portatori di disagi, problemi, criminalità. Il paese d'accoglienza, spesso, si colloca in un atteggiamento d'estraneità e neutralità rispetto alla vicenda migratoria che viene considerata una realtà che "tocca gli altri", non cogliendo gli elementi di interdipendenza e di pluralismo culturale, che sono messi in movimento dalla globalizzazione. Anche a scala microsociale, sfugge che l'incontro tra persone di diversa provenienza, genera un evento culturale, bilaterale o multilaterale, complementare, se non reciproco, caratterizzato da dinamicità e da una continua ridefinizione della propria identità e percezione del sé.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Longo G., Morrone A. *"Cultura, Salute e Immigrazione: un'analisi interculturale"*, Armando Editore, 1994, pagina 62

Lo psicoanalista Giampaolo Lai,<sup>14</sup> critica il concetto d'identità, quando viene intesa nel senso di "essere sempre identici a se stessi"; ognuno di noi non ha un'identità immutabile, fissa per sempre, ma è costantemente impegnato nella rielaborazione del proprio modo di vedere se stesso e la realtà che lo circonda. Non siamo mai identici a quello che eravamo, in un altro tempo e altro spazio della nostra vita; più che pensarci come a qualcosa di statico e immutabile, facilmente distinguibile dagli altri, è più appropriato pensarci come una realtà in fieri, e vedere la nostra vita come un romanzo che si scrive e si riscrive continuamente, e che unisce, lungo lo stesso filo, tutte le nostre identità/disidentità. Si capisce bene, allora, che l'atto stesso del migrare, con l'entrare in contatto con un'altra cultura, e abbandonare il proprio gruppo di riferimento e il proprio mondo sociale e culturale, trasforma il modo in cui una persona vede se stessa.

Chi parte deve far fronte alla paura di perdere le proprie sicurezze, culturali, familiari e materiali. Ogni immigrazione, inoltre, rappresenta una rottura col proprio passato: lo spostamento da una realtà, nella quale è garantita una continuità culturale, ad un altro Paese nel quale si è stranieri, diversi. Immigrare significa attraversare frontiere, fisiche e culturali, linguistiche e sociali.<sup>15</sup> L'emigrazione comporta altresì una perdita delle proprie barriere protettive: all'individuo viene meno il sostegno del proprio mondo culturale, la protezione che aveva nel proprio paese. Viene messo a rischio il suo equilibrio emotivo dal senso di disorientamento, che deriva dall'incontro con un mondo diverso, dove principi e codici di comportamento appaiono sovvertiti, e si assiste alla perdita dei propri riferimenti etici. Si genera, così, un conflitto tra il bisogno di adattarsi al cambiamento e il bisogno di autoconservarsi, e ciò conduce a comportamenti devianti, che nel proprio paese non sarebbero mai stati seguiti.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Mazzetti M., "Il dialogo transculturale" in *Percorsi di donna, Percorsi Editoriali*, dicembre 2001, pagina 44

<sup>15</sup> Così Roberto Bocchieri afferma che "l'immigrazione obbliga, in definitiva, a rivedere il concetto che si ha di se stessi, nell'appartenenza ad una radice culturale e comportamentale, che include l'uso del linguaggio corporeo e verbale; a rivedere il concetto stesso di simbolo, e relazione interpersonale. Le categorie nosografiche e i corredi sintomatologici possono acquisire significati diversi, a seconda della cultura di riferimento", "Il paziente Immigrato" in *Salute e territorio* n°106/1998, pagina 30-31

<sup>16</sup> Marco Mazzetti, "Il dialogo transculturale" in *Percorsi di donna, Percorsi Editoriali*, dicembre 2001, pagina 46

L'identità appare divisa tra un passato, cui si guarda con un atteggiamento di separatezza e nostalgia e di cui si continuano a custodire tradizioni e valori, un futuro ricco di aspettative; un presente incerto e precario. L'individuo si trova sospeso tra due mondi. Alla fase iniziale di euforia, alimentata dalla novità e dalla voglia di migliorare le proprie condizioni di vita, fa seguito una fase contrassegnata da ansia e depressione, in seguito alla delusione delle proprie aspettative e alla disillusione di essere giunti in una terra di benessere e di emancipazione.

La crisi in cui si trova l'immigrato, è stata definita da Oberg nel 1960 "shock culturale".<sup>17</sup> Essa subentra quando l'individuo si trova ad affrontare i primi inevitabili ostacoli, determinati da differenze sociali e culturali, che non è in grado di superare. In tal caso, secondo Oberg, si delineano per l'immigrato quattro possibili scelte:

- 1) conflitto;
- 2) fuga;
- 3) filtro;
- 4) flessibilità.

Le prime due determinano il fallimento del progetto immigratorio, poiché comportano un rifiuto dell'altra cultura e il rifiuto di farla propria (*arroccamento*); la terza possibilità porta a filtrare le proprie percezioni, e ha come conseguenza una negazione o deformazione della realtà, la quarta estrinseca un comportamento volto alla percezione e comprensione delle differenze culturali, viste come risorse o differenti punti di vista.

Uno degli atteggiamenti più diffusi, speculare a quello dell'*arroccamento*, è quello dell'*iperadattamento*, che si osserva specialmente nei bambini (ma comune anche a molti adulti): consiste nel delineare un'identità nuova, adeguandosi talmente alla nuova cultura, da renderla, almeno in superficie, completamente propria, fino a rimuovere del tutto le proprie origini. Il migrante in ogni caso vive un'esperienza traumatica e ambivalente; deve rescindere i legami originari col proprio gruppo di appartenenza, ridefinirsi in una società nuova, estranea, alcune volte non identificabile con chiarezza nelle categorie di

---

<sup>17</sup> Coluccia A., Mangia M.L. "Immigrati e problematiche sanitarie con particolare riferimento alla relazione medico-paziente" in *Difesa Sociale*, rivista bimestrale anno LXXVIII n°5 settembre/ottobre 1999, pagina 90

cui dispone. Nella letteratura in merito, si utilizza l'espressione disagio culturale, per far riferimento alla realtà problematica, e spesso conflittuale, che l'immigrato si trova a dover affrontare, in seguito all'impatto con una cultura diversa.

### **1.3 Il rapporto medico/paziente nell'immigrazione**

L'appartenenza ad un mondo culturale diverso, comporta una percezione differente del concetto stesso di salute e malattia, che si esplica, ad esempio, nel rapporto tra immigrato, operatore sanitario e servizio pubblico. La relazione tra operatore e servizio rappresenta uno spazio significativo di comunicazione, di incontro e interazione, in cui l'operatore è portatore di un suo modello culturale, come l'immigrato. L'operatore può così correre il rischio di attribuire alla persona che ha davanti il proprio punto di vista, proiettando nell'altro i propri schemi culturali, e rapportandolo al proprio modo di comportarsi. Si generano, in questo modo, dei filtri culturali, che si riflettono nella relazione stessa. Il rapporto medico-paziente straniero è ulteriormente complicato dal fatto che il medico valuta il paziente, con la propria professionalità clinica, ma anche con la propria cultura, non essendo al riparo da aspettative e credenze sulla salute dell'immigrato. Anche il personale medico, paramedico e socio sanitario, al pari degli utenti stranieri, può essere vittima di aspettative fuorvianti.

Una consolidata, ma superficiale credenza, nota come *sindrome di Salgari*, identifica la condizione del migrante come un rischio per la salute pubblica, a causa delle cosiddette "malattie di importazione". Gli autori (Colasanti e Geraci), richiamandosi al romanziere, che descriveva nelle sue opere mondi esotici e meravigliosi, senza averli mai visti direttamente e conoscendoli soltanto dai libri, definiscono in questo modo l'atteggiamento del medico che, senza aver mai visitato personalmente un immigrato, né aver conosciuto la medicina dei migranti, si aspetta di trovare patologie esotiche e misteriose, che "...moltitudini di Sandokan e di Tremail-naik importerebbero nei nostri

paesi, trasmettendole, forse, ai semafori, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza...”.<sup>18</sup> Questa prima fase viene definita dagli stessi autori “dell’esotismo”: il medico è convinto di avere a che fare con malattie esotiche, perciò ogni sintomo viene interpretato al di fuori della normalità, e il paziente viene inquadrato come vettore di morbi sconosciuti. Si agisce spinti dalla curiosità di potersi confrontare con malattie che sono un ricordo universitario. Il paziente, d’altra parte, pensa alla medicina occidentale come a un dispositivo ipertecnologico, e ripone in essa tutta la sua fiducia. Ci si trova nella curiosa situazione in cui il medico guarda al migrante come se avesse davanti il “buon selvaggio” di Rousseau e il paziente, abituato a telefilm del tipo General Hospital o ER trasmessi in tutto il mondo, si aspetta di essere trattato come in un ospedale cinematografico (*Sindrome da General Hospital*).

La fase successiva è caratterizzata dal cosiddetto “scetticismo sanitario”. In questa fase, il medico si rende conto che il paziente non presenta nessuna patologia esotica, i suoi disturbi sono del tutto normali, pensa che, in realtà, sia un malato immaginario, un perditempo. Il paziente, dal canto suo, si scontra con trafilie burocratiche e diagnostiche, che molte volte non comprende, col diniego all’assistenza, e con cure e terapie lunghe e dolorose, che tradiscono le sue aspettative in una medicina fondata su un’alta tecnologia e onnipotente, al quale, alcune volte, attribuisce un carattere quasi divino. L’immagine mistificatoria, che talora lo straniero ha della sanità occidentale, gioca un ruolo centrale nell’aspettativa d’immediata risoluzione del problema e di una rapida guarigione; se ciò non avviene, il soggetto si sente arrabbiato e deluso, e pensa che l’incapacità a essere curato sia attribuibile al fatto che il “suo essere extracomunitario”, coinvolga meno il medico dal punto di vista professionale.

L’abbandono, da entrambe le parti, dei pregiudizi iniziali costituisce la fase “del criticismo”, in cui l’interazione viene ripensata. Il medico si riappropria dell’esperienza fatta, la ripensa in termini critici rispetto ai propri pregiudizi, e analizza in modo costruttivo le sue possibilità operative; il paziente, dal canto suo, prende atto dei limiti

---

<sup>18</sup>Geraci S, Colasanti R. “Aspetti socio-sanitari dell’immigrazione extracomunitaria in Italia” (parte II) in *Quaderni di azione sociale*, n°91-gennaio/febbraio 1993, pagina 60

della medicina e del medico, li accetta e si rivolge ai servizi, senza sentirsi vittima di alcuna discriminazione.

## **1.4 L'effetto “migrante sano” e le malattie degli stranieri**

Una convinzione comune tra il personale sanitario, ampiamente documentata in letteratura come fallace, e smentita da numerosi studi, riguarda l'ipotesi di trovarsi davanti a malattie esotiche o particolarmente gravi e infettive. La letteratura scientifica internazionale è concorde nell'affermare che i soggetti che emigrano sono quelli più giovani, più sani, più aggressivi fisicamente, adatti alle traversie che la migrazione comporta. Come sottolinea Geraci,<sup>19</sup> il tentativo di migrazione, soprattutto nelle fasi iniziali, comporta una selezione, all'interno della famiglia e talvolta della comunità stessa, dei soggetti, che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini, massimizzano le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio.

I soggetti che decidono di partire sono consci del fatto che un corpo sano e forte sia “merce di scambio” con la società in cui giungeranno e che una buona salute rappresenta la conditio sine qua non del progetto migratorio. Si parla di “effetto migrante sano”,<sup>20</sup> proprio in riferimento all'autoselezione, che precede l'emigrazione e per il “patrimonio di salute” integro del migrante. Vengono perciò esclusi in partenza gli immigrati che non godono di apparenti buone condizioni fisiche; a migrare sono per lo più giovani che appartengono, nel loro paese, alle classi sociali meno svantaggiate (altrimenti non potrebbero sostenere le spese per un viaggio), e che hanno un'istruzione di livello superiore. Ovviamente, quanto descritto è valido per le migrazioni volontarie; nel caso di migrazioni forzate (asilo politico, rifugiati di guerra...) o di ricongiungimenti familiari, tale scenario cambia, o potrebbe radicalmente cambiare. Le considerazioni, evidenziano

---

<sup>19</sup> Geraci, *“Migrazione e salute in Italia”*, a cura della Caritas Diocesana di Roma, 1998 riportata in [www.cestim.it/dossier-migrazioni](http://www.cestim.it/dossier-migrazioni)

<sup>20</sup> Ivi

che le patologie d'importazione si sono rivelate, almeno per quanto riguarda la prima generazione di migranti, in minor frequenza rispetto a quelle acquisite nel paese ospitante. Le malattie riscontrate tra gli immigrati non sono imputabili alla semplice provenienza geografica; parlare di malattie d'importazione, risulta fuorviante e mistificatorio, laddove il medico non riesca a diagnosticare in modo corretto la patologia.

Da alcune indagini è emerso perfino che i medici hanno trovato difficoltà a diagnosticare negli stranieri malattie riscontrabili anche nella popolazione italiana, perché i sintomi venivano ricondotti a malattie tropicali. Giunti nel paese di accoglienza, anche per i migranti sani, si verifica una selezione al rovescio: dopo il cosiddetto “intervallo di benessere”,<sup>21</sup> tendenzialmente compreso fra gli otto e i dodici mesi, il patrimonio di salute è intaccato da insorgenti “fattori a rischio”:<sup>22</sup> climatici, legati a condizioni di lavoro, a volte svolto al di fuori delle norme di sicurezza e particolarmente stancanti e faticose; e a condizioni abitative insalubri e, spesso, promiscue.

Altri fattori sono l'alimentazione insufficiente e carente di alimenti indispensabili per la salute stessa, i fattori sociali di isolamento, le difficoltà d'inserimento e discriminazione nell'accesso alle strutture sanitarie. Questi fattori concorrono ad un abbassamento delle difese psichiche e immunitarie e rendono i soggetti immigrati maggiormente esposti alle “malattie da depauperamento”.<sup>23</sup>

Tali patologie sono classificate in:

- A. malattie da disagio o degrado: patologie da raffreddamento, da cattiva alimentazione;
- B. traumatiche: disturbi acuti delle vie aeree, dell'apparato digerente, del sistema osteo-articolare, ma anche di interesse genito-urinario, odontostomatologico, dermatologico.

Non si tratta di particolari malattie esotiche, dunque, ma di patologie derivanti dalle cattive condizioni di vita, non specifiche solamente degli immigrati, ma di tutti coloro che

---

<sup>21</sup> Coluccia, Mangia “Immigrazione e problematiche sanitarie con particolare riferimento alla relazione medico/paziente”, in *Difesa Sociale*, rivista bimestrale anno LXXVIII n°5 settembre/ottobre, 1999, pagina 92

<sup>22</sup> Ivi

<sup>23</sup> Pasini W. “Il medico e il paziente immigrato, manuale per il medico”, Alfa Wassermann news e Views, Bologna 1996, pagina 239



vivono in condizioni di degrado ed emarginazione. In linea generale i problemi di salute degli immigrati sono classificati in tre tipologie connesse alla sequenza migratoria:

- di *importazione*: quelli che l'immigrato porta con sé dal paese d'origine, per cause ereditarie o per fattori di rischio legati all'appartenenza etica o a pratiche consuetudinarie, che facilitano o aumentano la propensione a determinate malattie;
- di *adattamento*: si riferiscono alle difficoltà di inserimento dell'immigrato nel nuovo contesto socioculturale, e comportano disturbi psicosomatici, dovuti all'inquietudine e all'instabilità per la nuova forma di vita; derivano anche dalla discrepanza tra i servizi offerti dai paesi ospitanti e soggetti che non hanno mai incontrato le forme di assistenza e consuetudini sanitarie, tipiche dei paesi occidentali;
- di *acquisizione*: dovuti ai fattori di rischio, cui va incontro l'immigrato per le precarie condizioni igieniche e di vita nelle quali si viene a trovare, per la mancanza di tutela e sicurezza lavorativa, per la difficoltà di accesso ai servizi sanitari.<sup>24</sup>

Geraci ha ribadito più volte, nelle sue ricerche, come la frequenza delle malattie di importazione (intese come malattie infettive e parassitarie), presenti molto spesso nel paese da cui si emigra, risulta molto limitata nelle casistiche dei vari centri sanitari per immigrati, essendo tali malattie scarsamente diffusibili per la mancanza del vettore di contagio.<sup>25</sup> Ben più rilevanti sono, su individui partiti sani dal paese di origine, la necessità di trovarsi a vivere in situazioni di sovraffollamento, igiene precaria e promiscuità. Una ricerca, condotta dall'Istituto Superiore di Sanità nel '97, con i dati relativi alla diffusione della tubercolosi fra i residenti italiani e stranieri, mostra come le classi maggiormente colpite risultavano essere quelle con una età compresa tra i 0 e i 35 anni, ed evidenza che gli immigrati non arrivano portando nel paese d'accoglienza malattie infettive, al contrario, sono le condizioni abitative e igieniche, in cui sono costretti a vivere, che costituiscono un grave rischio di malattia. La seguente tabella 1 presenta un profilo epidemiologico delle "vulnerabilità" da immigrazione.

---

<sup>24</sup> Lavati A. "Quando la salute non c'è", in *Orientamenti, rivista monografica di formazione sociale e politica*, n°5/6 1999, pagina 75

<sup>25</sup> Colasanti, Geraci "Aspetti socio-sanitari dell'immigrazione extra-comunitaria in Italia", (Parte II), *Quaderni di azione sociale*, n°91 gennaio/febbraio 1993, pagine 70,71,72

Tabella1

<p><b><i>Temperatura fredda (casa, vestiario)</i></b></p> <p>patologie acute recidivanti delle vie respiratorie alte e basse; artralgie acute.</p>
<p><b><i>Alimentazione non sana (dieta povera e cattiva masticazione)</i></b></p> <p>turbe digestive; ulcera peptica.</p>
<p><b><i>Scarsa sicurezza (sul lavoro, sulla strada, nell'ambiente sociale)</i></b></p> <p>traumatologia da incidenti.</p>
<p><b><i>Promiscuità e fatiscenze dell'abitazione</i></b></p> <p>malattie arcaiche (TBC, malattie sessualmente trasmesse, prassitosi).</p>
<p><b><i>Stress da adattamento</i></b></p> <p>ulcera peptica; alcool; salute mentale; devianza; deliri precoci; insuccessi scolastici e lavorativi; suicidi.</p>

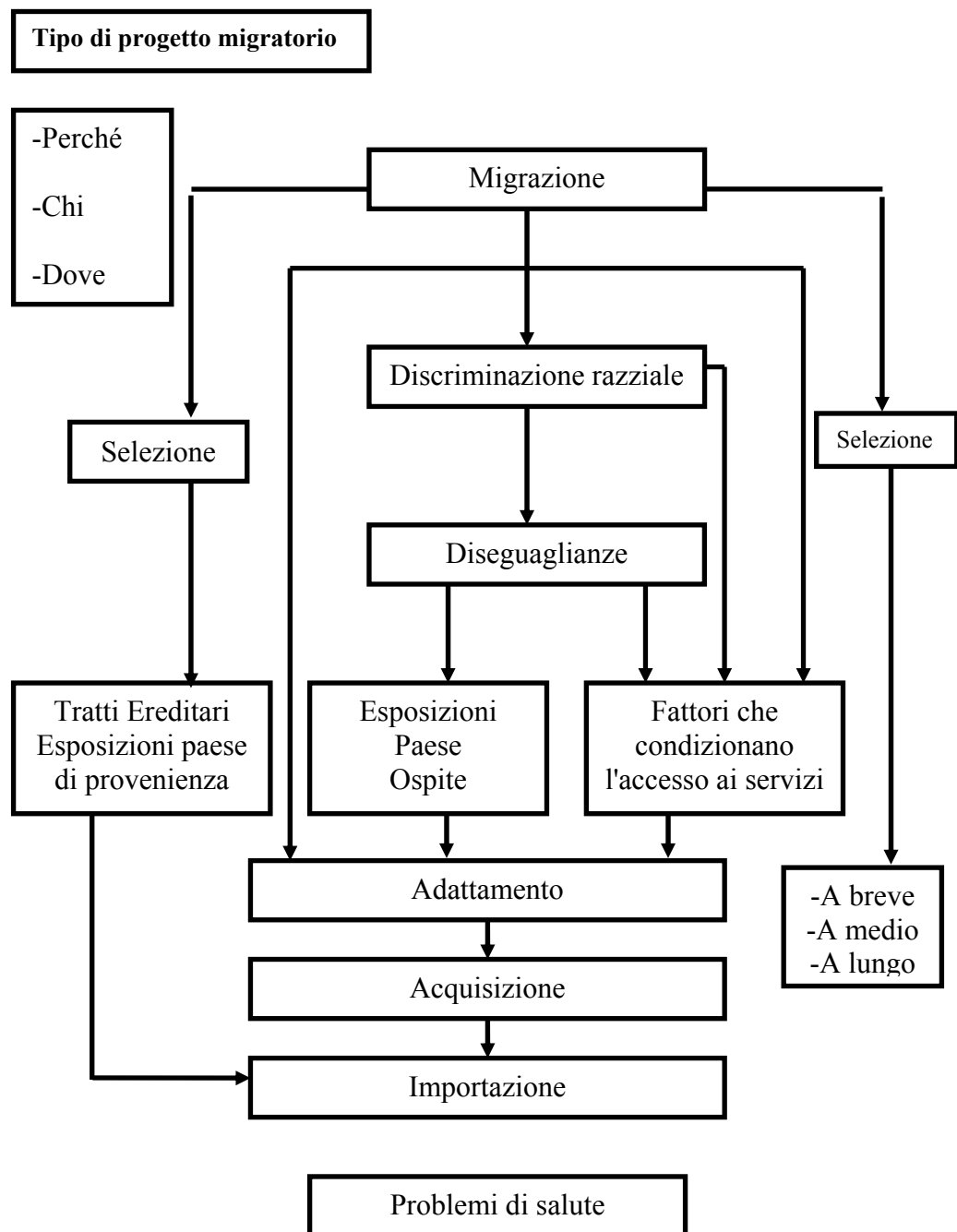
Fonte: Costa G. "La promozione della salute", in *I diritti di Odisseo, appunti sparsi in materia di immigrazione*, a cura di Ada Lonni, ed. dell'orso 1998, pagina 91

Oltre alle condizioni che minacciano in genere la salute delle fasce più deboli della popolazione, gli immigrati sono esposti a fattori di rischio peculiari e connessi alle condizioni sociali-economiche-politiche in cui vivono. Per le condizioni abitative, in cui si trovano a vivere molti stranieri, il rischio di ammalarsi è, tra gli immigrati, almeno 10 volte superiore rispetto agli italiani. Secondo i dati della Caritas, le patologie causa di ricovero o di richiesta di aiuto al servizio sanitario, sono connesse a problemi di carattere respiratorio, a disturbi dell'apparato digerente, a problemi ortopedici e dermatologici, infettivi, ostetrici, di carattere genito-urinario, psicologico e psichiatrico.

## **1.5 Il profilo epidemiologico degli stranieri immigrati**

Il rapporto della Caritas 2003, relativo allo stato di salute degli stranieri, indica che le malattie che interessano gli immigrati sono strettamente connesse ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Come già detto la maggior parte delle patologie sorgono in seguito alle scadenti condizioni abitative e lavorative, alle difficoltà di relazione e socializzazione e al grado limitato di accesso ai servizi sanitari. I dati, seppur frammentari e provenienti da fonti diverse, evidenziano una fragilità sociale complessiva, imputabile a incerte politiche d'integrazione e a problematiche relazionali-comunicative che si riflettono nelle difficoltà d'accesso ai servizi. Se, come Costa ha suggerito, includiamo nella categoria "problema di salute", non solo le condizioni indesiderate di malattia e di malessere fisico, ma anche qualsiasi caratteristica della persona, o qualsiasi evento, che possa modificare la sua "storia naturale", il profilo epidemiologico dell'immigrato può essere diviso lungo il suo percorso migratorio in vari momenti (vedi tabella 2):

Tabella 2



Fonte: Beneduce, Costa, in “La salute straniera: epidemiologie, culture, diritti”, Ed. Scientifiche italiane, Napoli, 1994, pagina 21

- Nel momento immediato successivo alla migrazione, prevalgono problemi acuti, sia per le condizioni di grave disagio ambientale, sia per le esigenze di adattamento alla struttura sociale.
- Alla fase di assestamento, sono legati i problemi di adattamento, dovuti alla relazioni tra paziente e sistema sanitario, nelle strategie di promozione, tutela e cura della salute.
- I problemi cosiddetti di “acquisizione” sono connessi alla discriminazione diretta sullo stato di salute e sull’accesso ai servizi sanitari, e indiretta, ossia una posizione sociale inadeguata che agirebbe come un fattore determinante.

Le motivazioni del progetto migratorio e la destinazione geografica e lavorativa costituiscono potenziali modificatori del profilo epidemiologico atteso. Col passare del tempo, dal momento della migrazione, la natura dei problemi di salute si modifica e il profilo epidemiologico dello straniero, diventa più sovrapponibile a quello degli autoctoni.

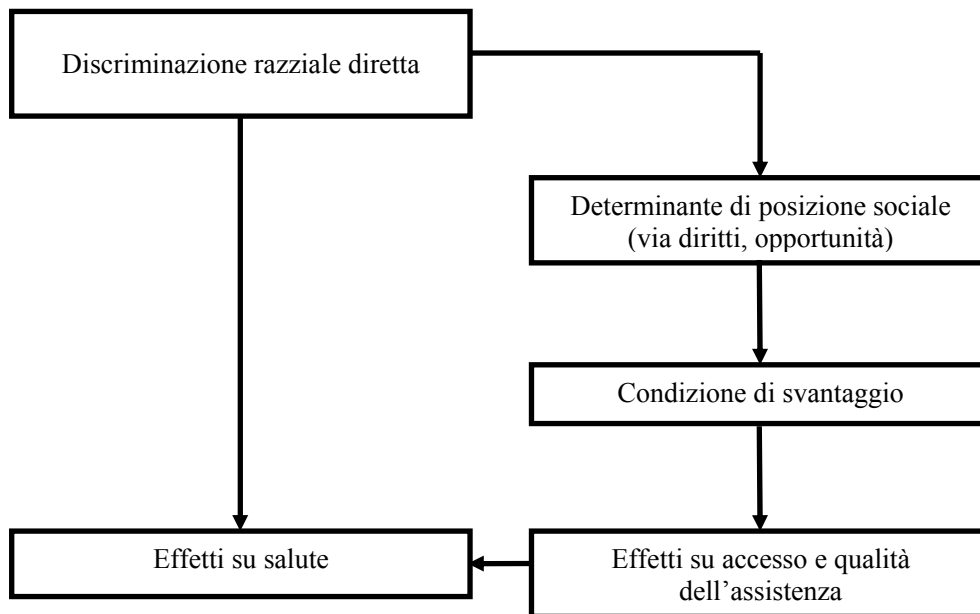
## **1.6 Determinanti e aree critiche per la salute degli immigrati**

Le determinanti essenziali della salute dell’immigrato derivano sia dall’azione diretta di discriminazione razziale sullo stato di salute e sull’accesso ai servizi, sia da un effetto indiretto della discriminazione, che determina una posizione di svantaggio nelle opportunità e nei diritti di salute.<sup>26</sup> (Tabella 3)

---

<sup>26</sup> Costa, Beneduce “*La salute straniera: epidemiologia, culture, diritti*”, Edizioni Scientifiche italiane, 1994, pagina 25,26,27

Tabella3



Fonte: Costa, Beneduce, in *“La salute straniera: epidemiologia, culture, diritti”*, Edizioni Scientifiche italiane, 1994, pagina 27

Altri fattori che incidono sulla salute degli stranieri, sono connessi alla sfera culturale, ossia al valore dato ai sintomi della malattia e al modo di presentarli, nonché alle forme di sostegno richieste e alle aspettative e attese d’assistenza. Le attese sui vari tipi di rimedi e cura, il pensare a dove, a chi e come richiedere aiuto, interferiscono sulla tempestiva e appropriata presentazione del problema di salute, sulla corretta definizione, diagnosi e cura, e sulla possibilità di una efficace adesione al trattamento, da parte del paziente straniero.<sup>27</sup>

Da alcune ricerche risulta che la sola patologia che, strettamente, derivi dalla condizione di immigrato è causata dalle difficoltà di adattamento quando il senso di sradicamento dal proprio ambito affettivo, culturale, fisico, climatico, può sfociare in

<sup>27</sup> Castiglioni M. *“La mediazione linguistico-culturale: principi, strategie, esperienze”*, Franco Angeli, Milano 1997

specifici disturbi psichici.<sup>28</sup> In tutto il resto l'elemento indicativo delle condizioni in cui si trovano certi immigrati è che gli immigrati partono sani dal loro paese e si ammalano nel paese d'accoglienza, a causa delle condizioni in cui sono costretti a vivere.

Contrariamente a quello che si potrebbe pensare, la frequenza di problemi di salute mentale, riscontrata nei dati relativi ai motivi di visita e/o ricovero, è ancora relativamente bassa, molto probabilmente perché il fenomeno migratorio in Italia è ancora giovane; in futuro, i casi potrebbero aumentare. La tabella riassume i principali fattori di criticità per la salute del migrante (Tabella 4)

<b>Aree critiche per la salute del migrante</b>
<b>Condizioni patologiche</b> Malattie infettive Traumi ed infortuni (con particolare attenzione all'infortunistica sul lavoro) Disagio/malattie psichiatriche (malattie cronico- degenerative)
<b>Condizioni fisiologiche</b> Maternità Infanzia Adolescenza Vecchiaia
<b>Condizioni sociali</b> Prostituzione e tratta Abuso Detenzione
<b>Aggravanti</b> Disagio sociale Immigrazione "forzata o non selezionata" Irregolarità giuridica Mancanza/difficoltà accesso ordinario strutture sanitarie

Fonte: Geraci S. in "Salute e immigrazione" Documento finale del gruppo CNEL, novembre 2000, pagina 7

<sup>28</sup> Bacetti S. "La comunicazione interculturale in sanità", in *Comunicazione e sanità*, Centro Scientifico ed., Torino 2001

## 1.7 Un' area critica: la maternità

La maternità è un'area critica per l'analisi dei rapporti tra immigrazione, salute, modelli culturali. La finalità, che le società tradizionali assegnano alla donna, è quella di assicurare la riproduzione dei membri della comunità e tutte le rappresentazioni, l'ideologia, la religione stessa destinano le donne al ruolo di riproduttrici. Da alcune storie di donne eritree, emigrate nel nostro paese, si legge come nel paese natio la donna partoriente sia assistita e curata dalle donne della comunità, che la aiutano nel momento del parto e in quello successivo dell'allattamento e della cura del nascituro.

La neo-mamma viene accudita dalle altre donne, che puliscono, preparano da mangiare, accudiscono gli altri figli, mentre lei deve occuparsi interamente del nascituro, in modo da stabilire con lui un legame di familiarità. In queste società, dove l'imperativo alla maternità è quasi costringente, la neo mamma assume un ruolo "sacro", acquisisce diritti e può ampliare i propri poteri.<sup>29</sup> Ansie e paure derivano dal timore di "non poter procreare". Già qualche mese dopo il matrimonio, se la donna non rimane incinta, è sottoposta a pressioni da parte del gruppo familiare, che possono generare ansie, depressione, solitudine, nonché la paura di essere ripudiata.<sup>30</sup> Avere un figlio costituisce l'affermazione della propria identità e del proprio ruolo sociale all'interno della comunità familiare. Per contro, nelle culture tradizionali, l'attesa e la nascita sono esclusivamente affari di donne.<sup>31</sup> Parlare del proprio corpo, manifestare ansie e paure ad un uomo, anche se è il proprio marito, comporta una modificazione dell'equilibrio tra i generi, che può essere causa di tensione all'interno della coppia.

Il vivere la maternità, come qualcosa di scontato nella propria vita di donna, comporta un atteggiamento diverso nei confronti dei servizi sanitari relativamente alla gravidanza e al parto: in quasi tutti i paesi da cui proviene il maggior numero di

---

<sup>29</sup> Andolfi M. *"La mediazione culturale, tra l'estraneo e il familiare"*, Franco Angeli, Milano, 2003, pagina 99-102

<sup>30</sup> Favaro G *"Diventare madri nella migrazione"* in *Donne immigrate, salute e servizi: Dati da una ricerca, Marginalità e Società*, n°28, 1994, pagina 94. Sul tema si veda Franca Balsamo, *"La maternità nella esperienza di alcune donne immigrate a Torino"* in *Marginalità e società* n°28, 1994

<sup>31</sup> Ivi,



immigrate, la gravidanza non è seguita con scrupolo e attenzione come in Italia. In molti paesi, da cui provengono le madri immigrate, è ancora molto diffuso il parto in casa: quando si avvicina il momento del parto, nel paese d'origine, madri, sorelle e amiche si riuniscono intorno alla partoriente, ristabilendo legami di accudimento, cura e protezione. L'ospedale invece viene vissuto come luogo freddo e ostile, in cui non è ammessa la presenza di parenti e della propria madre. Tutte le iniziative e visite finalizzate alla preparazione, prevenzione e tutela devono essere apprese, scoperte e comprese dalle nuove madri nel paese d'emigrazione.

Con l'emigrazione, la gravidanza perde la sacralità, che la caratterizza nelle società d'appartenenza. Viene a mancare la rete delle relazioni femminili, che, attraverso le varie forme d'aiuto concreto e simbolico, permetteva alla donna di essere al centro dell'attenzione, soprattutto nel periodo del puerperio; cambiano gli atteggiamenti, i rituali e le abitudini. Un tema ricorrente, di particolare importanza nei racconti delle madri straniere, è quello dell'isolamento e della solitudine: l'assenza delle madri, sorelle e amiche è ritenuta una delle cause principali di angoscia, ansia e timori. La donna immigrata si sente abbandonata, senza alcuna forma di aiuto, priva del sostegno, che la famiglia estesa le assicurava e a cui era abituata. Le regole che le si chiede di osservare sono differenti, a volte, opposte, rispetto a quelle tradizionali: in ospedale ci si aspetta che la neo mamma si alzi subito, si lavi e si prenda cura del nascituro. La dieta prevista dall'ospedale è completamente differente da quella tradizionale (per cui molte donne, si fanno portare il cibo da casa).

Le difficoltà maggiori si verificano nel post-parto, nel quale emergono maggiormente le differenze culturali e l'immigrata si scontra con la realtà ospedaliera medicalizzata. In breve la donna straniera, che inizia una gravidanza in Italia, ha un modello delle regole da seguire completamente diverso da quello di una donna italiana, già abituata ad una medicalizzazione intensa: visite preventive, esami, ecografie etc...<sup>32</sup> Da una ricerca condotta nel 2000 dal "Gruppo Bambino Immigrato" della Società Italiana di Pediatria, è emerso che le donne straniere non aderiscono ai programmi di medicina

---

<sup>32</sup> Mazzetti M *"Il dialogo transculturale in medicina"*, *Percorsi di donne, Percorsi Editoriali*, dicembre 2001, pagina 65

preventiva, perché non sanno di cosa in realtà si tratti, facendo aumentare il rischio di morbilità e mortalità del nascituro.

Una ricerca condotta in Francia, alla metà degli anni '80, metteva in luce la diversità dei comportamenti fra immigrate e donne autoctone durante la gravidanza: le prime non solo procreavano ad intervalli più brevi, rispetto alle seconde, ma richiedevano meno controlli durante il primo trimestre, data la convinzione, presente nei paesi di provenienza, di non annunciare la gravidanza perché segno di cattivo auspicio per il nascituro. Alle conseguenze di credenze di questo tipo, si aggiunge che, molte volte, a spingere la donna a mascherare di essere in stato interessante, sono le stesse condizioni lavorative, o le condizioni di clandestinità, o ancora la mancanza di conoscenza del SSN, o di informazioni relative alla medicina preventiva. Secondo questa ricerca, il tardivo e cattivo uso dei servizi rappresenta una delle cause principali del rischio di parti prematuri e della natimortalità.

Da numerosi altri studi, svolti a livello nazionale negli ultimi anni, è emersa una grave carenza d'informazione da parte delle donne extracomunitarie in gravidanza, rispetto alle opportunità medico-assistenziali e di supporto psico-sociale, che le strutture pubbliche offrono. Uno dei punti più critici, nel confronto tra donne italiane e straniere, è proprio quello dell'assistenza in gravidanza: il 7,6% delle straniere contro l'1,6% delle italiane non si è mai sottoposta a controlli, il 30,7% contro il 14,8% solo ad un controllo e il 61,7% a quattro controlli contro l'83,6% delle italiane.<sup>33</sup>

E', soprattutto, al ritorno a casa dopo il parto che la donna immigrata si sente più sola in assenza della rete sociale, all'interno della quale la maternità è accolta come evento condiviso, le immigrate vivono la maternità in una condizione di solitudine, che può trasformarsi anche in un sentimento di disperazione. Con il ritorno a casa, i problemi si intensificano: le visite post-parto vengono ignorate, non per dimenticanza, ma in virtù della norma che prevede un mese di riposo in casa per la neo mamma e il suo bambino: perciò "quello della gestione del bambino dopo la nascita in assenza di aiuti, in abitazioni

---

<sup>33</sup> "Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino", Rapporto 2002 a cura di Città di Torino, Prefettura di Torino Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico, pagina 165

disagevoli, a volte in situazioni di povertà e disoccupazione, si rivela un punto lasciato scoperto da tutti i servizi”.<sup>34</sup>

L'allevamento e la cura del neonato pongono alla donna straniera problemi di nuovo tipo, in un contesto sociale del tutto diverso dal suo, dove non ha l'appoggio del suo gruppo familiare: sorgono quesiti su come alimentarlo, come curarlo e allevarlo.

In ordine all'alimentazione, tre sembrano essere gli atteggiamenti assunti che possono creare delle difficoltà, sia alle donne, che alla struttura sanitaria. Il primo riguarda un'alimentazione troppo ricca di grassi, che porta durante la gestazione ad un aumento eccessivo di peso; il secondo, opposto al precedente, riguarda il digiuno, in momenti quali il Ramadan, e la mancata assunzione di farmaci in questo periodo; l'ultimo è connesso all'alimentazione post-parto: molte donne non mangiano il cibo dell'ospedale, facendosi portare dai parenti i cibi di casa, che sono considerati un “toccasana” per riacquistare velocemente le forze, ma sono ritenuti dai sanitari inadeguati e poco adatti per la post-partoriente. In questi ultimi anni, uno degli obiettivi principali della ginecologia transculturale è stato quello di una educazione sanitaria finalizzata alla diffusione di informazioni igienico-sanitarie, e alla comprensione della necessità e importanza dei controlli pre e post parto.

## **1.8 L'esperienza dell'aborto**

Dalle ricerche effettuate in questi ultimi anni, emergono dati preoccupanti sui tassi d'abortività. Essi rilevano, da una parte, la condizione di disagio in cui si trovano molte donne e, dall'altra sottolineano quanto sia scarsa la cultura contraccettiva nelle immigrate (molte pensano, ad esempio, che l'allattamento sia una misura contraccettiva).

---

<sup>34</sup> Così F.Balsamo in Balsamo E “Nascita e accoglienza in un ottica transculturale”, in *e.c.o.*, n°3, marzo 2002, pagina 9

Da una rilevazione ISTAT del 1998, è emerso che i tassi di abortività delle immigrate sono circa tre volte superiori a quelli delle donne autoctone (28,7 per mille, versus il 9); dal 1980 ad oggi, il numero di casi di donne straniere che hanno effettuato IVG in Italia è aumentato da circa 4500 a quasi 33000, e la proporzione sul totale di donne che hanno effettuato ivg in Italia, è passata da poco più del 2% al 24%.<sup>35</sup> La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia è rappresentata da donne provenienti dall'Europa dell'Est, seguite dalle immigrate dell'Africa aventi un'età compresa tra i 18-24 anni, mentre per le italiane la fascia dove si registrano i tassi maggiori, è compresa tra i 25 e i 34 anni.

Una notevole differenza si osserva anche nella ripetitività del ricorso all'ivg. Tra le italiane che hanno abortito nel 2001, il 19,6% dichiarava di averlo già fatto in passato, mentre per le straniere provenienti dai paesi poveri la percentuale saliva al 28,1%. La metà delle straniere, che hanno fatto ricorso all'ivg, si è rivolta al Consultorio, probabilmente per la maggiore facilità di accesso rispetto all'ospedale e con frequenza molto maggiore rispetto alle italiane. Un dato preoccupante è relativo alla distribuzione di IVG per epoca gestazionale; dai dati relativi al 2001, si osserva che le straniere abortiscono più tardivamente delle italiane (il 25% oltre la 10° settimana di gestazione, rispetto al 15% di italiane).

Questa condizione espone le straniere, ad un più alto rischio di complicazioni. Dai dati sulla scelta di ricorrere a IVG emerge come ormai una donna su quattro, che interrompe la gravidanza, è straniera. Questa incidenza sottolinea alcune questioni chiave:

- dal punto di vista sanitario, la necessità di politiche di supporto e informazione verso le donne straniere, in particolare verso le giovanissime, in merito alla salute riproduttiva;
- la scarsa conoscenza delle donne straniere dei metodi contraccettivi e l'uso, della stessa ivg, come unico metodo contraccettivo (per esempio per le donne dell'Est);

---

<sup>35</sup> *Dati della ricerca "Aborto tra le immigrate: un fenomeno emergente" a cura dell'Agenzia di Sanità pubblica della Regione Lazio e del Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2002, pagina 1*

- la contraccezione non viene accettata (soprattutto dagli uomini) in tutte le culture in cui l'elevato numero di maternità è un valore;
- la prevenzione dell'ivg nelle immigrate richiede strumenti di educazione sanitaria diversi da quelli utilizzati per le italiane. Il problema principale non di spiegare cos'è la contraccezione, ma assicurare sul permanere della fertilità, e sensibilizzare sul fatto che, il ricorso all'ivg è più rischioso delle pratiche contraccettive;
- la gravidanza può rappresentare, per alcune donne, un problema di difficile soluzione, che sembra rendere inevitabile l' interruzione a causa delle condizioni in cui sono costrette a vivere. Il disporre di scarse condizioni economiche, l'abitare in appartamenti e stanze con spazi sovraffollati, l'impossibilità di interrompere il lavoro (spesso in nero) per paura di perderlo, sono fattori che rendono più difficile la scelta di terminare una gravidanza.

Una particolare pressione sui servizi sanitari è connessa al tema delle mutilazioni genitali femminili e alla questione che essa implica, per quanto attiene alle diversità culturali in relazione ai diritti. Si stima che le donne infibulate presenti in Italia, siano qualche migliaio (cifra in probabile aumento per l'arrivo, di donne dai paesi d'origine, in seguito ai ricongiungimenti familiari). Il codice deontologico della professione medica fa esplicito riferimento al divieto di infibulazione, anche se nel nostro paese, secondo alcuni operatori, tali pratiche vengono compiute illegalmente.

E' evidente che il problema non può essere affrontato solo in termini legislativi, ma è necessario far conoscere alle stesse donne quali sono i loro reali diritti, ribaditi nella Convenzione sull' "Eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne", approvata dalle Nazioni Unite nel 1981. Già nel 1960, l'OMS ha adottato una politica di opposizione nei confronti delle MGF; nell'Assemblea generale del 1993, le mutilazioni femminili sono state condannate come pratica di medicina dannosa, e tutti i paesi, in cui sono ancora oggi praticate, sono stati chiamati ad agire per la loro abolizione.

Laddove sia la paziente a insistere sull'intervento (soprattutto di reinfibulazione post-parto), il medico è tutelato dal codice deontologico Ippocratico, che vieta di causare danno, e anche dalle Convenzioni internazionali.

Il suo ruolo, come quello di qualsiasi altro operatore sanitario, non può esaurirsi nel dissuadere la paziente; è necessario un programma di prevenzione integrata, di educazione sanitaria e di promozione sociale della condizione e ruolo della donna, al fine di farla desistere dal rivolgersi a operatori non professionali.

### **1.9 Sintesi: variabili che condizionano l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte degli immigrati**

Riassumendo e sintetizzando quanto fin qui esposto, possiamo osservare che l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, si presenta difficile per la disinformazione sulla presenza del servizio stesso e le difficoltà d'accesso, sia di ordine pratico, sia di comunicazione linguistico-culturale.

Le principali variabili che condizionano l'accesso e utilizzo del SSN sono:

- la sussistenza del diritto all'accesso;
- la consapevolezza di questo diritto;
- l'effettivo esercizio del diritto.

Le possibili barriere nell'accesso ai servizi sono:

- le barriere giuridico-legali;
- le barriere economiche;
- le barriere burocratiche- amministrative;

- le barriere organizzative.

Le possibili barriere nella fruibilità dei servizi socio-sanitari sono:

- le barriere linguistiche;
- le barriere comunicative;
- le barriere interpretative.

Analizzando separatamente le ricordate difficoltà, per quanto concerne il modo di utilizzo dei servizi da parte dello straniero, dai dati di alcune ricerche nazionali, svolte nei primi anni '90, emergevano alcuni punti chiave, che possono essere considerati ancora oggi rilevanti.

- Molti stranieri, pur avendone diritto, non erano iscritti al SSN (nel '95 risultava essere iscritto solo il 20% degli immigrati, in tutto il territorio nazionale), per mancanza di informazioni appropriate, difficoltà linguistiche, incomprensioni culturali;
- l'accesso era considerato troppo frammentato, l'iter per la fruizione troppo lungo;
- le difficoltà diminuivano a seconda del capitale linguistico posseduto: chi sapeva l'italiano era nettamente avvantaggiato;
- il servizio sanitario non veniva usato in funzione di un progetto attivo di salute, ma solo per risolvere un problema urgente.

I dati attestavano una bassa richiesta costante di prestazioni da parte della popolazione immigrata; la domanda di salute si esprimeva in situazioni "emergenziali", spesso quando la situazione era compromessa al punto da richiedere l'ospedalizzazione.

In genere l'immigrato non si rivolge mai direttamente ai servizi. Gli interlocutori privilegiati, all'inizio del percorso di avvicinamento al SSN, sono le figure di riferimento amicale ed affettivo, ossia persone vicine, come parenti, amici, connazionali. Gli stranieri tendono ad andare in quel particolare luogo, o dallo specifico operatore che è stato raccomandato dai membri della propria comunità, portando anche con sé esigenze e

domande che esulano dalla funzione del servizio/operatore sanitario. L'ospedale e il servizio sanitario vengono "vissuti male" dallo straniero, perché sono percepiti come entità astratte e impersonali; il rapporto di fiducia viene instaurato più facilmente con l'operatore, cui si tende a domandare tutto.

Le Associazioni di volontariato e il Pronto Soccorso (PS) rappresentano un primo canale d'accesso alle strutture sanitarie. Il Pronto Soccorso non viene utilizzato solo in situazioni di emergenza ma, in situazioni del tutto normali, per prestazioni di medicina di base o specialistica o con richieste che esulano dalla sua funzione. L'utilizzo del Pronto Soccorso, come modalità normale d'accesso al SSN, è frequente soprattutto per gli uomini, mentre per le donne e i bambini esistono altre vie d'accesso diretto al sistema sanitario, quali i Consultori familiari e pediatrici.

In generale l'utente straniero è scoraggiato a rivolgersi al SSN dall'organizzazione dei servizi, con un'iter burocratico complesso e dalla loro specializzazione territoriale, che ne rende difficoltoso l'accesso fisico. La frammentazione dei servizi e la diversificazione di competenze e professionalità rendono difficile, per gli immigrati, adempiere a compiti richiesti dall'operatore (ad esempio fare delle analisi), perché il decentramento dei presidi può disorientare il paziente, se non riesce a "muoversi nella città". Si hanno difficoltà a seguire i vari percorsi, e non si capisce la loro varietà mentre, il più delle volte, nel loro paese esiste un unico presidio sanitario cumulativo. Soprattutto verso i Consultori, le richieste prescindono, in molti casi, dalle competenze degli operatori che vi lavorano: non vengono chieste solo informazioni sanitarie o igieniche, ma accompagnamento verso altri servizi e prestazioni; in generale, gli operatori divengono un punto di riferimento importante per le questioni e i problemi che un immigrato, non ancora inserito nella vita sociale del nuovo paese, deve affrontare.

Molte volte il personale sanitario si trova davanti a problematiche estranee alle sue competenze; con la necessità di risolvere problematiche non sanitarie, spiegare le varie procedure burocratiche e gestire urgenze che prescindono dall'attività del servizio (si può scoprire, al momento delle dimissioni, che il paziente non ha una casa, e non si sa dove inviarlo). Gli operatori che trattano con gli immigrati hanno evidenziato le difficoltà e la frustrazione di dover lavorare in assenza di programmi strutturati a lungo termine, che



rispondano alle nuove domande di salute e comprendano una formazione adeguata per gli operatori stessi, che li aiuti spesso, a rapportarsi al paziente, e gestire situazioni per le quali sono largamente impreparati.

## **1.10 Le difficoltà nella comunicazione sanitaria**

Alle difficoltà d'accesso legate agli aspetti legislativi, burocratici, organizzativi del sistema sanitario, si aggiungono quelle legate alla sfera comunicativa, linguistica e culturale. Due medici, che da anni si occupano di medicina delle migrazioni, hanno individuato cinque livelli d'incomprensione, che possono generarsi nella relazione tra operatore sanitario e paziente straniero: tre dovuti alla difficoltà di comunicazione, due dovuti alle incomprensioni linguistiche.

Le incomprensioni di carattere comunicativo presentano vari tipi di difficoltà; cominciando dalle difficoltà linguistiche, che hanno a che fare con la difficoltà delle persone a comunicare verbalmente le proprie sensazioni interiori. Una distinzione classica è tra *illness* e *disease*: con il primo termine, si indica l'insieme di sensazioni, emozioni, pensieri e comportamenti correlati alla percezione soggettiva dell'essere ammalato del paziente; con il secondo, si indica la malattia quale è conosciuta dalla scienza medica occidentale. "Illness" è ciò che il paziente "sente", quando va dal dottore, "disease" è ciò che sente quando torna a casa".

L'approccio della medicina occidentale alla malattia impone al medico una razionalità scientifica, oggettiva e quantitativa dei fenomeni, entro una separazione mente-corpo, che non corrisponde al concetto del paziente straniero. Risulta allora difficile dare un'interpretazione dei sintomi, i quali possono non avere nessun significato diagnostico per il sanitario, perché il paziente collega le varie parti del corpo e valorizza ciò che gli succede nel particolare come individuo, indipendentemente dai dati scientifici ed epidemiologici. Se i pazienti stranieri, hanno una cultura medica in cui viene data

grande importanza allo stato emotivo della malattia, essi si possono trovare a disagio o in imbarazzo di fronte a richieste del medico, che possono percepire come intrusive della propria sfera privata; il caso concreto può essere quello della donna musulmana o indù, di fronte alla richiesta di spogliarsi. Tale disagio non è da ricondurre solo ad aspetti di carattere religioso, ma è attribuibile al contesto culturale in cui prevale la dimensione emotiva (*illness*), che assume un peso dominante nella relazione tra il paziente straniero e l'operatore sanitario.

In ambito transculturale la difficoltà è accentuata dal fatto che possono non esistere parole adatte per descrivere ciò che un medico occidentale si aspetta di sentire, perché i pazienti per esprimere il bisogno di cura, utilizzano parole e concetti diversi dai nostri, come “caldo” o “freddo”. Non è infrequente che il paziente straniero, consapevole delle differenze che possono insorgere, si autocensuri nell'esprimere un'opinione sul suo stato di salute, in modo da non apparire “arretrato”, o cerchi di indovinare il modo corretto di esprimersi davanti ad un medico occidentale. Le domande che il medico pone al paziente possono generare un senso di smarrimento e diffidenza: per esempio in immigrati nigeriani, che considerano il medico come colui che tutto sa e tutto prevede, l'interrogazione rende ancora più difficile, per il medico, il reperimento dell'anamnesi.

Le difficoltà di ordine linguistico, hanno un aspetto prettamente lessicale, dovuto all'incapacità di esprimersi e capire, perché il paziente non conosce la lingua; e un aspetto attinente al carattere semantico, cioè al significato delle singole parole. Nelle diverse lingue, i suoni fonetici possono risultare simili o uguali, ma non corrispondere allo stesso significato. Per esempio, in somalo la parola *kili*, che vuol dire reni, identifica l'area cutanea addominale antero-laterale, mentre in italiano s'intende l'area dorsale latero-rachidea. Un paziente somalo e un medico italiano possono capire benissimo il termine reni, ma attribuire allo stesso termine due significati diversi.

La difficoltà metalinguistica riguarda il livello simbolico differente che certe espressioni idiomatiche possono evocare nella mente di chi ascolta, creando fraintendimenti. I malintesi possono derivare dall'uso di una stessa espressione in due lingue diverse, cui sono attribuiti significati simbolici diversi. L'espressione francese “*avoir mal au coeur*” significa non solo avere mal di cuore, ma nel linguaggio colloquiale,

indica anche nausea e disturbi di stomaco.<sup>36</sup> Simbolico è il valore che la malattia assume nelle differenti culture. Per noi la parola “cancro” evoca la malattia grave, associata ad un’idea di morte; in un’altra cultura, la paura sociale deriva da malattie da noi scomparse. La diarrea, che in noi non provoca nessun tipo di coinvolgimento emotivo, assume un significato infausto per le persone provenienti da aree del mondo, in cui è una tra le cause che portano alla morte.

Vi sono infine le diversità interculturali, vale a dire connesse alla sfera culturale del paziente e del medico e alle dissonanze che intervengono fra le due sfere. Questo è l’ambito in cui i fraintendimenti sono maggiori, anche perché il migrante stesso soffre di ambiguità culturale; non ha ancora spezzato i legami col suo passato, ma neanche ha acquisito del tutto la cultura del paese ospite; e questo stato di sospensione si riflette, inevitabilmente, nel rapporto tra paziente, operatore e struttura sanitaria. In Etiopia si dice comunemente che dal medico vadano solo le donne, i bambini e l’uomo bianco, mentre gli uomini raramente si fanno visitare; per contro se si osservano i dati relativi alla frequenza dei pazienti etiopi visitati negli ambulatori italiani, si denota che la maggioranza ha un’età compresa tra i 20 e i 35 anni. L’essere arrivato nel nuovo paese incoraggia a compromessi con la società d’accoglienza, vale a dire occidentalizzarsi abbastanza da rientrare nella categoria dell’ “uomo bianco”, che, insieme alle donne e ai bambini va dal medico. Un altro esempio di dissonanza culturale, è dato dall’interpretazione drammatica e chiassosa che il paziente può dare alla malattia, così da creare nervosismo e impazienza in un medico occidentale, abituato ad un paziente più mite e acquiescente.

Il piano metaculturale è “il piano dove gli uomini affermano consciamente e con lucidità la loro visione della vita che, a livello culturale, appare implicita e inconscia”.<sup>37</sup> Esso costituisce il livello in cui si affermano le proprie concezioni ideologiche, religiose e filosofiche e dove la salute entra in contatto con le scelte simboliche più fondamentali.

---

<sup>36</sup> Mazzetti M. *“Il dialogo transculturale in medicina”*, *Percorsi di donna, Percorsi editoriali*, dicembre 2001, pagina 10-19

<sup>37</sup> Mazzetti M. *“Il dialogo transculturale in medicina”*, *Percorsi di donna, Percorsi editoriali*, dicembre 2001, pagina 19

Tale ad esempio, è il momento in cui viene richiesta la circoncisione o, il rispetto di regole morali e/o comportamentali da parte del paziente, da cui il medico non può prescindere, nella prescrizione di farmaci o di una terapia. Si pensi al Ramadan: è il periodo in cui l'immigrato mussulmano osserva dei precetti imprescindibili, che il medico non può non tenere in considerazione.

### **1.11 La comunicazione interculturale e la figura del mediatore in sanità**

Le situazioni di distorsione comunicativa che si creano, quando le persone coinvolte in una relazione appartengono a contesti culturali diversi, spiegano la necessità di avere anche nella comunicazione clinica, la figura del mediatore. Poiché l'interazione tra operatore sanitario e utente è essenziale nell'esercizio della professione medica, se il medico non riesce a comunicare con il paziente, corre il rischio di distorcere o perdere il bagaglio di esperienze di quest'ultimo, e di incorrere in conseguenze che si riflettono nella scelta della diagnosi e terapia.

La mediazione è un processo, nel quale le due parti che interagiscono si rivolgono ad un "terzo neutrale", il mediatore, per ridurre incomprensioni e fraintendimenti, che generano blocchi comunicativi o forme di comunicazione inefficaci. La mediazione, crea uno "spazio intermedio" condiviso, entro il quale i malintesi, consci o inconsci, dovuti alle distanze linguistiche e culturali, possono essere contenuti e gestiti. Il mediatore permette che il feedback tra i due attori non s'interrompa, a causa d'incomprensioni o di malintesi, interpretando e rispondendo alle esigenze di entrambi, nella consapevolezza di dover includere nella traduzione, non soltanto gli elementi linguistici, ma anche quelli "intraducibili", che non possono essere lasciati fuori dalla relazione.

L'inserimento del mediatore, all'interno del servizio sanitario, è connesso alla necessità di instaurare una relazione tra l'utente straniero e l'operatore del servizio, tale che: "favorisca la comunicazione, prevenendo o segnalando malintesi e fraintendimenti,

stabilendo punti di contatto, e rendendo trasparenti esigenze e domande delle due parti in causa”.<sup>38</sup> Il lavoro del MLC è chiamato a mediare i malintesi, che si possono creare tra medico e utente a causa delle rappresentazioni diverse di salute e malattia e superare le difficoltà linguistiche. Il compito del mediatore è di mettere in luce la variazione di modelli e trovare una “terza via” accettabile per entrambe le parti, assumendo il ruolo di “ponte” tra due culture che si confrontano.

Il mediatore deve sapersi riferire sia al paziente che al medico. Molte volte, il paziente s’inibisce per il fatto di non sapersi e/o potersi esprimere correttamente, è diffidente nei confronti del medico, percepito come estraneo: non riesce a comprendere il senso delle sue domande, s’ irrigidisce ancora di più in posizione di difesa. Il medico, a sua volta, può essere infastidito dal fatto che il paziente non risponda in modo conciso alle domande, si esprima in modo metaforico e vago, venga accompagnato da amici e/o parenti. Tale atteggiamento è riscontrabile soprattutto nelle visite cliniche delle donne, dove la presenza del marito, interpretata come un segnale di dipendenza o di non autonomia, può provocare malumore tra gli operatori del servizio.<sup>39</sup> La presenza del mediatore può qui essere fonte di rassicurazione per il paziente, che, sentendo parlare nella sua lingua, è stimolato a parlare di sé e della sua famiglia.

La figura del mediatore culturale è stata introdotta, all’interno delle istituzioni sanitarie, dalla legge 40/98, dove l’art. 42, promuove la figura del mediatore per favorire l’integrazione e la relazione tra individui di minoranza etnica e le istituzioni del paese d’accoglienza, “al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi”. In questo senso il mediatore costituisce un’importante risorsa per il servizio sanitario, perché stimola la riorganizzazione del servizio, e l’avvio di progetti mirati a rispondere alle esigenze dei pazienti, attraverso una maggiore flessibilità della struttura sanitaria, che favorisce l’accesso dei nuovi utenti, e diventi luogo di visibilità delle differenze e degli apporti

---

<sup>38</sup> Fiorucci M. “*La mediazione culturale-strategie per l’incontro*”, Armando editore 2000 pagina 102

<sup>39</sup> Castiglioni M. “*La mediazione linguistico-culturale: principi, strategie, esperienze*”, Franco Angeli, Milano 1997, pagina 56

culturali diversi.<sup>40</sup> Il mediatore è anche una risorsa per l'utente, perché accoglie e riconosce la diversità del suo vissuto, e la sua percezione di benessere e malessere, malattia, corpo e salute, e le decodifica per trasmetterle all'operatore come una intelligibile domanda di salute.<sup>41</sup>

Allo stesso modo costituisce una risorsa funzionale per l'operatore e il servizio, poiché fornisce agli utenti stranieri indicazioni chiare su regole e funzionamenti del servizio; e, rendendo esplicite le domande di salute degli utenti stranieri, fornisce indicazioni utili al miglioramento dello stesso.

Le funzioni pratiche del mediatore riguardano principalmente:

- L'interpretariato linguistico-culturale: s'intende non solo la capacità di traduzione linguistica, ma la decodifica di messaggi che fanno parte del linguaggio non verbale, e rimandano all'universo di esperienze, valori, modelli dell'immigrato. A livello operativo, è la capacità di tradurre e compilare i documenti, dare accoglienza e accompagnamento del paziente straniero, chiarire malintesi e incomprensioni culturali.
- L'Informazione sui diritti e doveri: è volta a favorire la conoscenza e l'uso appropriato dei servizi da parte dello straniero, spiegando il funzionamento, le norme, i regolamenti, i vincoli e i limiti delle prestazioni che il servizio offre.
- Informazione agli operatori delle logiche, dei codici, delle abitudini e norme a cui l'utente fa riferimento
- Accompagnamento degli utenti nell'accesso a altre istituzioni e nella conoscenza di usi e costumi, propri del paese in cui vivono
- Supporto della progettazione e riorganizzazione dei servizi, in risposta alle nuove domande dell'utenza straniera
- Promozione dell'inserimento e integrazione della popolazione immigrata.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Favaro G "Diventare madri nella migrazione- Donne immigrate, salute e servizi: Dati da una ricerca", in *Marginalità e Società*, n°28, 1994

<sup>41</sup> Castiglioni M "La mediazione linguistico-culturale: principi, strategie, esperienze", Franco Angeli, Milano 1997, pagina 97

<sup>42</sup> Belpiede A. "La mediazione culturale", UTET, Torino, 2002, pagine 29,30,31,

## **CAPITOLO SECONDO**

### **IMMIGRATI E DIRITTI ALLA SALUTE**

#### **2.1 Il quadro normativo italiano**

Dopo aver visto come le diverse percezioni di salute, malattia, corpo possano influire su richieste, esigenze, e forme di accesso e fruizione ai servizi sanitari, analizzerò in questo capitolo le fonti normative per la tutela della salute degli stranieri, regolari e irregolari. Attraverso un excursus della normativa a partire dagli anni '90, anno in cui fu emanata la legge Martelli, fino alla più recente in materia di immigrazione, la legge Bossi-Fini, si può mettere in evidenza come si è evoluta la legislazione sanitaria in riferimento agli extracomunitari, evidenziando i vuoti legislativi (colmati da Leggi o circolari successive) e i problemi tuttora scoperti.

Per anni le politiche del nostro Paese hanno ignorato o sottovalutato il fenomeno migratorio, considerandolo come qualcosa di passeggero, e dettando politiche sanitarie consistenti in tentativi di risolvere situazioni contingenti. Verso i primi flussi d'immigrazione l'unico riferimento normativo esistente fino alla prima metà degli anni '80, risaliva al 1931: il Testo Unico di Polizia diretto in modo generico agli stranieri, e destinato a regolare le sole materie di soggiorno e di espulsione.

Il diritto di tutelare la propria salute e di poter accedere alle strutture sanitarie, restò negato, fino a quando il fenomeno migratorio si fece sempre più consistente, e il tema dell'immigrazione entrò nell'agenda politica del governo.

Per i cittadini la Costituzione italiana riconosce come fondamentale il diritto e la tutela della salute, affermando, nell'articolo 32: “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”...“i cittadini devono collaborare al mantenimento della salute, sia osservando i comportamenti richiesti nell'interesse collettivo, sia partecipando alle spese

necessarie, in rapporto alle loro diverse capacità contributive”. L’art 3 afferma: “tutti i cittadini hanno pari dignità sociale...senza distinzione di razza, sesso, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali”; il diritto alla salute era ribadito a livello internazionale dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.<sup>43</sup> Il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali del 1966 afferma che: “ogni individuo ha diritto ad un livello di vita adeguato per sé e la sua famiglia che includa un’alimentazione, vestiario e un alloggio, adeguati”,<sup>44</sup> nella Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell’Infanzia,<sup>45</sup> viene citato espressamente il migrante e la sua tutela (anche sanitaria).

Le indicazioni costituzionali, e quelle derivanti dai patti e convenzioni internazionali, rispondono ad una logica di solidarietà umana e di prevenzione collettiva, ma non hanno una natura immediatamente attuativa; resta affidata al legislatore nazionale l’individuazione e la determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione. Ciò ha fatto sì che per anni in Italia l’immigrazione, non regolamentata né tutelata, abbia generato un’esclusione, non solo dalla normativa, ma anche dall’accesso ai servizi (anche dei più elementari) per “uomini ombra”, che non avevano alcun diritto a prestazioni, pur vivendo accanto a cittadini italiani nello stesso territorio.

## **2.2 La normativa fino al '95: l'ineguaglianza degli stranieri nell'accesso ai servizi**

Progressivamente, seppur lentamente, si è cominciato a prendere coscienza dei bisogni e diritti degli stranieri, grazie all’azione di associazioni di volontariato, che sono state le prime ad attivarsi, per colmare i vuoti legislativi e far fronte al bisogno di assistenza sanitaria degli stranieri.

---

<sup>43</sup> Approvata a New York il 10 dicembre del 1948 dall’Assemblea generale delle Nazioni Unite nell’art 25

<sup>44</sup> Art.12, New York 16/12/1966

<sup>45</sup> Art.24, convenzione del 20/11/89, entrata in vigore il 2/9/90, ratificata in Italia con la legge 176/91



La legge 943/86, è stata il primo segno della coscienza legislativa del fenomeno immigratorio e la prima legge specifica sull'immigrazione, con la quale si riconosceva la parità dei diritti tra lavoratori stranieri in regola con le leggi dello Stato e quelli italiani. L'immigrato che ha regolarizzato la sua posizione gode, almeno in linea teorica, degli stessi diritti sociali e sindacali dei lavoratori italiani. L'art. 1 della legge recita: "La Repubblica Italiana...garantisce a tutti i lavoratori extracomunitari e alle loro famiglie parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai lavoratori italiani. La Repubblica Italiana garantisce, inoltre, i diritti relativi all'uso dei servizi sociali e sanitari..., al mantenimento dell'identità culturale, alla scuola, alla disponibilità dell'abitazione, nell'ambito delle norme che ne disciplinano l'esercizio".

La 943, tuttavia, ha messo in evidenza, notevoli limiti ed ha fatto emergere la necessità di una nuova legge, maggiormente adeguata ai tempi.

La legge n°39/90, cosiddetta legge Martelli, intendeva perseguire due obiettivi:

- 1) dare risoluzione ai problemi connessi all'accoglimento di persone richiedenti dello status di rifugiati, secondo la Convenzione di Ginevra del 1951 e al Protocollo di New York del 1967;
- 2) aggiornare le norme vigenti in materia di soggiorno nel territorio dello Stato, facendo emergere dalla clandestinità, attraverso lo strumento della sanatoria, gli stranieri irregolarmente entrati e presenti in Italia.

La legge stabiliva che "i cittadini extracomunitari e gli apolidi che chiedono di regolarizzare la loro posizione e che non hanno diritto all'assistenza sanitaria ad altro titolo, sono, a domanda, assicurati al SSN ed iscritti alla Usl del comune di effettiva dimora".<sup>46</sup> Possono accedere alle prestazioni erogate dal SSN solo i cittadini stranieri regolarmente presenti e residenti, che svolgono un lavoro che dà titolo all'assicurazione obbligatoria contro la malattia (lavoratori autonomi, dipendenti o liberi professionisti).

Essi sono iscritti obbligatoriamente al SSN e per quanto riguarda l'onere contributivo, sono soggetti alle disposizioni previste per gli italiani appartenenti alle stesse categorie. Se si tratta di lavoratori dipendenti, il datore di lavoro, oltre a versare

---

<sup>46</sup> Articolo 9

all'Inps la parte di contributo a suo carico, versa mensilmente anche la parte a carico del lavoratore, trattenendola dalla sua retribuzione. I lavoratori autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti) e i liberi professionisti sono tenuti a versare personalmente la contribuzione dovuta, a seconda della categoria di appartenenza. Per i disoccupati "regolarmente residenti in Italia e iscritti nelle liste di collocamento, è valida l'equiparazione ai cittadini italiani non occupati, iscritti nelle liste di collocamento per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata dal SSN e al relativo onere contributivo".<sup>47</sup> Pertanto i lavoratori stranieri o rifugiati che dimostrassero di non aver conseguito reddito nell'anno 1990, erano esonerati dall'obbligo del pagamento, in quanto pienamente equiparati agli italiani ai fini previdenziali e assistenziali.<sup>48</sup>

Gli stranieri non assicurati, a titolo obbligatorio, potevano iscriversi a richiesta, al SSN, pagando all'Inps un contributo in base al reddito prodotto in Italia e all'estero. L'assicurazione sanitaria del capofamiglia era estesa ai familiari a carico. Le stesse norme, che disciplinavano l'iscrizione volontaria al SSN prevedevano che gli stranieri presenti sul territorio nazionale e non iscritti al servizio fossero tutelati in caso di infortunio e maternità, dietro corresponsione di una retta di degenza, da determinare con decreto del Ministero della Sanità e fissata dalla regione competente. Nei casi di indigenza poteva intervenire il Ministero dell'Interno. Nell'ottica "straniero/pericolo", era inoltre previsto per l'operatore sanitario l'obbligo di segnalare alle autorità di Pubblica Sicurezza, le persone amministrativamente non in regola con il permesso di soggiorno.

I diritti e i rapporti degli immigrati con il SSN erano, quindi, determinati dalle seguenti caratteristiche: la condizione giuridica di regolarità, in primis, la residenza, il paese di provenienza, la condizione di rifugiato politico, la condizione lavorativa. La legge, negava l'accesso al SSN allo straniero irregolarmente presente nel territorio.

Si conclude che la normativa non realizzava, ancora, una piena uguaglianza dei cittadini stranieri con quelli italiani, sia da un punto di vista assistenziale che contributivo. Sul piano assistenziale, i cittadini stranieri extracomunitari non potevano usufruire di cure presso centri di altissima specializzazione nei Paesi della Comunità Europea, essendo tale

---

<sup>47</sup> *Art4, comma1*

<sup>48</sup> *Decreto legge n° 415 del 29/12/90*

possibilità concessa solo ai cittadini italiani, in base ad accordi comunitari, che possono essere esclusivamente applicati ai cittadini della Comunità Europea (e agli stranieri solo se apolidi o rifugiati in uno dei paesi firmatari).

Sul piano contributivo, vi era ineguaglianza tra cittadini italiani e stranieri nella definizione delle aliquote: il contributo di malattia per gli stranieri stabilito, nell' '86, nella misura del 7,5%<sup>49</sup>, e all'epoca equivalente a quello previsto per i cittadini italiani, non venne ridotto, quando quest'ultimo fu portato al 5%<sup>50</sup>.

In pratica, fino al 1995,<sup>51</sup> per gli stranieri non iscritti al SSN, l'unica porta d'accesso alla cura era il Pronto Soccorso, anche se con una serie di ostacoli che ne limitavano l'uso ai casi di estrema necessità. Tra questi, l'addebito delle spese sostenute per un eventuale ricovero e la segnalazione in Prefettura, necessaria nel caso l'ospedale avesse voluto recuperare le spese.

## 2.3 La svolta del '95

Il 1995 è caratterizzato da una serie di fatti, che innescano una "reazione a catena" in materia di salute degli immigrati e portano ad affrontare la problematica in modo nuovo. Un ruolo di primo piano fu svolto da un network di pressione composto dagli operatori della Caritas e dell'IRCCS San Gallicano, di Roma; del Naga e dell'Ambulatorio medico popolare, di Milano; dell'Associazione Camminare Insieme, Sermig e ISI sportello sanitario, di Torino; dell'Associazione Senza Confine e altre ancora tra Bologna, Firenze, Modena, Messina, Palermo, Brescia.

Il decreto legge 489/95<sup>52</sup> segna una svolta importante nel tema dell'assistenza sanitaria, soprattutto per chi non è in regola con le norme per il soggiorno. Con tale

---

<sup>49</sup> DM 8/10/86

<sup>50</sup> Legge 11/3/88 n°67

<sup>51</sup> Decreto Legge 489 del 18 novembre 1995

<sup>52</sup> "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'unione Europea"

provvedimento,<sup>53</sup> viene riconosciuta la tutela della salute come diritto non riservato ai soli cittadini italiani, rispondendo ad un chiaro mandato costituzionale,<sup>54</sup> che tutela la salute di ciascun individuo. L'articolo 13<sup>55</sup> del D.L. era fortemente innovativo, perché affermava un diritto da sempre negato agli immigrati presenti nel nostro paese in posizione irregolare. Con tale decreto si sanciva infatti:

- il diritto alla salute per tutti gli immigrati, regolari e non;
- l'accesso alle cure non solo straordinarie e urgenti, ma anche a quelle essenziali, ordinarie e continuative;
- per la prima volta si parlava di diritto alla salvaguardia della salute non solo collettiva ma anche individuale;
- per la prima volta veniva fatto divieto agli operatori di segnalare alle autorità di Pubblica Sicurezza le persone amministrativamente non in regola col permesso di soggiorno.

L'art 13 infatti affermava che: “agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva. È altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza...l'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo il caso in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni col cittadino italiano.

Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con decreto del Ministero della Sanità...nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando dove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali”.

---

<sup>53</sup> *Reiterato ben 5 volte dal novembre '95 all'ultima versione del 12/9/96: le ultime due versioni con radicali modifiche dal sopraggiunto governo Prodi*

<sup>54</sup> *Il già citato articolo 32*

<sup>55</sup> *Oggi articolo 11*

La non chiarezza di alcuni passaggi di quest'articolo ha prodotto qualche discrezionalità in sede applicativa: ma da questo momento, il tema della salute degli stranieri, anche riferito agli irregolari e clandestini, entra nell'agenda politica. Gli autori affermano che l'articolo 13 rappresenta uno spartiacque di svolta nella risoluzione del problema, con riflessi di natura giuridica, politica e culturale.<sup>56</sup>

Una nota esplicativa<sup>57</sup> del Ministero alla Sanità agli Assessorati Regionali alla Sanità, comunicava che le disposizioni concernenti le prestazioni in materia di assistenza preventiva e di tutela alla maternità erano d'immediata applicazione e comprensive di eventuali ricoveri ospedalieri senza oneri a carico dei richiedenti. Nonostante ciò, diverse strutture pubbliche sollevano dubbi operativi. Viene quindi diffusa una seconda nota,<sup>58</sup> dove si afferma, in maniera chiara ed esplicita, che la normativa si rivolge a tutti gli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, indipendentemente dalla posizione amministrativamente irregolare.<sup>59</sup> Viene chiarito, inoltre, che la tutela sociale della maternità e della gravidanza deve prevedere la tutela del minore, l'assistenza preventiva, finalizzata al controllo delle malattie infettive e diffuse, la diagnosi e la cura a livello ambulatoriale ed ospedaliero.

Ad eccezione delle prestazioni sanitarie preventive e di quelle individuate nella tutela della maternità responsabile e della gravidanza, ogni altra prestazione sanitaria deve essere erogata previo pagamento delle tariffe o della retta di degenza.<sup>60</sup> Nel caso la prestazione non possa essere pagata, l'extracomunitario clandestino o irregolare, ha diritto alle sole prestazioni di natura urgente.

Questi provvedimenti tutelano quindi il diritto all'assistenza per alcune categorie di immigrati: donne gravide, minori, ammalati di malattie infettive o a rischio; a tutti costoro

---

<sup>56</sup> D'Agostino, Compagnoni " *Dinamiche multiculturali e servizi sociosanitari in Italia- bioetica, diritti umani e multietnicità* ", Ed San Paolo, 2003

<sup>57</sup> Telex diramato dal Ministero della Sanità il 31/1/96 n° 00091, prot 262

<sup>58</sup> Telex n° 1000.V-3375/187, prot 4497 del 14/5/96

<sup>59</sup> Art 7, comma 2 si definisce che "si considera in posizione irregolare lo straniero che ha fatto ingresso eludendo i controlli di frontiera, che è entrato o soggiorna privo di documenti richiesti per l'ingresso; che soggiorna nel territorio dello Stato con permesso scaduto da più di 30 giorni senza aver presentato domanda di rinnovo o di conversione di detto documento, o che soggiorna nel territorio dello Stato da più di 8 giorni successivi all'ingresso regolare senza aver presentato domanda di permesso di soggiorno".

<sup>60</sup> Nota telex 1000.V/33-5/2426, 14/9/95 del Ministero della Sanità

sono assicurati gli interventi ambulatoriali e ospedalieri in forma gratuita (o col pagamento del ticket dove previsto, come per gli italiani).

Tutti gli altri stranieri non in regola, pur vedendo riconosciuto il diritto all'assistenza sanitaria ambulatoriale e continuativa, possono accedere alle strutture pagando le tariffe, determinate regionalmente. Per i ricoveri ospedalieri, i costi verranno successivamente addebitati agli utenti, o, se si manifesta una condizione di indigenza, saranno a carico delle Prefetture. Il codice d'accesso alle strutture è S.T.P (straniero temporaneamente presente). Poiché il decreto non viene reiterato e decade, l'articolo 13 scompare dal panorama normativo italiano, ma i diritti acquisiti vengono salvati nell'ordinanza successiva,<sup>61</sup> che sarà prorogata fino all'entrata in vigore della nuova legge sull'immigrazione (40/98).

## **2.4 I nuovi bisogni di salute e la difficoltà del SSN**

Se l'articolo 13 del D.L 489/95 ha cercato di risolvere il problema dell'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, rimaneva ancora aperto il tema dell'accessibilità e fruibilità effettiva del SSN per tutti gli immigrati regolarmente presenti.

Lo status di "straniero" condizionava negativamente la piena tutela giuridica del diritto alla salute, realizzando una serie di ostacoli reali, spesso amplificati dalla discrezionalità degli operatori, che finivano per impedire l'accesso a una normale fruizione dei servizi anche ai regolari.

Un problema rilevante per il SSN era, da una parte, di non essere adeguatamente organizzato per una corretta e costante rilevazione del bisogno sanitario degli immigrati, dall'altra di essere caratterizzato dalla difficoltà di esplicitare la domanda da parte degli

---

<sup>61</sup> 15/11/96 "Prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti in Italia", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n° 296 del 16/11/96; prorogata poi fino all'entrata in vigore della nuova legge sull'immigrazione 27/3/98.

stessi, e dalla tendenza a sottovalutare i problemi di salute (avendo spesso esigenze di sopravvivenza quotidiana) fino a quando non si aggravano in modo palese.

Agli inizi del 97, dopo un intenso lavoro preparatorio, il governo Prodi presentava un disegno di legge<sup>62</sup> che si proponeva, come obiettivo principale, di “superare la logica dell'emergenza e dei provvedimenti tampone, per confermare l'impegno europeista dell'Italia e di cittadinanza agli immigrati regolari, per contrastare l'immigrazione clandestina e lo sfruttamento criminale dei flussi migratori, per regolare l'afflusso degli ingressi”.<sup>63</sup> L'intento era di varare una legge con le seguenti caratteristiche:

- 1) sancire “la piena parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani, per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata dal SSN ed alla sua validità temporale”;
- 2) ispirarsi ai principi costituzionali, che vedono la salute come diritto fondamentale dell'individuo;
- 3) delineare un percorso di integrazione dello straniero nel sistema sanitario pubblico, garantendogli pari opportunità di assistenza e di promozione della salute e prevenzione delle malattie.

## 2.5 La legge 40 del 1998

Con l'emanazione della legge n°40 nel 1998,<sup>64</sup> lo scenario nazionale cambia ulteriormente, in modo più rispondente alla realtà immigratoria, non più considerata come fenomeno transitorio o legato all'emergenza. Ciò comportava un sostanziale

---

<sup>62</sup> Disegno di legge 14/ 2/ 97 “Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”

<sup>63</sup> Comunicato del 14/2/97 dell'Ufficio Stampa della Presidenza del Consiglio dei Ministri, alla presentazione del disegno di legge

<sup>64</sup> Promulgata il 6/3/98 col titolo “Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”, incorporata e integrata con dispositivi ancora in vigore da leggi precedenti nel Decreto Legislativo n° 286 del 15/7/98, dal titolo “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”

miglioramento della condizione giuridica dello straniero (con differenze se regolare o irregolare), riducendo la disuguaglianza rispetto alla condizione di cittadino italiano.

La motivazione di fondo della legge del 1998 partiva dalla consapevolezza che l'immigrazione rappresentava una risorsa economica, demografica e culturale importante, che tale fenomeno era ormai strutturale e necessitava di una politica di risposta ai bisogni di salute dei nuovi cittadini.

Il quadro generale dei diritti e obblighi dello straniero è descritto nell'art. 2 del T.U. In esso vengono riconosciuti, a prescindere dalla condizione giuridica, "i diritti fondamentali della persona umana", previsti dal diritto interno, dalle convenzioni internazionali e dai principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti.

L'illegalità dell'ingresso o del soggiorno in Italia non possono essere causa di menomazione dei diritti fondamentali e inviolabili: "allo straniero è riconosciuta parità di trattamento col cittadino italiano, relativamente alla tutela giurisdizionale di diritti e interessi legittimi, nei rapporti con la Pubblica Amministrazione e nell'accesso ai pubblici servizi, nei limiti e modi previsti dalla legge."<sup>65</sup>

Lo straniero regolarmente soggiornante in Italia "gode degli stessi diritti civili attribuiti al cittadino italiano",<sup>66</sup> ha diritto a "partecipare alla vita pubblica locale",<sup>67</sup> gli viene riconosciuta parità di trattamento col cittadino italiano; per i lavoratori, l'uguaglianza dei diritti è estesa anche alle loro famiglie.

La scelta era verso una politica di integrazione e risoluzione delle situazioni penalizzanti, rispetto ai cittadini italiani in condizioni economiche e sociali comparabili, tra cui figura la possibilità di accesso ai servizi sanitari. Con l'emanazione del documento relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato,<sup>68</sup> si definiva una politica che riorganizzava la materia sanitaria in modo chiaro.<sup>69</sup>

---

<sup>65</sup> Art. 2 comma 4

<sup>66</sup> Comma 2

<sup>67</sup> Comma 3

<sup>68</sup> *Approvato con D.P.R. del 5/8/98 e con il D.P.R. del 31/8/99 n° 394 dal titolo "Regolamento recante norme di attuazione del T.U. delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell' art. 1 comma 6 del decreto legislativo del 25/7/98 n° 286"*

<sup>69</sup> *Ulteriori chiarimenti delle disposizioni sull'assistenza degli immigrati, contenuti negli art. 34,35 e36, sono forniti dal Ministero della Sanità con circolare del 24/3/2000 n° 5, Indicazioni applicative del decreto legislativo del 25/7/98 n° 286.*



Una delle principali innovazioni è stata la rimozione di requisiti che avevano impedito l'accesso alle strutture sanitarie, quali la residenza, non più indispensabile ai fini dell'iscrizione al SSN, e il limite annuale della validità di iscrizione al SSN.

Nel Regolamento d'attuazione<sup>70</sup> viene precisato che, in mancanza di residenza, il cittadino straniero è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili della A.S.L. nel cui territorio ha effettiva dimora (s'intende quella indicata nel permesso di soggiorno); l'iscrizione al SSN non è più annuale, e resta valida anche nel corso di rinnovo del permesso di soggiorno. Ciò permette di superare le situazioni, in particolare nelle grandi città, dove la concentrazione di immigrati è maggiore, e le difficoltà burocratiche complicano la possibilità di fruire dell'assistenza sanitaria. In passato, i tempi necessari per avere il rilascio o rinnovo del permesso di soggiorno comportavano che soggetti giuridicamente non in regola (che tuttavia lavoravano e contribuivano al finanziamento del SSN), non vedessero riconosciuta la possibilità di essere assistiti, se non pagando per intero le prestazioni ricevute.

Il diritto all'assistenza viene esteso, per legge, anche a coloro che sono presenti in Italia in condizioni di irregolarità giuridica e clandestinità. In questa via avvengono numerosi cambiamenti in ambito legislativo e strutturale, e in molti casi si raggiunge un livello elevato di prestazioni, anche se permangono gravi inadeguatezze nei rapporti con l'utenza, e accentuate e persistenti manifestazioni di disinformazione sulle nuove disposizioni legislative.

## **2.6 L'art.34: “Assistenza per gli stranieri iscritti al SSN”**

L'art. 34 della legge prevede che pressoché tutti gli stranieri legalmente e stabilmente presenti in Italia siano obbligatoriamente iscritti al SSN, dando la possibilità di iscrizione anche a quei lavoratori disoccupati, e familiari a carico (purché soggiornino

---

<sup>70</sup> Art. 42 commi 1 e 2

regolarmente in Italia), che in precedenza potevano iscriversi solo su base volontaria, pagando una tariffa annuale. I destinatari dell'iscrizione obbligatoria indicati ai commi 1 e 2 del suddetto articolo sono:

- stranieri regolarmente soggiornanti, che abbiano in corso attività regolari di lavoro autonomo o subordinato o siano iscritti nelle liste di collocamento;
- stranieri regolarmente soggiornanti, o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiornante, per lavoro autonomo, per motivi familiari, asilo politico e umanitario, richiesta di asilo, attesa di adozione, affidamento, acquisto della cittadinanza.

Una circolare del Ministero della Sanità<sup>71</sup> precisava che “vengono ad essere compresi tra i lavoratori, non solo quelli in cerca di prima occupazione o disoccupati iscritti nelle liste di collocamento, ma tutte le figure di lavoratori che producono reddito per una attività lavorativa svolta in Italia”.

Si estende così il concetto di lavoratore autonomo, a tutti coloro che svolgono un'attività lavorativa che non rientri nell'ambito del lavoro subordinato. Lo straniero che sia in possesso di permesso di soggiorno per uno dei motivi di cui all'art. 34<sup>72</sup> è tenuto a richiedere l'iscrizione al SSN; viene iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'A.S.L. dove risiede o dimora. L'iscrizione all'A.S.L. è valida per tutta la durata del soggiorno, e cessa solo per motivi di mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno, ovvero per espulsione. tali motivi sono comunicati alla A.S.L. dalla Questura, salvo che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la pendenza di ricorso contro i suddetti provvedimenti.

Coloro che non rientrano tra le categorie indicate nell'art. 34, e hanno un permesso di soggiorno maggiore di 3 mesi, sono tenuti ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità, stipulando un'apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o estero, valido sul territorio nazionale. Oppure possono iscriversi volontariamente al SSN, versando un contributo annuo, pari a quello previsto per il

---

<sup>71</sup> 22/ 4/ 98

<sup>72</sup> *Comma1, del T.U*

cittadino italiano, sul reddito guadagnato nell'anno precedente in Italia o all'estero; in questo caso sono tutelati anche i familiari a carico.

## **2.6 L'art. 35: “Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al servizio sanitario nazionale”**

Questo articolo affronta le condizioni di assistibilità di alcune tipologie di stranieri, che sono caratterizzati da un breve periodo di permanenza in Italia (ad esempio per affari o turismo), nonché il tema della tutela “a salvaguardia della salute individuale e collettiva”,<sup>73</sup> anche nei confronti di coloro “non in regola con le norme relative all'ingresso e soggiorno”. Permangono validi i Trattati e gli Accordi Internazionali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.<sup>74</sup> Vengono ampliate le garanzie di assistenza già previste dall'art. 13 del decreto Legge 489 del '95; sono assicurate “ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno...le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattie ed infortunio” e sono estesi “i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva”.

In particolare sono garantiti:

- la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane;...
- la tutela della salute del minore;...
- le vaccinazione secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
- gli interventi di profilassi internazionale,

---

<sup>73</sup> Commi 3, 4, 5 e 6

<sup>74</sup> Comma 2

- la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Si prevede, poi, che le prestazioni “siano erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità coi cittadini italiani.”<sup>75</sup> In sede di prima erogazione d’assistenza, viene assegnato allo straniero un codice regionale a sigla STP, per la prescrizione e registrazione delle prestazioni. Il codice è valido su tutto il territorio nazionale, ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di ulteriore permanenza dello straniero sul territorio nazionale. Ai fini del rimborso deve essere utilizzato dalle strutture accreditate del SSN per la rendicontazione delle prestazioni e farmaci forniti. Lo stato d’indigenza può essere attestato attraverso un’auto dichiarazione, presentata all’Ente sanitario erogante.<sup>76</sup>

Viene precisato che: “l’accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno, non può comportare alcun tipo di segnalazione all’autorità, salvo i casi in cui non sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano”. Il divieto di segnalazione, in vigore fin dal ’95, è ribadito per evitare che, si possa determinare di fatto una condizione di “clandestinità sanitaria”, che tra l’altro impedirebbe la tutela della salute dell’intera collettività. Poiché gli stranieri irregolari non hanno il medico di base, le A.S.L. devono attivarsi per garantire loro il primo accesso.

In quasi tutte le Regioni, sono attivati ambulatori di prima accoglienza, che effettuano le prestazioni di primo livello e costituiscono il lasciapassare per i livelli successivi. La gestione di tali ambulatori può prevedere diverse soluzioni, in base alle risorse e all’assetto organizzativo. Gli stranieri possono, inoltre, rivolgersi, alla pari dei cittadini regolarmente iscritti al SSN, a tutte le strutture delle A.S.L. ad accesso diretto, per problemi che riguardano la tossicodipendenza, il disagio mentale, la tutela della maternità e dell’infanzia. Possono fruire di consulenze ed accertamenti diagnostici presso i laboratori e i poliambulatori specialistici pubblici e privati accreditati, con la presentazione di prescrizione su ricettario regionale (o su una ricetta bianca, rilasciata

---

<sup>75</sup> Art. 35, comma 4

<sup>76</sup> Comma 5

dalle strutture del volontariato con la quale la A.S.L. ha definito un protocollo di intesa). Riassumendo, sono assicurate, presso i presidi pubblici o privati accreditati le prestazioni di:

- di Pronto Soccorso;
- ricoveri urgenti;
- ricoveri non urgenti (cure essenziali, continuative);
- ricoveri in regime di Day Hospital.

Nell'ambito delle prestazioni assicurate agli stranieri irregolari, lo stesso articolo precisa che devono essere in particolare garantiti:

- tutela della gravidanza e maternità;
- tutela della salute del minore;
- vaccinazioni;
- interventi di profilassi generale;
- profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive

## **2.7 La tutela legislativa per donne, minori, anziani stranieri**

Particolarmente tutelata risulta essere la condizione della donna, in posizione di irregolarità che sia in stato di gravidanza. Per essa le prestazioni specifiche e tutti gli accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono gratuiti. Alla donna straniera, che si presenta per la prima volta al controllo in fase avanzata di gravidanza, vengono prescritti anche gli esami ritenuti necessari dal medico, che erano previsti per le settimane precedenti e non eseguiti. Tali esami sono esenti dal pagamento del ticket, come pure le prestazioni specialistiche correlate all'IVG, a parità dei cittadini iscritti al servizio sanitario nazionale. E' da sottolineare che le donne clandestine gravide e in stato

di puerperio ottengono un permesso di soggiorno, fino ad un massimo di sei mesi dopo il parto e non possono essere espulse.<sup>77</sup>

Altra situazione specifica, che permette di acquisire un permesso di soggiorno e dà diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN, è quella delle donne clandestine, che decidono di uscire dalla tratta per prostituzione ed ottengono un permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale.<sup>78</sup> Questo permesso è temporaneo, ma convertibile in uno di più lunga durata se, ad esempio, i soggetti interessati studiano o trovano lavoro.

Per quanto concerne la salute del minore straniero, per i figli degli stranieri regolarmente soggiornanti e iscritti al SSN, l'iscrizione al SSN è obbligatoria, e consente l'accesso immediato a tutte le prestazioni a cominciare dal pediatra di base.

Per i minori irregolari è garantita la tutela della salute in esecuzione della Convenzione di New York, che prevede, per tutti i minori di 18 anni, "il diritto al godimento del miglior stato di salute possibile e a beneficiare dei servizi medici e di riabilitazione".<sup>79</sup> I minori stranieri irregolari, invece, non possono essere iscritti al SSN e non possono usufruire del Pediatra di famiglia della mutua. Hanno diritto tuttavia ad usufruire delle cure mediche presso strutture sanitarie pubbliche, quali ambulatori specialistici, ospedali, consultori pediatrici di zona.

I bambini stranieri anche se irregolari, di età compresa tra i 0 e i 6 anni, hanno diritto alle cure mediche di base e specialistiche presso le strutture ospedaliere e territoriali, in forma gratuita; se, dopo la nascita, si richiede un permesso di soggiorno temporaneo, per i 6 mesi successivi si ha diritto all'iscrizione al SSN presso il distretto della zona di competenza e ad accedere a tutte le cure previste per i bambini italiani, tra cui il pediatra di base. Le vaccinazioni sono obbligatorie, il bambino può riceverle gratuitamente presso i consultori e i centri di vaccinazione. Tutti i minori irregolari con un'età superiore ai 6 anni hanno diritto, fino al compimento del 18°anno, a tutte le prestazioni di primo livello. Le prestazioni specialistiche sono erogate in seguito al pagamento del ticket, a parità dei cittadini italiani.

---

<sup>77</sup> Art. 19 comma 2 lettera d del Decreto Legislativo 286/98

<sup>78</sup> Art. 18 comma 1 del Decreto Legislativo 286/98

<sup>79</sup> Art. 24 comma 1, firmata a New York il 20/11/89

Per quanto riguarda l'assistenza agli stranieri con un'età superiore ai 65 anni, anche se irregolarmente presenti, le prestazioni fornite di medicina di base e/o specialistiche sono gratuite. Oltre agli articoli citati, con altre disposizioni della legge n°40 viene ribadita la non punibilità di tutte le azioni a favore degli immigrati, giustificate dallo stato di necessità, di cui all'art. 54 del codice penale, ovvero dalla necessità di salvaguardare l'immigrato dal pericolo attuale di un grave danno alla persona. Si precisa che “non costituiscono reato le attività di soccorso e assistenza umanitaria prestate in Italia nei confronti degli stranieri in condizioni di bisogno comunque presenti nel territorio italiano”;<sup>80</sup> si prevede che l'espulsione dal territorio italiano sia sospesa, nei casi in cui è necessario soccorrere lo straniero<sup>81</sup> e sia esclusa per le donne in stato interessante o nei sei mesi successivi alla nascita del figlio.<sup>82</sup>

## 2.8 Tutela della salute come principio

Di fronte ad una obiezione sollevata dal Tribunale di Genova,<sup>83</sup> la Corte Costituzionale, con sentenza n°252 del 2001, ha specificato che per gli stranieri, presenti a qualsiasi titolo sul territorio italiano, esiste “un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano pregiudicare l'attuazione di quel diritto”. Tale nucleo di diritti deve essere garantito a tutte le persone

---

<sup>80</sup> Art 10, comma 2

<sup>81</sup> Art 12, comma 1

<sup>82</sup> Art 17, comma 2

<sup>83</sup> *Propriamente il giudice costituzionale è stato investito della questione di legittimità dell'art.19, comma 2 del D.L 286/98 nella parte in cui non prevede il divieto di espulsione dello straniero che, entrato clandestinamente in Italia, vi rimanga in modo irregolare al solo scopo di ultimare un trattamento terapeutico necessario e indifferibile. Secondo il giudice ricorrente questo art. sarebbe stato in contrasto con gli art.2 e 32.*

umane, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso e il soggiorno nello Stato, come sancito dall'articolo 35 del D.L 286/98.<sup>84</sup>

La Corte Costituzionale ha affermato che le indicazioni dell'art 35 riguardanti le "cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative",<sup>85</sup> la tutela della gravidanza e della maternità, quella dei minori, le vaccinazioni e gli interventi di profilassi relative alle malattie infettive, non costituiscono un elenco esaustivo degli interventi sanitari che sono da assicurare al soggetto che si trovi, a qualsiasi titolo, nel territorio dello Stato.<sup>86</sup> Il giudice costituzionale ha sottolineato che "la valutazione dello stato di salute del soggetto e dell'indifferibilità e urgenza delle cure deve essere effettuata caso per caso, secondo il prudente apprezzamento medico; di fronte a un ricorso avverso un provvedimento di espulsione, si dovrà, qualora vengano invocate esigenze di salute dell'interessato, preventivamente valutare tale profilo- tenuto conto dell'intera disciplina contenuta nel decreto n°286 del 1998-...qualora risultino fondate le ragioni addotte dal ricorrente in ordine alla tutela del suo diritto costituzionale alla salute, si dovrà provvedere di conseguenza; non potendosi eseguire l'espulsione nei confronti di un soggetto che potrebbe subire, per via dell'immediata esecuzione del provvedimento, un irreparabile pregiudizio a tale diritto".<sup>87</sup>

La sentenza della Corte costituzionale può essere considerata integrativa della Legge 40/98 e del D.L 286/98, giacché ha fornito ulteriori indicazioni per disciplinare il caso dello straniero irregolarmente presente in Italia, allo scopo di usufruire di prestazioni sanitarie urgenti e indifferibili.

---

<sup>84</sup> Il comma 5, del decreto 286/ 98, corrisponde all'articolo 33 della legge n°40

<sup>85</sup> Comma3

<sup>86</sup> Compagnoni, D'Agostino "Dinamiche multiculturali e servizi socio-sanitari in Italia - bioetica, diritti umani e multietnicità", pagina 58, Ed San Paolo, 2003

<sup>87</sup> Il30 luglio 2002 è stata promulgata la legge n°189 "modifica alla normativa in materia d'immigrazione e asilo" (la cosiddetta legge Bossi- Fini), che modifica in parte la legge n°40 e il decreto n°286 del '98, soprattutto nella parte che riguarda le disposizioni in materia di sicurezza, l'ingresso e l'espulsione dello straniero e le condizioni per il rilascio del permesso di soggiorno. Non sono state sostanzialmente modificate le disposizioni in materia sanitaria, sancite dalla legge n°40, e successivamente ribadite dalla circolare n°5 del 2000 e dalla Corte Costituzionale.



## 2.9 Il Regolamento d'attuazione della L. 40/98

Relativamente all'organizzazione dell'offerta assistenziale, il Regolamento di attuazione della L. 40/98 prevede che “le Regioni individuino le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative, previste nell'art. 35, possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina nel territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera”.<sup>88</sup>

L'art 43 contempla particolari procedure per evitare che la condizione di clandestinità influisca sull'erogazione delle cure necessarie.<sup>89</sup> La Circolare<sup>90</sup> specifica inoltre che vi può essere una proroga del permesso di soggiorno per motivi di cura e tale proroga può essere concessa al cittadino straniero in tutti quei casi in cui abbia contratto una malattia o subito un infortunio o malattia professionale, che non gli consente di lasciare il territorio nazionale in caso di scadenza del permesso di soggiorno. Alle cure “urgenti”, tradizionalmente assicurate dalla normativa sanitaria in base all' art. 32 della Costituzione, vengono così affiancate le cure “essenziali”.

La Circolare n° 5/2000 fornisce la seguente distinzione: sono urgenti “le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona”; essenziali “le prestazioni sanitarie, diagnostiche, terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita”. La circolare ha previsto, a fini esclusivamente amministrativi, l'attribuzione di un codice provvisorio di identificazione sanitaria per gli stranieri irregolari.

L'introduzione del codice regionale S.T.P. (Straniero Temporaneamente Presente) permette di rispettare l'anonimato del soggetto anche nelle comunicazioni effettuate ai fini di rimborso con il Ministero dell'Interno. Il codice ha validità di sei mesi, rinnovabile

---

<sup>88</sup> Art. 43, comma 8

<sup>89</sup> Commi 2 e seguenti del D.P.R 31 agosto 1999 n° 394

<sup>90</sup> n°5 del 24/3/2000 “ Indicazioni applicative del d.lgs 25 luglio 1998, n° 286”

in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale; è valido su tutto il territorio italiano, e identifica l'assistito per tutte le prestazioni previste.<sup>91</sup> E' subordinato alla dichiarazione d'indigenza, rilasciata dallo straniero attraverso la compilazione del modello 1.STP predisposto dal Ministero della Sanità, che rimane agli atti della struttura che l' ha emesso. Lo straniero in possesso di tale codice è esentato dal pagamento del ticket, per tutte le prestazioni di primo livello e per quelle che sono in esenzione per i cittadini italiani, alle medesime condizioni (patologia, età e/o reddito).

## **2.10 Gli stranieri nel Piano Sanitario Nazionale**

Il Piano Sanitario 1998/200092 presenta una sezione dedicata agli immigrati quali destinatari di interventi specifici, riconoscendo la loro salute tra le priorità del SSN. Il Piano Sanitario identifica i seguenti obiettivi primari, da raggiungere entro il triennio:

- accesso all'assistenza sanitaria garantito, secondo le norme vigenti, a tutti gli immigrati presenti nel territorio;
- estensione anche agli immigrati della copertura vaccinale, garantita alla popolazione italiana.

Il PSN indica quali azioni previste: lo sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento; il monitoraggio e la valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, valorizzando anche le esperienze più qualificate del volontariato; la formazione degli operatori sanitari, finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute; l'organizzazione dell'offerta d'assistenza, volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati.

I progetti definiti dal Piano Sanitario sono: l'Obiettivo Salute degli Immigrati e l'Obiettivo Materno Infantile, da attuare con una collaborazione tra le strutture sanitarie e

---

<sup>91</sup> Art. 43, comma 3

<sup>92</sup> D.P.R del 23 luglio 1998

i servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto.

Questi principi vengono ribaditi nel Piano Sanitario del 2001-2003, che aggiunge come indicazioni:

- le attività di monitoraggio da parte degli uffici di anagrafe sanitaria, in riferimento allo scarto esistente tra gli stranieri gli iscritti al SSN e quelli regolarmente soggiornanti sul territorio di competenza;
- l'individuazione in tutte le Regioni e Province autonome, delle modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative previste per gli stranieri privi di permesso di soggiorno;
- l'attuazione da parte delle A.S.L di interventi di tipo informativo per l'utenza, di tipo formativo per gli operatori e di riorganizzazione dei servizi rivolti all'utenza immigrata.

## **2.11 Il Documento programmatico relativo alle politiche dell'immigrazione e degli stranieri**

Il D.P.R. del 5 agosto 1998,<sup>93</sup> nella sua parte terza relativa alle politiche d'integrazione, poneva come obiettivo principale la garanzia delle pari opportunità di accesso e la tutela delle differenze nell'ambito del SSN. La linea scelta è di fornire, agli stranieri, informazioni necessarie sul funzionamento, prestazioni e regole d'accesso, non tralasciando di considerare l'aspetto interculturale e di illegalità, allo scopo di offrire comunque un'assistenza sanitaria efficace e assicurare il diritto fondamentale alla salute.

---

<sup>93</sup> “Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione: approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art.13 della L. 6 marzo 1998, n°40”

Il documento riconosce la valenza strutturale del fenomeno migratorio e propone una politica di integrazione, come tentativo di “mettere gli stranieri nella condizione di vivere normalmente”. Il documento evidenzia che, per un’assistenza sanitaria efficace, sono da considerare di primaria importanza le esigenze connesse alla percezione culturale della malattia, della cura, del rapporto col proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia. Ciò, in altri termini, presuppone modalità di prestazione che rispettino le esigenze di persone appartenenti ad altre culture (es. medici donne per alcune specializzazioni, mediatori culturali, maggiore flessibilità dei servizi e orari...).

## **2.12 Le Commissioni consultive per lo studio del fenomeno migratorio**

Dopo l’approvazione della legge n°40, presso il Ministero della Sanità fu istituita una Commissione ministeriale per lo studio di problematiche relative all’emanazione del regolamento d’attuazione del testo sull’immigrazione,<sup>94</sup> con tre rappresentanti dell’associazionismo e del volontariato sanitario. Sempre nel 1998, fu istituita con D.p.c.m del 7 luglio, la Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati presso il Dipartimento per gli Affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con un ruolo consultivo per il governo.

Presso il Cnel è stato costituito,<sup>95</sup> l’Organismo nazionale di coordinamento delle politiche di integrazione sociale dei cittadini stranieri; ha il compito di:

- accompagnare e sostenere lo sviluppo dei processi locali di accoglienza ed integrazione dei cittadini stranieri, la loro rappresentanza e partecipazione alla vita pubblica;

---

<sup>94</sup> D.lgs 286/98

<sup>95</sup> Secondo quanto disposto dall’art. 42 comma 3 del T.U

- promuovere il confronto tra i soggetti istituzionali e sociali a livello locale, anche confrontandoli con realtà locali europee, al fine di individuare percorsi e modelli efficaci di intervento.

La sua composizione prevede la presenza delle Regioni, Province, ma soprattutto dei Comuni e dei maggiori servizi sociali; nonché di soggetti dei sindacati dei lavoratori e dei datori di lavoro, dell'associazionismo di tutela del volontariato e di rappresentanze degli stessi stranieri. Costituitasi nel 1999, le questioni affrontate sono state:

- promozione della rappresentanza;
- politiche per l'abitazione;
- modelli culturali e prestazioni sanitarie;
- istruzione, informazione e politiche dell'interculturalità;
- semplificazione amministrativa e sportello unico;
- formazione e impiego dei mediatori culturali.

## **2.13 L'evoluzione dei rapporti fra servizi sanitari e immigrazione nel decennio Novanta**

Le dinamiche degli anni Novanta delineano tre percorsi di cambiamento nel rapporto immigrazione-salute:<sup>96</sup>

*A. Evoluzione legata al contesto normativo:*

- un prima, quando l'assistenza era legata alla disponibilità di lavoro
- un poi, caratterizzato dal possesso del permesso di soggiorno legato alla residenza

---

<sup>96</sup> Compagnoni, D'Agostino, "Dinamiche multiculturali e servizi socio-sanitari in Italia in Italia - bioetica, diritti umani e multiethnicità", Ed San Paolo, 2003, pagina 24

- un sempre, relativo alle difficoltà di applicazione delle norme a livello nazionale e regionale

*B. Evoluzione relativa alle strutture:*

- implementazione dell'attività di cura e di tutela sociosanitaria da parte del volontariato;
- assenza della Sanità Pubblica poi sfida raccolta progressivamente dal servizio pubblico;
- incremento della presenza di lavoratori stranieri nelle strutture sociosanitarie;
- permanenza di gravi sacche d' inadeguatezza nel settore pubblico;
- tendenza incoraggiante, ma non soddisfacente, a un minore ricorso al Pronto Soccorso;
- maggiore utilizzabilità dei consultori e dei servizi di pediatria e materno-infantile.

*C. Evoluzione politico-culturale:*

- volontariato come lobby di pressione;
- cambiamento globale del paradigma di riferimento;
- percorsi pilota di strutture sociosanitarie pubbliche e innovazioni locali;
- permanenza di sacche di disinformazione sulle nuove disposizioni legislative;
- maggiore presenza dell'utenza femminile e minorile nei consultori.

## **CAPITOLO TERZO**

### **REGIONE PIEMONTE ED ENTI LOCALI. PROGRAMMI E INTERVENTI**

#### **3.1 La normativa nella Regione Piemonte**

In questo capitolo, si esamina il modo in cui la Regione Piemonte ha attuato quanto disposto dalla legislazione nazionale, per mettere in evidenza le risposte politiche date in ambito territoriale (differenziando, per comodità, le politiche regionali, da quelle provinciali e comunali) e le risposte date dai servizi sanitari, sia pubblici che privati.

Per quanto riguarda la normativa, la legge vigente in Piemonte è la n°64 del 1989,<sup>97</sup> integrata, negli anni seguenti, da Delibere e Circolari regionali. All'art. 1 viene affermato che “la Regione Piemonte...promuove iniziative, perché siano riconosciuti agli immigrati e alle loro famiglie, che risiedono nel territorio regionale, tutti i diritti, secondo i principi ispiratori della Costituzione italiana...”,<sup>98</sup> inoltre “la Consulta Regionale per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie ha il compito di...formulare proposte sul potenziamento dei servizi sociali;<sup>99</sup> segnalare alla Giunta Regionale iniziative e provvedimenti atti a soddisfare i principali bisogni in campo scolastico-linguistico, sanitario, abitativo...”.<sup>100</sup>

Si afferma, inoltre, che “la Regione...promuove, coordina e realizza...interventi organici...aventi lo scopo di: promuovere interventi socio-assistenziali a favore degli

---

<sup>97</sup> “Interventi a favore degli immigrati extracomunitari residenti in Piemonte”

<sup>98</sup> Articolo 1, comma 1

<sup>99</sup> Art. 8, punto c

<sup>100</sup> Art. 8, punto r

immigrati in condizione di bisogno;<sup>101</sup> promuovere iniziative volte a rendere effettivo il diritto all'assistenza sanitaria ed ai servizi sociali delle donne immigrate ed alla tutela della maternità";<sup>102</sup> "la Regione...attua a favore degli immigrati residenti in Piemonte, che si trovino in condizione di bisogno gli interventi socio-assistenziali di cui alla L.R 20 del 23.8.82".<sup>103</sup> La legge istituisce:

- il Servizio Movimenti migratori;
- il Fondo regionale per l'immigrazione, per attuare interventi di carattere organico e funzionale a favore degli immigrati e delle loro associazioni (legalmente costituite);
- un comitato intersettoriale, incaricato di proporre i necessari adattamenti dei provvedimenti regionali alle esigenze emergenti in tema di immigrazione; e di programmare e coordinare, nell'ambito del Piano regionale di sviluppo, tutti gli interventi nel settore.

Le competenze attuali della Regione, in materia d'immigrazione, riguardano la programmazione, il coordinamento, gli indirizzi d'intervento, il monitoraggio, la valutazione dei progetti realizzati, nonché la promozione di forme di concertazione e cooperazione tra gli Enti locali.

A livello locale, gli interventi sono demandati alle Province, che operano attraverso i Piani Territoriali di Intervento, concertati dalla Provincia stessa, unitamente ai Consigli Territoriali per l'Immigrazione. Questi ultimi, istituiti dalla L. 40/98 presso ogni Prefettura e presieduti dal Prefetto, costituiscono tavoli di concertazione finalizzati all'analisi delle esigenze e allo sviluppo d'interventi a livello locale.

Gli Assessorati esercitano funzioni di direzione e coordinamento attraverso le Direzioni Regionali, che curano lo svolgimento di attività amministrative, inerenti ad un complesso omogeneo di funzioni regionali. Nell'ambito organizzativo della Regione, è l'Assessorato alle Politiche sociali e della famiglia ha competenza diretta in materia d'immigrazione. Altri Assessorati e Direzioni hanno competenza concorrente, nella

---

<sup>101</sup> Art. 10 punto h

<sup>102</sup> Art.10, punto i

<sup>103</sup> Art. 11



misura in cui le questioni relative all'immigrazione, vengano a coinvolgere aspetti attinenti alle materie di loro competenza.

In seguito alle disposizioni contenute nella legge 40/98, è stato istituito presso la Prefettura di Torino il Consiglio Territoriale dell'Immigrazione, decentrato in Uffici Territoriali, presenti in ogni Provincia.<sup>104</sup> Tale consiglio è presieduto dal Prefetto, che ne nomina i componenti su designazione delle Amministrazioni, Organizzazioni, Associazioni ed Enti interessati.<sup>105</sup> Dal 2002, i Consigli provinciali piemontesi s'incontrano annualmente in una Conferenza Regionale, col fine di migliorare la comunicazione e il dialogo tra gli Enti, che affrontano i problemi legati all'immigrazione, analizzare i bisogni del territorio e fornire indicazioni utili alla Regione per la programmazione e per la definizione delle sue linee d'intervento. Il Consiglio si articola in 4 Gruppi di lavoro: presso l'Assessorato al Lavoro della Provincia, è stato costituito il gruppo sulle "Problematiche dell'inserimento lavorativo", presso l'Assessorato all'Assistenza della Provincia il gruppo sull' "Integrazione sociale degli immigrati"; esiste poi un gruppo per la semplificazione amministrativa delle procedure connesse al soggiorno dello straniero e uno che si occupa delle problematiche connesse alla presenza di minori stranieri non accompagnati. Il Consiglio analizza le tematiche relative alla normativa vigente, individua proposte legislative, evidenzia le priorità a livello territoriale e le eventuali necessità di risposte innovative e adeguate ai bisogni emergenti.

---

<sup>104</sup> Decreto del P.del Consiglio dei Ministri del 18/12/98, in ottemperanza dell'art.3 della L. 40/98

<sup>105</sup> Art.57, comma1, P.D.R 31/8/ 99, n 394.

### 3.2 Gli obiettivi regionali

La legge n°40,<sup>106</sup> aveva previsto la redazione di un documento programmatico per il triennio 2001-2003,<sup>107</sup> relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato. Tra gli obiettivi più rilevanti figuravano: la tutela della propria cultura; l'istituzione di sportelli informativi; la formazione specifica degli operatori a diretto contatto con l'utenza straniera; la presenza di mediatori culturali, che favoriscano l'accesso ai servizi; nonché la semplificazione delle procedure amministrative; informazione e orientamento sui servizi pubblici, procedure burocratiche e istituzioni italiane; la diffusione delle informazioni, relative alla tutela anti-discriminazione; una campagna di sensibilizzazione e informazione sulle mutilazioni genitali femminili.

Con il "Programma triennale degli interventi a favore degli immigrati extracomunitari",<sup>108</sup> secondo quanto disposto dall'art. 45 del T.U, si è istituito un Fondo Nazionale per le Politiche Migratorie disponibile per le Regioni che intendono usufruire di finanziamenti nell'attuazione di progetti mirati. Esse devono comunicare al Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, i programmi annuali o pluriennali che intendono realizzare nell'ambito delle politiche per l'immigrazione.<sup>109</sup>

Il documento di programmazione degli interventi triennali in Piemonte ha istituito l'"Osservatorio sull'immigrazione straniera in Piemonte", la cui realizzazione è affidata all'IRES. La presenza degli immigrati nel territorio piemontese, ha infatti raggiunto le 100.000 presenze, all'inizio del 2001, e ciò determina la necessità di una conoscenza approfondita e sistematica dei movimenti migratori, e dei fenomeni sociali ad esso legati, al fine di permettere un'efficace azione di governo locale. L'Osservatorio IRES fornisce analisi e informazioni sui movimenti migratori in Piemonte e sulle condizioni di presenza, vita, lavoro degli stranieri, nonché sui processi d'integrazione nella società locale e delle

---

<sup>106</sup> 6 marzo 1998, articolo 3

<sup>107</sup> D.P.R 30/3/2001

<sup>108</sup> Approvato il 19 settembre 2001, con deliberazione n° 209- 354111

<sup>109</sup> Art. 59 del Regolamento di attuazione n° 394/ 99

politiche d'integrazione e inserimento attuate; supporta l'attività della Regione e collabora con i vari organismi territoriali che intervengono in materia.

Gli obiettivi che la Regione si è posta perseguono finalità generali d'integrazione quali:

- favorire l'apprendimento della lingua italiana, e la conoscenza delle normative nazionali e regionali, per diffondere una cultura della legalità;
- promuovere la formazione degli operatori che hanno rapporti abituali con stranieri e/o esercitano competenze rilevanti in materia di immigrazione;
- sostenere le iniziative tese a promuovere la diffusione delle informazioni e la conoscenza delle politiche dell'immigrazione;
- mantenere iniziative a sostegno della maternità e dell'infanzia.

Le risorse disponibili vengono ripartite alle Province, secondo i seguenti indicatori:

- popolazione residente per provincia;
- immigrati residenti per provincia;
- presenza di alunni stranieri negli istituti scolastici.

Le province predispongono annualmente un proprio piano progettuale, coinvolgendo il Consiglio Territoriale per l'Immigrazione, gli Enti locali, le istituzioni scolastiche, il privato sociale e le realtà operanti nel settore.

La linea politica scelta dalla Regione Piemonte è quella di un continuo confronto, coinvolgimento delle parti sociali e utilizzo ottimale delle risorse disponibili al fine di “realizzare non solo una convivenza pacifica, ma anche una società armoniosa che offra possibilità di sviluppo e di realizzazione ad ognuno”.<sup>110</sup> Per quanto concerne i finanziamenti ai programmi regionali, il finanziamento nazionale per l'attuazione d'interventi in materia di immigrazione nel 2001, è stato di circa 5 miliardi di lire; il Fondo Nazionale per le Politiche Immigratorie è stato incrementato, per lo stesso anno, con somme provenienti dall'INPS e derivanti da un contributo<sup>111</sup> soppresso. Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha ripartito le suddette risorse tra le Regioni, che hanno aderito all'iniziativa di promuovere programmi per l'integrazione degli immigrati.

---

<sup>110</sup> *Assessore alle Pol. Soc. della regione Piemonte atti della conferenza 10/2/2003.*

<sup>111</sup> *Previsto dalla L. 943/86*

Su questa base il presidente della Giunta Regionale piemontese ha sottoscritto un Accordo col Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali,<sup>112</sup> col quale è stato istituito un Tavolo Unico Regionale, quale strumento consultivo e di monitoraggio per la realizzazione dell'accordo. I settori d'intervento individuati dal progetto sono:

- formazione del personale della Pubblica Amministrazione;
- utilizzo di mediatori interculturali nelle strutture pubbliche;
- realizzazione di strumenti di informazione per cittadini stranieri e per operatori del settore.

In base all'Accordo sottoscritto con il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali e Previdenziali, la Regione Piemonte ha ricevuto, per l'anno 2003, un finanziamento di 1.3 milioni di euro, per la sperimentazione di nuovi modelli d'intervento (coerenti con la politica d'integrazione sociale), e rivolti al miglioramento del rapporto tra i cittadini stranieri e le pubbliche amministrazioni. Particolare importanza è stata data all'aggiornamento professionale del personale della Pubblica Amministrazione sui temi legati all'immigrazione, all'utilizzo di mediatori interculturali che affiancano gli operatori nelle strutture pubbliche, alla realizzazione di strumenti d'informazione per i cittadini stranieri e per gli operatori del settore. La Direttiva regionale, "Adeguamento delle competenze della Pubblica Amministrazione", destinata al personale direttamente o indirettamente operante con gli immigrati regolari, prevede interventi formativi volti a favorire l'integrazione tra i servizi del lavoro e delle politiche sociali.

---

<sup>112</sup> Ratificato con D.G.R n°69- 5978 del 7.5.2002

### 3.3 Il Piano Sanitario Regionale

La legge regionale di Piano Sanitario n°61<sup>113</sup> fa esplicito riferimento all'assistenza sanitaria per gli stranieri quali destinatari di progetti-obiettivo e azioni programmate dal Piano Sanitario Regionale. Il Piano “persegue, quale obiettivo prioritario, la tutela della salute ed il miglioramento della qualità della vita, attraverso lo sviluppo di una rete di servizi sull'intero territorio regionale, finalizzata all'incremento quantitativo e qualitativo delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione”. La necessità di rendere più fruibili per i cittadini i servizi la qualità della vita dei cittadini viene estesa anche agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio.<sup>114</sup>

Dal punto di vista dell'organizzazione di tutela, è interessante rilevare come nella Carta dei Diritti del Cittadino in Piemonte,<sup>115</sup> le linee guida che il servizio sanitario piemontese dovrebbe rispettare, includono gli stranieri. Tra gli altri è proclamato il diritto di vedere riconosciuta la propria specificità, derivante dall'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura e dalla religione e a ricevere, di conseguenza, trattamenti differenziati, a seconda delle diverse esigenze. “Diritto alla differenza” significa adattamento dei servizi alle esigenze dell'utenza, ossia diritto del cittadino straniero ad essere assistito nel rispetto della sua cultura di appartenenza, e non essere ostacolato, per motivi burocratici legati alla mancanza di certificazioni del paese di provenienza nell'accesso alle cure sanitarie. Per una tutela effettiva di tale diritto, si chiede agli attori che erogano servizi sanitari di:

- garantire a tutti (con particolare attenzione a coloro che presentano difficoltà, derivanti da lingua, età, condizioni di handicap o disagio economico-sociale) la possibilità di accedere al servizio;

---

<sup>113</sup> 12-12-1997 “Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999”

<sup>114</sup> Art.14

<sup>115</sup> Redatta dalle sedi piemontesi di Cittadinanza attiva e del Tribunale per i diritti del malato e approvata il 14 giugno del 2002.

- prevedere, in collaborazione coi mediatori culturali, degli strumenti informativi, di accoglienza e di facilitazione all'accesso della struttura sanitaria.

Per fare questo le attività proposte si concentrano, soprattutto, nella raccolta informatizzata dei dati socio-anagrafici e sanitari, nella formazione di operatori e mediatori culturali e nella divulgazione di materiale educativo.

### **3.4 Altri interventi regionali a favore della salute degli immigrati**

Già nel 1987 era stata istituita la Consulta Regionale per l'Immigrazione e l'Emigrazione presso la Giunta regionale,<sup>116</sup> con l'obiettivo di favorire l'inserimento nelle comunità nazionali e regionali degli stranieri immigrati; effettuare studi, indagini e ricerche, relativi al fenomeno migratorio; sostenere l'attività delle Associazioni degli stranieri. Detta consulta predispose iniziative per la formazione e la riqualificazione professionale dei lavoratori stranieri immigrati e dei lavoratori rimpatriati, nonché corsi di lingua italiana per gli stranieri; iniziative culturali a favore degli immigrati; contributi alle associazioni di emigrati e immigrati per finanziare specifici interventi. E' stata altresì emanata una delibera<sup>117</sup> in favore dei lavoratori extracomunitari e dei loro familiari in merito all'iscrizione all'anagrafe; una videorivista sulle problematiche dell'immigrazione extracomunitaria è curata dall'Assessorato al Lavoro e Immigrazione.

Nel 1995 si è costituita la più specifica Commissione Regionale per la Promozione della Salute in Piemonte.<sup>118</sup> Ad essa si deve lo studio "Gli stranieri immigrati e il sistema sanitario nella regione Piemonte: raccomandazioni per le politiche sanitarie".

Nella seconda metà degli anni novanta la Regione Piemonte ha sostenuto, con propri contributi, la realizzazione di alcuni progetti promossi dal Comune di Torino, di rilevanza sanitaria.<sup>119</sup>

---

<sup>116</sup> L.R. 9/01/87, n 1

<sup>117</sup> DRG 123-31123 del 22.8.89

<sup>118</sup> DGR 10- 42504 del 16.1 95

In particolare il progetto “Tampep”, rivolto alle donne straniere nella prostituzione. L’obiettivo primario riguardava la divulgazione di informazioni sanitarie, finalizzate a prevenire la diffusione dell’AIDS e delle malattie a trasmissione sessuale; e il progetto “Camminare Insieme” realizzato da un’associazione di volontari socio-sanitari che, per offrire assistenza sanitaria gratuita a favore degli indigenti, tra cui gli immigrati, ha attivato un poliambulatorio, con sede a Torino, dove offre servizi d’odontoiatria, medicina di base, ginecologia, dermatologia, cardiologia, pediatria.

Le ASL, facendo capo alle Regioni, hanno attivato progetti di assistenza a favore dei soggetti temporaneamente presenti e dei nomadi: attraverso la creazione dei centri ISI; l’inserimento di mediatori culturali, da affiancare agli operatori sanitari; progetti di sostegno alle gravidanze e alla prima infanzia, e di informazione sulle IVG; visite domiciliari e ai campi nomadi. Il Settore d’Educazione Sanitaria dell’A.S.L.1, ha istituito una sezione del Centro di Documentazione sul problema “Salute e Immigrazione”.

Negli ultimi anni, si sono sperimentati servizi di tipo specialistico, indirizzati specificatamente a pazienti stranieri: l’Ambulatorio Immigrati dell’Ospedale Amedeo di Savoia dell’A.S.L. 3, specializzato in materie infettive, ed il Centro Frantz Fanon dell’A.S.L. 1 dedicato alle patologie di tipo psichiatrico collegate al processo migratorio, rappresentano due esempi assai significativi.

---

<sup>119</sup> L.R. 64/89- programma 1995-

### 3.5 Due nuovi servizi mirati all'interno del SSR

#### a) I Centri I.S.I

Nel 1997, la Regione Piemonte ha previsto di istituire dieci Centri Informazioni Salute immigrati (I.S.I),<sup>120</sup> presso altrettante Aziende Sanitarie regionali.

Tali Centri svolgono in generale funzioni di:

- informazione, educazione sanitaria, formazione permanente;
- accoglimento delle dichiarazioni di identità e domicilio degli stranieri che fanno domanda di assistenza (la dichiarazione ricevuta dall'I.S.I è considerata condizione "sufficiente ed indispensabile" per la fruizione delle prestazioni);
- accertamento medico e invio alla struttura sanitaria competente, con l'indicazione della eventuale esenzione del pagamento ticket, per patologia o per reddito;
- registrazione di dati e redazione statistiche.

Nel corso del 1999 e 2000, i Centri sono stati attivati in ogni Provincia. Per la città di Torino, sono ubicati presso la A.S.L 1, dove il centro è stato aperto fin dal 1992 per iniziativa autonoma della stessa A.S.L ed ha costituito il modello per la sperimentazione regionale, nella ASL 2 e nella A.S.L 4.

I principali compiti operativi dei Centri I.S.I riguardano:

- l'organizzazione dell'erogazione di prestazioni: accoglienza, assistenza medica di base, e invio ai servizi territoriali e specialistici ospedalieri;
- la prescrizione di cure e medicinali;
- la collaborazione con il dipartimento infantile per la prima infanzia;
- l'informazione sull'accessibilità ai servizi;

---

<sup>120</sup> *Delibera regionale n° 56-10571 del 15/ 7/97 con cui è stato approvato l'Allegato contenente "Disposizioni di attuazione dell'art. 13 D.L 17.5.96, N.269- Misure organizzative e modalità operative per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria a stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale"*



- la raccolta e trasmissione dei dati epidemiologici ed economici;
- i rapporti con le associazioni di volontariato.

In ogni centro vi è un programma di elaborazioni statistiche, impostate e fornite direttamente dall'Assessorato Regionale alla Sanità, per ottenere una raccolta di dati omogenea ed elaborare dati anagrafici e statistici, che permettano di individuare le principali prestazioni erogate, nonché esigenze e richieste degli utenti stranieri. L'attività dei Centri monitorata costantemente è oggetto di valutazione in sede di coordinamento regionale, che promuove il raccordo dei Centri, organizza i flussi informativi, valuta sia il progetto d'avvio per l'erogazione dei finanziamenti previsti, che le fasi di realizzazione del progetto. In questa attività la Regione è coadiuvata da una Commissione costituita ad hoc, con compiti tecnico-consultivi e propositivi. Nel 1997 il contributo iniziale, da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, fu di 50 milioni di lire per ogni centro, i progetti approvati inizialmente furono 9.

I Centri attivi sono attualmente 11, di cui 5 nella provincia di Torino: tre nel capoluogo (A.S.L. 1, 2, 4) e due nell'area metropolitana (ASL 5 e ASL 8); gli altri centri si trovano a Vercelli, Borgomanero, Novara, Domodossola, Omegna, Cuneo, Asti. Nell'anno 2002 sono stati registrati diecimila passaggi; il dato confermato per il 2003 si aggira intorno ai 10.400 passaggi per: visite, richieste e controlli esami, consulenze sanitarie, emissione del codice STP, richiesta di consulenza presso i mediatori culturali. Questi dati, dimostrano che i centri ISI hanno perso il loro iniziale carattere sperimentale, diventando una realtà consolidata e punto di riferimento per molti stranieri.

I Centri, previsti come porta di accesso al SSN per gli stranieri “temporaneamente presenti”, e perciò privi della possibilità di iscriversi al SSN, si avvalgono dell'opera di mediatori culturali, selezionati in base alle etnie maggiormente rappresentate ed alle principali lingue veicolari.

## **b) L'Ambulatorio Migrazione Salute**

Il nesso fra immigrazione e patologie infettive ha destato negli operatori dei servizi molti allarmi sociali. Le infezioni HIV e le malattie sessualmente trasmissibili rappresentano un importante problema di sanità pubblica, soprattutto nella popolazione immigrata priva di tessera sanitaria ma anche per il resto della popolazione. In seguito alla crescente richiesta di accertamenti di patologie infettive da parte delle persone più deboli, nel 1994 è stato avviato, presso l'Ospedale Amedeo Savoia, l'Ambulatorio Migrazione Salute (Mi.Sa.), diretto a persone immigrate, regolari e non, con patologie infettive.

Gli obiettivi dell'Ambulatorio erano:

- garantire assistenza adeguata a tutti i cittadini stranieri che si presentano al centro con patologia infettiva;
- valutare i fattori di rischio correlati all'infezione HIV e/o alle malattie sessualmente trasmesse;
- implementare un programma di educazione sanitaria, per prevenire il rischio di infezione HIV/MST;
- valutare la comprensione, l'aderenza ai controlli e alle terapie.

Per offrire una risposta di tipo transculturale al bisogno di salute degli immigrati, il personale sanitario è affiancato da mediatori culturali, provenienti dall'area geografica delle popolazioni più rappresentate (paesi arabi e Africa subsahariana) ed è formato per effettuare counseling pre e post test HIV. Poiché i problemi legati a patologie infettive di questo tipo sono, per lo più correlati a problemi di carattere sociale, ed alle abitudini di vita che coinvolgono, direttamente o indirettamente, l'ambito della prevenzione (gravidanza nella donna sieropositiva, prostituzione, violenza sessuale), i mediatori si occupano di trovare delle risposte anche alle problematiche contingenti mantenendo un filo diretto con altre istituzioni (Ufficio Stranieri, Ufficio Minori Immigrati, Consultori, Centri specialistici di altri ospedali) e con le Associazioni del privato sociale. Dall'istituzione del servizio nel '94 fino al 2000, i passaggi sono stati circa 900, oggi sono in aumento poiché si calcolano circa una decina di visite al giorno.

I pazienti che accedono all'Ambulatorio, provengono principalmente dall'Africa subsahariana e dall'Europa dell'Est. In questi anni è incrementato il numero di donne che accedono al servizio, fenomeno dovuto all'aumento generale della presenza femminile nell'area torinese in seguito ai ricongiungimenti familiari, e all'aumento nella prostituzione di donne provenienti, in particolar modo, dalla Nigeria.

### **3.6 Gli interventi degli Enti locali: le linee guida della Provincia di Torino**

Il ruolo assunto dalla Provincia e dal Comune, all'interno degli interventi in materia d'immigrazione, esplica una attività multisetoriale, rivolta:

- alla promozione d'interventi socio-assistenziali, nella accezione più vasta;
- alla cooperazione con le associazioni etniche, al fine di trovare giuste risposte ai bisogni degli immigrati;
- all'avvio di politiche multiculturali, attraverso la formazione di operatori dei settori pubblici, che entrano in contatto con la nuova utenza; l'introduzione di figure nuove all'interno dei servizi già esistenti; la riorganizzazione dei servizi e la messa in atto di politiche di rete.

Nell'ambito delle politiche sanitarie, il ruolo della Provincia e del Comune non è diretto come quello della Regione, ma s'inserisce in un ampio quadro, che implica diversi attori e varie problematiche (abitazione, inserimento scolastico, inserimento lavorativo, reinserimento sociale, accompagnamento solidale, promozione culturale). I due Enti si danno l'obiettivo di favorire la promozione di interventi mirati, che agevolino il percorso dello straniero evitando discriminazioni nell'accesso e fruizione dei servizi.

Come detto, la Regione Piemonte, nell'ambito del programma triennale d'interventi in materia d'immigrazione extracomunitari, ripartisce e trasferisce alle Province

piemontesi i fondi previsti dalla legge.<sup>121</sup> Per l'anno 2004 ha previsto l'assegnazione ed erogazione di circa 2 milioni di euro da destinare alle Province;<sup>122</sup> alla Provincia di Torino è stato destinato circa 1 milione di euro. Per l'utilizzo di tali fondi la Provincia si è dotata di proprie "Linee guida per l'attuazione del programma provinciale per le politiche, concernente l'immigrazione". Per la gestione del Piano e delle risorse connesse, si è distinta una quota per il finanziamento di progetti presentati in risposta a bando pubblico, da parte di Associazioni, Comuni, Comunità Montane, Consorzi, Scuole ed ASL, ed una quota per la realizzazione di progetti presentati dall'Ente stesso.

La Provincia di Torino, nell'anno 2002, ha orientato la sua politica verso due obiettivi principali:

- lotta ai processi di emarginazione che possono colpire cittadini migranti, soggiornanti e residenti nel territorio provinciale;
- sostegno al processo di integrazione.

Ne deriva una lista di interventi che hanno i seguenti obiettivi:

- favorire l'accesso ai servizi, e migliorare la fruibilità delle prestazioni (attraverso divulgazione di informazioni, mediatori culturali, sportelli d'informazione, incoraggiamento del partenariato tra diversi attori);
- rafforzare la competenza linguistica dei migranti, e in particolare lo svantaggio educativo dei minori;
- sostenere il processo di integrazione scolastica dei minori stranieri;
- combattere i processi di esclusione e le forme di discriminazione, nell'accesso alla casa, al lavoro, all'istruzione, ai servizi socio-sanitari;
- guidare percorsi di legalità e di reinserimento dei minori stranieri coinvolti in circuiti di devianza e delle donne vittime della tratta;
- diffondere la conoscenza delle condizioni sociali dei cittadini migranti, nelle realtà locali e delle difficoltà nei processi di integrazione fra autoctoni e alloctoni;

---

<sup>121</sup> Art. 45 del D. Lgs 286/98 e art.59 del D.P.R 394/99

<sup>122</sup> Determinazione n.320/2003

- aggiornare la formazione degli operatori che operano all'interno del servizio pubblico e del terzo settore, al fine di sviluppare comuni percorsi d'azione e migliorare il coordinamento.

L'accesso alle informazioni è considerato uno dei punti prioritari delle "Linee guida sull'immigrazione", sottolineato anche nell'ambito dei lavori del Consiglio Territoriale dell'immigrazione della Provincia di Torino. Sono stati individuati come prioritari i seguenti strumenti:

- servizio di mediazione culturale, presso i principali servizi e punti di accesso informativi, cui si rivolgono i cittadini stranieri;
- finanziamento di informazione "via radio", che prevede trasmissioni giornaliere e approfondimenti settimanali, con notizie riguardanti il mondo dell'immigrazione, sia in italiano che in traduzione;
- predisposizione di una rubrica-guida riepilogativa degli indirizzi dei servizi pubblici e del volontariato, per l'accoglienza, l'inserimento socio-culturale, il lavoro ecc.<sup>123</sup>

La Provincia ha finanziato sportelli di mediazione presso i servizi dei comuni e dei consorzi socio-assistenziali, le scuole, e le ASL. È stato realizzato un manuale/glossario, ad uso dei mediatori culturali che operano presso i servizi pubblici, disponibile sul sito del Progetto Atlante. Per l'anno 2004, sono state finanziate 78 iniziative, soprattutto nell'area metropolitana, dove si concentra la maggioranza della popolazione straniera soggiornante nella Provincia.

---

<sup>123</sup> Tali attività sono realizzate dalla Provincia nell'ambito dei finanziamenti della L.40/98.

### 3.7 I progetti della Provincia nel 2003-2004

Nell'anno 2003, sono stati presentati e finanziati 35 progetti, che dimostrano la capacità di leggere le trasformazioni territoriali e di cogliere l'evoluzione del fenomeno. Progetti e iniziative specifiche sono stati avviati ad opera del Servizio Lavoro della Provincia e dal Servizio Formazione Professionale provinciale. Il Piano provinciale evidenzia come la città di Torino e la prima cintura, rappresentino un polo d'attrazione per gran parte degli stranieri; soprattutto, in quest'area che si concentrano i progetti e gli interventi, con azioni che si diversificano, passando da una logica di emergenza e di prima accoglienza ad una di integrazione. "La società d'accoglienza è chiamata a passare da una logica di risposta con servizi specificatamente dedicati all'emergenza stranieri ad una logica di servizi rivolti a tutti e all'universo migrante"...attuando un'azione"che si articola su piani differenti e plurimi, che richiede la capacità di predisporre interventi in linea con una logica multiculturale e che sappia evitare processi di segregazione e marginalità...non dimenticando coloro che sono ancora da tutelare.

Nel processo di trasformazione della relazione tra cittadini e stranieri, si modificano le richieste, necessità, il rapporto tra popolazione residente e i servizi pubblici offerti. In questa relazione s' inserisce la scuola, ma anche i servizi sanitari, l'associazionismo e il volontariato...non più per gestire l'emergenza, ma per evitare che mancate attenzioni, mancate riconversioni non trasformino l'ordinario in emergenza".<sup>124</sup>

Gli interventi per il 2003, si attuano in diversi ambiti:

- famiglia: bisogni delle nuove famiglie, delle madri sole con bambini, dei padri soli con adolescenti, delle famiglie ricongiunte e miste;
- scuola: aggiornamenti sul fronte della didattica e della metodologia, per adeguare l'offerta educativa alle nuove classi multiculturali. Sono previste attività di supporto linguistico e scolastico per gli studenti, incontri e coinvolgimento dei genitori;

---

<sup>124</sup> Provincia di Torino "Linee guida per l'attuazione del programma provinciale per le politiche d'integrazione concernente l'immigrazione" 2003

- attenzione a tre gruppi specifici di migranti: minori non accompagnati, donne vittime della tratta, richiedenti asilo

Nel campo sociosanitario sono previste attività di avvicinamento e accompagnamento, indirizzate a migliorare la fruibilità dei servizi, nonché a contrastare forme di marginalità e di emarginazione. Tra le iniziative più significative figurano le seguenti:

- il progetto “Antares 3- un’opportunità per uscire dalla prostituzione”, che riguarda i minori e le donne vittime della tratta (promosso dall’Associazione Tampep);
- la Società Cooperativa Senza Frontiere, ha proposto un’attività di formazione rivolta al personale operativo, per l’aggiornamento legislativo in tema di immigrazione;
- l’ampliamento del servizio di accoglienza notturna ai cittadini stranieri che non hanno fissa dimora, con particolare attenzione alle madri con minori, da parte del Volontariato Vincenziano-Servizi per i senza fissa dimora.

Per quanto riguarda invece gli obiettivi di promozione e sensibilizzazione culturale, i progetti avviati nel 2003 riguardano:

- la redazione e la stampa di un periodico, a cadenza bimestrale in lingua filippina (la comunità filippina nella Provincia di Torino conta 1.583 soggiornanti)<sup>125</sup>
- l’organizzazione di uno spazio culturale (Associazione Gentes), con la possibilità di consultare quotidiani, testi, riviste;
- l’Ufficio per la Pastorale propone di raccogliere materiale riguardante i paesi di origine delle maggiori comunità presenti nel territorio, e metterlo a disposizione delle scuole, studenti ed operatori, come preparazione di un laboratorio di studio sulle migrazioni e sull’intercultura, disponibile anche via web.

Si concentrano nella città di Torino gli interventi aventi carattere emergenziale, rivolti soprattutto alle donne (vittime della tratta o madre sole con bambini) e ai minori non accompagnati o inseriti in percorsi di devianza.

---

<sup>125</sup> *Dati del 2001 forniti dal Ministero dell’Interno*

I progetti attuati riguardano:<sup>126</sup>

	Attività informative	Sostegno alla genitorialità	Attività rivolte ai minori	Attività di integrazione sociale	Attività di 1^ accoglienza
Torino	SI	SI	SI	SI	SI
Area Metropolitana	SI	SI	SI	SI	NO
Canavese	SI	SI	SI	SI	SI
Pinerolese	SI	SI	SI	SI	NO

Per quanto riguarda le risorse disponibili su base provinciale, una parte dei finanziamenti è stata destinata ai vincitori del bando pubblico annuale, in materia di interventi a favore degli extracomunitari, un'altra alla Provincia stessa, per la promozione e il coordinamento di iniziative ritenute di notevole interesse provinciale e rivolte al territorio di propria competenza.

Nell'anno 2004 sono pervenute alla Provincia 115 domande, così suddivise per tipologie di soggetto presentatore:

	CONTRIBUTO RICHIESTO	%SUL TOTALE
Comune di Torino	512.070,16	12.0
Comuni della Provincia	297.093,45	7.0
Consorzi ed Enti gestori	428.194,74	10.0
Asl	153.914,8	3.6
Scuole	316.813,2	7.4
Associazioni	2.247.518,09	52.4
Ass.datoriali/ sindacali	318.230	7.4
<b>Totale</b>	<b>4.273.798,44</b>	<b>100.00</b>

<sup>126</sup> Provincia di Torino "Linee guida per l'attuazione del programma provinciale per le politiche di integrazione concernente l'immigrazione per l'anno 2004"



L'ammontare totale dei contributi richiesti è quattro volte superiore, rispetto alle risorse disponibili (1.137.725,55); per questo sono stati finanziati solo 78 progetti, la cui incidenza è maggiore nell'area metropolitana, dove si concentra per lavoro, studio, residenza la maggioranza della popolazione straniera.

### **3.8 I progetti provinciali per la divulgazione informativa dei servizi**

La conoscenza delle norme, delle regole e delle prassi che governano la presenza del cittadino straniero sul territorio italiano e disciplinano il rapporto con i servizi, costituisce l'elemento necessario e indispensabile per una piena realizzazione del processo d'integrazione. Numerosi Comuni del territorio, segnalano una carenza d'informazione relativa all'uso e orientamento, nel sistema dei servizi e della burocrazia, da parte di cittadini stranieri, che arrivano da contesti in cui il rapporto con i servizi (in genere) e la Pubblica Amministrazione, è estremamente diverso. Le informazioni di cui dispongono gli immigrati, hanno un'ovvia ricaduta nell'accessibilità e fruibilità dei servizi, e assumono una rilevante importanza nei casi in cui, l'accesso tempestivo e corretto, si coniuga con la salvaguardia di diritti primari (salute, istruzione, casa, lavoro).

Per questo, negli ultimi anni, si è cominciato a divulgare materiale informativo sui servizi presenti nella città, sulla normativa italiana e sull'inserimento scolastico, redatto da varie Associazioni e ASL. Anche da internet è possibile ottenere informazioni, utili agli stranieri, sul sito web del Progetto Atlante della Provincia; su quello degli uffici della Questura; sul sito dei vari Ministeri; sul sito dell'Osservatorio Regionale sull'immigrazione e su quello dell'Ufficio Territoriale del Governo. La Provincia ha partecipato in qualità di partner al progetto ideato dal FMCU (Federazione Mondiale Città Unite), finanziato dalla Comunità Europea.

Il progetto promuove la costituzione di una rete europea di poteri locali contro la discriminazione, in riferimento a quanto enunciato dall'art.13 del Trattato di Amsterdam,

e si propone di fronteggiare tutte le forme di discriminazione, fondate sulle differenze di sesso, razza, handicap, religione, età e tendenze sessuali. Con il contributo di tutti i partners è stato costruito un sito web, il SITO 13, in tre lingue (italiano, francese, inglese) contenente informazioni sulla lotta alla discriminazione. Il progetto, conclusa la parte di collaborazione con l'UE, è finanziato, attualmente, esclusivamente dalla Provincia di Torino. L'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Piemonte, nell'ambito dell'accordo con il Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali, ha realizzato, in collaborazione con operatori e tecnici di diversi settori coordinati dalla Direzione Politiche Sociali, una guida d'informazione e d'aiuto nell'accesso ai servizi rivolta agli stranieri: "Vivere in Piemonte". E' realizzata in nove lingue (albanese, arabo, cinese, francese, inglese, italiano, spagnolo, rumeno, russo), in base alle maggiori presenze sul territorio regionale, ed è distribuita a livello provinciale.

### **3.9 Le iniziative del Comune di Torino**

L'evoluzione della presenza straniera nell'area torinese è stata seguita (seppur lentamente) dalla predisposizione da parte comunale di servizi mirati. I primi interventi erano dettati da logiche di emergenza e provvedimenti "tampone", con servizi ad hoc per l'utenza straniera, successivamente si amplia lo spazio di servizi comuni e indirizzati verso una politica d'integrazione.

L'impegno dichiarato dell'Amministrazione comunale si è concentrato in tre direzioni principali:

- "servizi ponte", verso l'utilizzo di risorse, e servizi per "tutti";
- convenzione e intese istituzionali, per supplire alle carenze della legislazione nazionale verso le fasce deboli (ad esempio i minori);
- attivazione di progetti intersettoriali.

L'attività dell'Amministrazione comunale, come già di quella regionale prevede interventi per gli immigrati in diversi ambiti:

- scuola e intercultura;
- tutela dei minori;
- formazione professionale;
- salute;
- inserimento lavorativo;
- prima accoglienza e abitazione;
- attività sociali ispirate al multiculturalismo ed all'interazione tra culture diverse;
- riconoscimento del diritto di partecipazione della popolazione immigrata alla vita politica della città.

La rete dei servizi per l'immigrazione a Torino<sup>127</sup> mostra una configurazione di un "quadrilatero di uffici", con quattro vertici: l'Ufficio Stranieri che rappresenta il punto centrale di riferimento per gli attori pubblici e privati;<sup>128</sup> l'Ufficio Mondialità Stranieri e

---

<sup>127</sup> Ministero dell'Interno e Istituto Psicoanalitico per le Ricerche sociali " Immigrazione e contesti urbani , il caso di Torino " 1997, Progetto TRE-IND: immigrazione, identità, imprenditorialità in ambienti urbani diversi. Iniziativa Comunitaria Adapt/Occupazione cofinanziata dal Fondo Sociale Europeo e dal Fondo di Rotazione, pagina 95

<sup>128</sup> Sul piano organizzativo, la prima risposta al fenomeno da parte del Comune è stata la creazione, nel 1982, dell'Ufficio Stranieri e Nomadi, come primo interlocutore delle esigenze degli immigrati (regolarizzazioni, informazioni e supporto per la prima accoglienza e l'inserimento sociale), un sostegno alle associazioni auto-organizzate e un referente sul fenomeno. Non si tratta di un centro per la diretta erogazione dei servizi, ma di uno sportello d'informazioni per gli stranieri, su "come muoversi nella città". L'Ufficio Stranieri si rivolge agli stranieri adulti, regolarmente soggiornanti nella città, e le sue funzioni riguardano:

- l'offerta di informazioni e consulenze su diritti, doveri e procedure previste dalla normativa vigente;
- la documentazione sul fenomeno migratorio;
- l'accoglienza ed ascolto della domanda;
- i progetti di protezione, tutela ed autonomia degli stranieri regolarmente soggiornanti, ma privi di residenza in città (vittime della tratta, apolidi, richiedenti asilo, rifugiati);
- la promozione delle risorse territoriali;
- la partecipazione attiva ai processi di sviluppo sociale, attraverso l'attuazione di programmi di prevenzione, rivolti a ridurre i rischi del disagio sociale;
- l'analisi delle caratteristiche del fenomeno migratorio, individuando le aree di emergenza e cooperazione con le agenzie sociali, i soggetti istituzionali, e i servizi sociali territoriali per la loro soluzione;

Nomadi, l'Ufficio Minori Extracomunitari, il Centro Interculturale. Sono coinvolti quattro assessorati: Sviluppo sociale e lavoro, Sistema educativo, Servizi sociali e rapporti con le ASL, Risorse culturali. Il sistema coinvolge una fitta rete di attori e implica, da parte, dell'Amministrazione comunale, un apporto su più livelli: progettuale, organizzativo, gestionale, finanziario.

### **3.10 La salute degli stranieri : i principali servizi sanitari offerti dalla Città di Torino**

Sul versante dell'assistenza sanitaria sono state le strutture del volontariato e del privato sociale a rispondere, per prime, all'esigenza di salute degli stranieri "temporaneamente presenti", operando in convenzione con l'Amministrazione comunale. Successivamente la città ha promosso servizi istituzionali a gestione pubblica, diretta e indiretta. La mappa mostra una presenza assai significativa di strutture e servizi del privato sociale che garantiscono l'accesso gratuito sia a immigrati residenti, che non in regola col permesso di soggiorno.

Le associazioni di volontariato, con proprie strutture e risorse, e avvalendosi del supporto di Enti privati, offrono possibilità di prestazioni sanitarie di base e specialistiche, spesso in raccordo con i centri ISI e/o con altre strutture pubbliche. Nonostante la varietà dell'offerta, essa appare frammentata e poco coordinata.

- 
- *la messa a fuoco delle problematiche sulle quali intervenire, in modo prioritario, con specifici progetti e con particolare riguardo alle persone, che non accedono di propria spontanea volontà ai servizi.*

*Nel 1990, presso l'Assessorato all'Istruzione, nasce l'Ufficio Mondialità, Stranieri e Nomadi, allo scopo di promuovere, in un'ottica interculturale, l'inserimento scolastico e sociale dei ragazzi stranieri. Il Comune sigla una Convenzione con il Provveditorato agli Studi e la Regione, per facilitare l'ingresso alla scuola dell'obbligo. Da tale collaborazione nasce, nel 1992, il CIDISS (Centro Informazione Documentazione Inserimento Scolastico Stranieri). Nello stesso anno, si stipula un'Intesa tra l'Amministrazione comunale, la Questura e l'autorità giudiziaria minorile per tutelare i diritti dei minori stranieri.*

Esistono, pochi contatti tra la rete pubblica dei servizi sanitari e del privato sociale che si ripercuote sulle qualità e sovrapposizione del servizio stesso. Le Associazioni del volontariato sopperiscono soprattutto alle carenze del settore pubblico, dal quale vengono contattate per rispondere ad esigenze di assistenza che l'Ospedale o la ASL, non sono tenute, o non sono in grado comunque di soddisfare. Non esiste alcuna collaborazione operativa per quanto riguarda il tipo di prestazioni erogate, la formazione degli operatori e soprattutto la messa in atto di progetti comuni, capaci di diversificare e migliorare il livello complessivo. La mappa dei servizi attualmente esistente è quindi la seguente:

#### **A. Assistenza sanitaria**

- **Sportello I.S.I** via San Domenico 22, aperto dal lunedì al venerdì dalle 15.00 alle 19.00. In convenzione con la ASL 1, gestito dalla Cooperativa Senza Frontiere e con la ASL 2 e 4, offre visite mediche in loco con prestazioni sanitarie; presenza di mediatori culturali stranieri e del medico generico negli orari di apertura, sportello informativo del servizio sanitario per gli immigrati.
- **Ambulatorio Croce Rossa** via Bologna 171.
- **Ambulatorio Medico Infermieristico SER.MI.G** piazza Borgo Dora 61; aperto lunedì, martedì, giovedì e venerdì ,dalle ore 17.00 alle ore 20.00. comprende sette ambulatori specialistici, una farmacia, due studi dentistici, un piccolo laboratorio d'analisi ematochimiche.
- **Ambulatorio Camminare Insieme** via Cottolengo 24, aperto tutti i giorni dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 14.00 alle 19.00. Offre svariate prestazioni di tipo specialistico: chirurgia, cardiologia, dermatologia, prestazioni ginecologiche, incluse ecografie; infettivologia, medicina di base, oculistica, odontoiatria, pediatria, pneumologia.

#### **B. Tutela materno-infantile**

- **Consultori pediatrici**
- **Ospedale Infantile Regina margherita-OIRM Reparto Pediatria** in Piazza Polonia 94. Garantisce cure e prestazioni sanitarie ai bambini stranieri anche irregolari.

**C. Distribuzione medicinali e prima accoglienza**

- **Asilo notturno “Umberto I”** via Ormea 119 e 121. Offre servizi di accoglienza notturna
- **Servizi Vincenziani per SDF**
- **Ser.mi.g**
- **Cottolengo-piccola casa della Divina Provvidenza**

**D. Servizi di supporto psicologico**

- **Centro Frantz Fanon** via Bertola 53, aperto dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 20.00. Si occupa di psicoterapia e supporto psicologico per immigrati e vittime della tortura.
- **Associazione Mamre** in via delle Maddalene 366/b, offre supporto psicologico e prestazioni mediche
- **Associazione Promozione Donna**
- **KHANTARA- ASL 1 settore di Educazione Sanitaria** promuove incontri di prevenzione e promozione della salute.

**E. Protesi dentarie gratuite**

**Associazione Protesi Dentaria Gratuita**

**F. Ambulatori per le malattie infettive**

- **Dispensario di igiene sociale** Lungo Dora Savona 26. Centro gratuito anche per irregolari, che si occupa dei problemi inerenti la Tubercolosi, HIV e altre malattie virali.
- **Ambulatorio Migrazione Salute-Ospedale Amedeo Savoia.** Studia, accoglie e cura i pazienti, regolari e irregolari, affetti da malattie sessualmente trasmissibili.

### 3.11 Servizi sociali e immigrati nei Piani di Zona

I Piani di Zona rappresentano l'ultima generazione di politiche e progetti d'intervento a livello locale, per quanto riguarda l'area torinese. I Piani di essa sono elaborati dal Comune (per la città di Torino) e della Provincia (per le aree esterne della città di Torino) "in linea con la filosofia della programmazione concertata, ispiratrice della Legge 328/00. I percorsi avviati, coordinati e gestiti dai diversi Uffici di Piano hanno coinvolto, sin dalla fase di avvio, numerosi Enti ed istituzioni pubbliche, quali Comuni, Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, Asl, Provincia, Centro per l'Impiego, Scuole, Sindacati, Ipab, Parrocchie, e anche diversi soggetti del privato sociale quali Fondazioni, Cooperative sociali, Associazioni di volontariato, Agenzie formative, etc.).<sup>129</sup> Secondo quanto predisposto dai Piani, gli interventi di carattere sociale, e nello specifico le azioni dirette alla tutela e integrazione degli stranieri, devono scaturire dalla concertazione che coinvolge i vari operatori tecnici e gli amministratori dei vari enti ed istituzioni pubbliche e del privato sociale, i quali elaborano dei "tavoli tematici" sulla base delle esigenze territoriali specifiche.

L'obiettivo che si è posta la Provincia nel suo ruolo di supporto e di sostegno alle attività programmate, (L. 328/00 art. 7) è di disegnare azioni coerenti con le dinamiche e le necessità dei territori, e degli attori che operano sul territorio stesso. Per quanto riguarda l'inclusione degli immigrati, gli obiettivi prioritari per l'area socio-sanitaria, sono stati indicati in:

- aumento delle disponibilità dei prodotti alimentari, idonei al consumo, pannolini e vestiario per neonati;
- accesso degli invalidati STP ai decorsi convalescenziari;
- visite mediche domiciliari per pazienti impossibilitati;
- potenziamento del sostegno, a favore di anziani e nomadi, malati cronici e invalidi,

---

<sup>129</sup> Provincia di Torino "Linee guida per l'attuazione del programma provinciale per le politiche d'integrazione concernente l'immigrazione per l'anno 2004"

- inserimento dei mediatori culturali nelle strutture sanitarie.

Le azioni previste prevedono:

- accordi interistituzionali tra Amministrazione Comunale, Regione, Provincia e A.S.L.;
- accordi con Ditte produttrici e con il Banco Alimentare;
- sperimentazione di risorse di accoglienza ad hoc per invalidati STP;
- sensibilizzazione delle istituzioni preposte.

### **3.12 Le politiche in ambito torinese: una sintesi**

La Regione Piemonte, e la città di Torino in particolar modo, è stata una delle prime a dover gestire il problema dell'immigrazione.<sup>130</sup> L'esigenza di ordinare e innovare i servizi a beneficio degli immigrati, è stato, fin da subito, l'obiettivo principale delle politiche regionali, provinciali e cittadine. Il comune di Torino ha dovuto trovare, in tempi rapidi, una risposta ai bisogni socio-assistenziali, in particolar modo degli irregolari,<sup>131</sup> e ai problemi d'inserimento e integrazione che, l'aumento degli stranieri non comunitari, ha comportato. L'Amministrazione comunale ha assunto, fin da subito, un ruolo centrale nell'affrontare il fenomeno, attraverso politiche d'intervento locale, progetti mirati e il coinvolgimento di numerosi attori, diversi per competenza, formazione e appartenenti a vari enti e strutture. Già nei primi anni '90, vengono istituiti l'Ufficio Stranieri e Nomadi, (fulcro dei vari attori che si occupano di immigrazione e primo

---

<sup>130</sup> Secondo le stime del Dossier Caritas/Migranti 2004, gli immigrati presenti in Piemonte superano le 202.000 presenze; risultano essere 108.141 gli stranieri che risiedono nel Capoluogo. Nel 2003, la Regione ha registrato un aumento del 55.8%, grazie alle procedure di emersione previste dall'ultima sanatoria. Le donne costituiscono il 48% circa della popolazione straniera e i minori sono circa 35.000. I Rumeni superano le 38.000 presenze e rappresentano l'etnia più numerosa, seguiti dai marocchini (32.788).

<sup>131</sup> Gli stranieri irregolari, fino al 1995, non potevano accedere al SSN. L'accesso era correlato ad alcune caratteristiche, prima fra tutti la condizione di regolarità. L'operatore sanitario, in presenza di uno straniero irregolare, era obbligato giuridicamente a segnalarlo alle autorità.



interlocutore degli stranieri) e, presso le ASL regionali, i Centri ISI, che offrono l'assistenza di base agli irregolari.<sup>132</sup>

Negli ultimi 20 anni, sono stati attuati numerosi progetti, riguardanti l'inserimento scolastico, l'abitazione, il lavoro, l'assistenza socio-sanitaria e la prevenzione. Sono stati creati servizi "dedicati" alla nuova utenza, e si è cercato di riorganizzare quelli già esistenti, attraverso l'inserimento, all'interno delle strutture, di nuove figure, la traduzione del materiale e l'aggiornamento del personale sanitario. Negli ultimi anni, i diversi attori che sono intervenuti nel campo dell'immigrazione, hanno perseguito i seguenti obiettivi:

- garanzia dei diritti umanitari (o diritti di base: salute e sopravvivenza) per tutti i cittadini immigrati presenti nel territorio, irregolari e regolari, riconoscendo uno statuto particolare ai minori e alle donne gravide;
- riqualificazione delle presenze immigrate attraverso: l'incremento di politiche lavorative, corsi di formazione e maggiore rappresentanza politica da parte della popolazione immigrata;
- promozione all'interculturalità tramite: l'etnicizzazione dei servizi (formazione degli operatori e ricorso a strategia di mediazione culturale); attenzione agli alunni immigrati nell'ambito scolastico; finanziamento di manifestazioni culturali per conoscere le culture d'origine degli stranieri e sensibilizzare la popolazione autoctona alle nuove presenze.

La mappa dei servizi e le strategie d'intervento messe in atto, mostrano che la Città ha preso coscienza del fenomeno migratorio e vi ha dedicato risorse ed impegno. Tuttavia, accanto a innegabili successi, permangono limiti, ritardi ed inefficienze che generano nuove emergenze.

I principali problemi delle policies locali riguardano numerosi aspetti: la necessità di coordinazione, tra i vari attori nell'attuazione delle politiche e dei progetti socio-sanitari; un maggior coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e comunità

---

<sup>132</sup> Il primo Centro di Informazione Salute Immigrati (ISI), è nato per volere di alcuni operatori della ASL 1 in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità, nel 1992. Nel 1996, la Regione emana una Delibera con la quale dispone l'istituzione di tali Centri a livello regionale. Attualmente sono 11, di cui 3 nel capoluogo. I Centri ISI, hanno superato la loro fase sperimentale ed attualmente registrano più di 10000 passaggi all'anno, rivelandosi una risorsa preziosa per l'assistenza sanitaria degli irregolari.

straniere; un'informazione ed educazione sanitaria più adeguata alle esigenze degli immigrati. Inoltre, un'apertura del servizio e dell'operatore alle nuove richieste di salute; una maggiore formazione degli operatori e dei mediatori. Infine la programmazione di politiche e interventi, che considerino anche la dimensione abitativa e sociale come componente della domanda di salute.

## **CAPITOLO QUARTO**

### **ACCESSO E FRUIZIONE DEI SERVIZI NELL'AREA TORINESE: ALCUNI DATI**

#### **4.1 L tendenze pregresse**

Come si è già più volte ripetuto, il fenomeno migratorio in Piemonte, evidenzia nel suo andamento un continuo aumento di stranieri, relazionabile anche ai ricongiungimenti familiari, che sta assumendo una struttura sempre più stabile. Dai dati del 2003, è evidente l'incremento della popolazione femminile e degli anziani di entrambi i sessi, che sono genitori di migranti, e immigrati di prima generazione ormai invecchiati in Italia. Mentre negli anni passati, il fenomeno interessava, soprattutto, uomini giovani, provenienti per lo più dal Nord Africa, attualmente sono molte le giovani donne che migrano sole dai Paesi dell'Est e dall'America Latina e , solo successivamente, vengono raggiunte (se li hanno) dai figli e dal marito. Questo cambiamento comporta nuove esigenze, e pone la necessità di una risposta adeguata ai nuovi bisogni, da parte delle istituzioni e dei servizi, pubblici e privati.

L'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari pubblici sono considerati fra i fattori più critici, in grado di modificare in senso positivo o negativo la salute degli stranieri. Nella relazione sullo stato di salute della Provincia di Torino al 2002, si rileva che la salute degli immigrati è esposta a peculiari fattori di rischio, strettamente connessi a precarietà sociale, disparità culturale e diffusa impermeabilità del sistema sanitario. Le situazioni in cui si concentrano le disuguaglianze di salute sono: il lavoro, spesso

sommerso; l'area materno-infantile; e forme di particolare emarginazione, quali prostituzione, detenzione e dipendenze.

Il ritardo con cui sono state attuate le prime risposte e, successivamente, predisposte misure idonee a garantire l'accesso all'assistenza sanitaria agli immigrati, ha prodotto l'invisibilità nei flussi di accesso e fruizione dei servizi da parte di questa nuova utenza; le poche informazioni di cui si dispone, sono a volte sporadiche e non omogenee.

Da una ricerca dell'IRES,<sup>133</sup> è risultato che, per quel che riguarda la città di Torino, anche alle persone immigrate sembra garantito l'accesso ad un ampio spettro di prestazioni sanitarie. Sono garantite le prestazioni di emergenza, rivolte alla popolazione adulta, maschile e femminile, ed all'infanzia, attraverso la rete dei Servizi di Pronto Soccorso e delle Aziende Ospedaliere cittadine. Alcune testimonianze hanno evidenziato che, molte volte, questo tipo di accesso viene utilizzato non solo per le urgenze, ma per prestazioni che dovrebbero essere fornite dalla medicina di base o dai servizi specialistici; ciò avviene soprattutto nel caso di immigrati senza permesso di soggiorno. L'utilizzo del PS, come modalità "normale" di accesso, è frequente soprattutto per gli uomini, dato che per le donne e i bambini esistono altri canali di accesso diretto al sistema sanitario, quali i Consultori familiari e Pediatrici. Da una ricerca del 1997,<sup>134</sup> emergono alcuni punti interessanti tutt'ora validi. Molti stranieri preferiscono rivolgersi alle strutture del Pronto Soccorso e ai servizi di assistenza rivolti agli immigrati, per la facilità di ingresso, la gratuità, la presenza di mediatori e/o di personale cortese e disponibile.

L'ISI e le Associazioni volontarie, in particolare, permettono di superare una serie di difficoltà burocratiche, che fanno desistere l'utente straniero dal rivolgersi al SSN. Un recente rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità<sup>135</sup> ha messo in luce, per contro, una serie di problematiche a cui non è stata data soluzione: l'esistenza di una quota di donne e bambini "sommersi", i quali non ricevono assistenza; una scarsa conoscenza dei corretti

---

<sup>133</sup> IRES "Nuove famiglie, vecchi servizi. Il mutamento nella struttura delle famiglie degli immigrati e il loro rapporto coi servizi. Un'analisi a Torino" 2000

<sup>134</sup> "Il filo di Arianna- la città, i servizi, gli immigrati a Torino. Rapporto finale della ricerca per iniziativa LIA" condotta dalla città di Torino, 1997

<sup>135</sup> "Immigrazione e zingari: salute e disuguaglianze" Rapporti Istisan 03/04

comportamenti preventivi e dei propri diritti; la scarsità di fruizione, anche per motivi culturali, dei servizi dedicati alla salute della donna.

Vengono evidenziate le cattive condizioni igienico-abitative, in cui molti immigrati sono costretti a vivere, la carente qualità di vita, la frammentarietà degli interventi socio sanitari e gli alti tassi di malattie infettive, rispetto alla popolazione autoctona.

## **4.2 La tipologia d'utenza negli Ambulatori medici**

### **a) I passaggi nei Centri ISI**

Un ruolo importante nell'accesso al SSN, viene svolto, ancora oggi, dai Centri di Informazione Salute Immigrati (ISI), il cui utilizzo da parte degli immigrati è in aumento. Secondo un'intervista alla cooperativa "Senza Frontiere", la maggioranza dell'utenza è rappresentata da donne, che richiedono l'accesso ai servizi ginecologici, ai consultori familiari ed ai centri di prevenzione delle malattie della sfera sessuale femminile. Altra informazione interessante è riferita al fatto che molti ritornano all'ISI, anche se hanno diritto di accesso al servizio pubblico. Questo fatto, può essere spiegato considerando che l'ISI fornisce un accompagnamento all'interno dei servizi, grazie anche alla mediazione culturale. Considerando la categoria di stranieri temporaneamente presenti sul territorio, nei Centri ISI sono stati registrati, nel solo anno 2003, 10.465 passaggi, di cui l'80% nell'area metropolitana torinese.

L'utenza è in gran parte costituita da donne (presenza meno spiccata nella ASL 4), per quanto riguarda l'età, le fasce prevalenti sono quelle di giovani adulti, in accordo con la composizione di età degli immigrati di prima generazione, anche se risulta in aumento la frequenza degli ultrasessantenni, fenomeno da relazionare, come spiegato sopra, ai ricongiungimenti familiari. I gruppi di utenza più numerosi continuano ad essere rappresentati dai paesi a forte pressione demografica: l'Est Europa, che da sola copre il

50% dei passaggi, Nord Africa e Resto Africa; gli utenti sono, in maggioranza, irregolari non in possesso di permesso di soggiorno.

Questi dati trovano conferma anche nella pubblicazione annuale “Osservatorio Interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino 2003”.<sup>136</sup> Quasi la metà degli utenti ISI proviene dai paesi dell’ Est (54.5%), seguiti dai Nord africani (12.4%), dai Sud Americani (11.2%), dagli Africani (10.9%), dagli occidentali in generale (3.1%) e dagli asiatici (1.7%). La distribuzione per sesso vede una prevalenza di donne (62%) e di soggetti che riferiscono di avere un’attività lavorativa (55%); per quanto riguarda il grado d’ istruzione, il 3% risulta analfabeta, il 5,3% laureato, il 28% ha un diploma di scuola media inferiore e il 36% di scuola media superiore; oltre l’80% ha un’età compresa tra i 18 e 65 anni. Inoltre la maggior parte dei pazienti (84,6%) si presenta al centro con un problema di salute in corso. L’apposito sistema informativo assicura, non solo, la registrazione delle caratteristiche dell’utenza e delle prestazioni erogate, ma anche il collegamento con gli altri flussi informativi sanitari, attraverso il codice STP assegnato ad ogni soggetto e riportato nel campo “residenza” nelle schede di ricovero e visita.

Secondo i dati dell’Osservatorio del 2000, le prestazioni richieste nei Centri ISI riguardano nell’ordine:

- 1) esami di laboratorio prescritti;
- 2) visite specialistiche prescritte;
- 3) esami diagnostici strumentali prescritti;
- 4) farmaci prescritti;
- 5) ricoveri prescritti;
- 6) farmaci/ presidi somministrati.<sup>137</sup>

---

<sup>136</sup> *Prefettura di Torino, Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico, “Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino”, Rapporto 2003*

<sup>137</sup> *Per i dati relativi all’utenza dell’Ambulatorio Migrazione e Salute si veda pagina 86*

## **b) I passaggi e i progetti nei Centri Ambulatoriali volontari**

Per quanto riguarda i passaggi nei Centri del volontariato, nel 2002 sono stati visitati all'Ambulatorio medico "Giovanni Paolo II" del SER.MI.G, 881 bambini (ripartiti in ugual misura tra i due sessi) e 8.053 adulti, di cui 5.198 (64.5%) uomini e 2.855 (35.5%) donne. Fra i paesi di provenienza più rappresentativi: il Marocco (4.041 visite per adulti e 322 pediatriche), la Romania (con 1.212 visite per adulti e 67 pediatriche), la Nigeria (con 790 visite per adulti e 287 pediatriche), l'Ecuador (con 211 adulti e 44 bambini). I dati raccolti nel periodo compreso tra il 1989 e il 2004, rilevano che l'ambulatorio ha registrato 25.000 cartelle cliniche (di cui circa 800 pediatriche) e ha effettuato circa 70.000 visite a pazienti adulti, e circa 3000 a bambini con una media di quasi 5000 visite l'anno (nel 2000 il totale delle visite è stato 6818); per quanto concerne la distribuzione per genere è interessante notare che, sebbene il numero delle donne immigrate sia aumentato in seguito ai ricongiungimenti familiari, queste costituiscono solo il 22% dell'utenza. La fascia di età maggiormente rappresentativa è quella che va dai 20 ai 40 anni, anche se è in aumento la presenza di bambini ed anziani.

Nell'ambulatorio Camminare Insieme, gestito interamente da medici volontari, i passaggi registrati fino al 31/12/2003 sono stati 19.970, con un trend annuale di 3000 passaggi circa. Gli stranieri che si rivolgono all'ambulatorio provengono, per la maggior parte, da: Romania (6694), Marocco (4887), Perù (1331), Albania (1113), Nigeria (870); ripartiti in 11184 uomini (56%) e 8786 donne (44%), con un'età compresa tra i 26 e i 55 anni. Presso l'Ambulatorio si possono effettuare 14 tipi di visite specialistiche, tra cui quelle cardiologiche, odontoiatriche, chirurgiche, ortopediche, oculistiche.

Attualmente sono in corso di attuazione due progetti: il Progetto Mamme, cofinanziato dalla Provincia di Torino dal 2002 e il Progetto Etiopia. Il primo, in atto dal 1999, ha interessato 109 donne di 20 nazionalità diverse, cui fornire un supporto concreto per la salute psicofisica e per l'integrazione sociale.

Il secondo, nato nel 2002, in collaborazione con l'Istituto San Gallicano di Roma, prevede un'attività clinica, didattica e di studio, da svolgersi presso la sezione staccata di

dermatologia dell'Ospedale Hewo di Quihà, al fine di migliorare le conoscenze dermatologiche e infettivologiche del personale locale, in modo da renderlo in grado di curare autonomamente i pazienti affetti da tali patologie. A questi progetti si aggiunge dal 2004 S.o.s mamme, che si propone di:

- realizzare azioni concrete, per il miglioramento delle condizioni di vita della madre e del bambino, e per prevenire l'insorgere di malattie infettive;
- consentire alla donna di mantenere il posto di lavoro, garantendo la custodia dei figli nelle situazioni di necessità;
- offrire aiuto economico, in caso di mancanza di lavoro, o di lavoro a basso reddito.

#### **4.3 I ricoveri ospedalieri**

Se si considerano i ricoveri degli stranieri in Ospedale dal 1997 al 2001, si nota il loro aumento costante e progressivo, sebbene rappresentino un'esigua percentuale rispetto agli italiani, che invece mostrano un trend di ricoveri decrescente (confermato anche dagli ultimi dati). Nel 2000, a Torino e Provincia, sono stati effettuati 396.791 ricoveri, di cui il 21.8‰ relativo a cittadini stranieri (nel 1998 il 19.2‰ nel 1999 il 24.‰). Il 66% di questi ricoveri riguarda il sesso femminile, per cause associate a gravidanza e parto.<sup>138</sup>

Nell'anno 2001, risultano in Piemonte 27.331 ricoveri di cittadini stranieri, il 33‰ dei complessivi 817.955 ricoveri. Sul totale dei ricoveri avvenuti nel corso del 2001 nei presidi ospedalieri della Provincia di Torino, gli STP pesano per lo 0.9% e gli stranieri regolari per il 3.1% per un totale del 4%, contro il 3.3% del totale regionale.

---

<sup>138</sup> Secondo l'“Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino” a cura della Prefettura di Torino, Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico, rapporto 2001, su 917 ricoveri per infortuni sul lavoro, a Torino e Provincia, nel 2000 il 7% circa ha riguardato stranieri, in prevalenza uomini.



Nel 2003 sono stati effettuati in tutto il Piemonte 789.573 ricoveri, di cui solo l'1% relativo a cittadini stranieri: nello 0.6% dei casi, si tratta di stranieri temporaneamente presenti (STP) e nel restante 0.4% di stranieri regolarmente presenti. E' interessante notare l'andamento decrescente, dal 2001 a oggi, dei ricoveri degli stranieri (anche irregolari), in contrasto con l'aumento della presenza immigrata sul territorio.

Ciò potrebbe essere correlato ad un miglioramento nell'accesso e fruizione dei servizi (e ad una più tempestiva individuazione di patologie gravi) o, al contrario, ad una più diffusa "clandestinità sanitaria" (soprattutto degli STP); o ancora, essere connesso alla recente regolarizzazione e alla conseguente emersione di molti lavoratori extracomunitari, che ha comportato un miglioramento generale nelle loro condizioni di vita.

Tra le prime cause di ricovero, per quanto riguarda i Day Hospital, emerge l'interruzione volontaria di gravidanza; tra quelli relativi alle degenze ordinarie, troviamo il parto, seguito da problemi respiratori.

I ricoveri interessano per il 60% le donne di età compresa tra i 18 e i 44 anni, seguite dalle minori di 18 anni (il 18% contro il 12% per le italiane); anche per quanto riguarda gli uomini, i ricoveri si concentrano nelle fasce più giovani; nella fascia di età più elevata, la metà dei soggetti risulta provenire da paesi occidentali. La percentuale più alta di bronchiti, polmoniti e patologie respiratorie acute che colpiscono gli stranieri rispetto agli italiani, fa pensare a peggiori condizioni ambientali e di vita. Per quanto riguarda i pazienti maschi, le patologie addominali, le fratture, i traumi e gli stati morbosi mal definiti, sembrano essere comuni anche agli italiani che svolgono un lavoro duro e faticoso, anche se appaiono più frequenti nei lavoratori stranieri, che sottopongono il proprio corpo a sforzi eccessivi. Nel sesso femminile prevalgono le diagnosi connesse a parto o aborti, nettamente superiori a quelle delle italiane; esse rappresentano la prima causa di ricovero, per le provenienti soprattutto, dall'America latina e dall'Africa centro-meridionale.

Secondo dati relativi ai ricoveri ospedalieri del 1998, il gruppo che più di tutti ha usufruito dei servizi ospedalieri è stato quello proveniente dal Maghreb, seguito da quello dell'Europa dell'Est. Per quanto riguarda i dati relativi ai ricoveri di STP a Torino e provincia, le principali cause risultano essere: parto, aborto, appendicite, problemi post-

parto, problemi respiratori. E' possibile un'analisi più dettagliata a partire dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), selezionando le principali cause di ricovero della popolazione in tre gruppi (italiani, stranieri, STP), e analizzando separatamente i dati relativi al primo anno di vita, all'infanzia (da 1 a 14 anni), all'età adulta (da 15 a 64 anni) ed alla terza età. Tra le prime 10 cause di ricovero, durante il primo anno di vita, 6 sono legate alla nascita, con differenze significative tra i nati italiani e i nati stranieri: la voce "dimissione del neonato sano" rappresenta il 55.8% dei casi per i bambini italiani, per gli stranieri scende al 47.8% e per gli STP è appena del 40.4%.

Nel corso dell'età infantile si riscontrano, soprattutto per gli STP, ricoveri legati a patologie infettive, all'apparato respiratorio, digerente e otorinolaringoiatra. La maggior parte dei ricoveri delle donne, in età compresa tra i 15 e i 64 anni, è legato alla gravidanza e al parto o a disturbi ginecologici. Ma se per le donne italiane, i problemi legati alla sfera riproduttiva rappresentano solo 6 delle prime 10 cause di ricovero, per le straniere, regolari e non, tutte le prime 10 cause sono legate a tale ambito.

Nella popolazione maschile adulta, le cause di ricovero sono connesse, in percentuale maggiore rispetto agli italiani, a traumatismi e malattie infettive. I ricoveri di anziani stranieri STP e regolari rappresentano ancora una quota esigua (attorno allo 0.1%) del totale dei ricoveri di anziani, e le cause sono sovrapponibili a quelle degli italiani: problemi cardio-respiratori, patologie neoplastiche e vasculopatie cerebrali. La tabella 5, raccoglie i dati relativi all'accesso, tipo di prestazioni e costi per struttura sanitaria ospedaliera, nell'anno 2003, per utenza straniera.<sup>139</sup>

---

<sup>139</sup> *Dati forniti dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, Ufficio di Programmazione sanitaria*

Tabella 5

<b>Struttura</b>	<b>Principali Prestazioni fornite</b>	<b>Totale casi Ricoveri ordinari + Day Hospital</b>	<b>Totale importo Ricoveri ordinari + Day Hospital</b>
<i>Ospedale Martini</i>	Parto cesareo Aborto Parto vaginale	213	<b>263.479,74</b>
<i>Ospedale Amedeo di Savoia</i>	H.I.V. Malattie del fegato Osteomielite	43	<b>196.519,71</b>
<i>Ospedale Maria Vittoria</i>	Parto cesareo Aborto Parto vaginale	297	<b>372.996,72</b>
<i>Ospedale degli infermi Rivoli</i>	Parto cesareo	6	<b>11.536,77</b>
<i>Ospedale San Giovanni Battista Molinette</i>	Interventi su capo e collo Interventi su pancreas e fegato Cirrosi, Epatite	27	<b>124.001,76</b>
<i>Ospedale ostetrico- ginecologico Sant' Anna</i>	Parto cesareo Aborto Parto vaginale Neonati con affezioni maggiori	1463	<b>1.860.669,19</b>
<i>Ospedale infantile Regina Margherita</i>	Bronchite e asma età<18 Gastroenterite e malattie dell'apparato digerente età<18 Ustioni con trapianto di pelle	352	<b>555.807,42</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>2401</b>	<b>3385011,31</b>

I dati confermano che gli stranieri, sono esposti a fattori di rischio che incidono sulla loro salute in misura maggiore rispetto agli italiani.<sup>140</sup> Non sono attualmente disponibili dati aggiornati relativi ai costi connessi alle principali prestazioni fornite ai pazienti italiani, in modo da confrontarli e capire l'incidenza degli stranieri sul bilancio sanitario regionale.

Quanto ai decessi, non è agevole disporre di informazioni adeguate: come sottolineato anche nel “Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia-2001”,<sup>141</sup> i dati epidemiologici relativi agli stranieri sono attualmente scarsi e poco aggiornati. In Piemonte, tuttavia, fino al 2001 almeno, vi sono stati studi sulle quantità e principali cause di morte degli stranieri. Sebbene rappresentino solo lo 0.46% dei decessi complessivi regionali, gli stranieri costituiscono il 5.4% dei morti tra 0 e 14 anni e il 48% di quelli tra 15 e 44 anni; il fenomeno va riferito sia alla giovane età media dei migranti, sia alla maggiore esposizione a fattori di rischio quali (incidenti, violenze, malattie respiratorie tra i bambini). Anche i dati per la città di Torino, tratti dallo Studio Longitudinale Torinese e riferiti all'anno 2000, indicano pochi decessi (801), di cui ben il 63% è costituito da giovani uomini; rispetto alla popolazione autoctona, risulta confermata la maggiore frequenza di incidenti di trasporto e di patologie perinatali.

#### **4.4 Prestazioni specialistiche e utilizzo di farmaci**

Le prestazioni specialistiche sono poco utilizzate. Il problema è legato sia al costo oneroso dei servizi (anche di quelli pubblici), sia al difficile iter burocratico, ossia all'appropriatezza e ai tempi d'accesso delle prestazioni specialistiche.

---

<sup>140</sup> *Considerando tutte le strutture Ospedaliere presenti nell'area provinciale, le prestazioni fornite sono state più di 3000 e la spesa complessiva ammonta a più di 4 milioni di euro*

<sup>141</sup> *Zincone Giovanna “ Secondo rapporto sull'integrazione dell'immigrazione in Italia” ed. Il Mulino 2001, pagina 223*

I dati indicano che, in generale, le classi più deboli di stranieri fanno maggior uso del medico di medicina generale, mentre la loro presenza percentuale cala nelle prestazioni specialistiche e si allungano i tempi d'intervento. E' da notare, che il grado di accesso a tali prestazioni è connesso al reddito, al grado di scolarizzazione, all'utilizzo dei servizi sanitari nel paese d'origine e alla padronanza della lingua italiana.

Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche ambulatoriali, il dato relativo al 2003 risulta essere sottostimato, poiché non tutti i sistemi operativi di prenotazione delle ASL registrano il codice STP e non in tutti i servizi di emergenza gli stranieri irregolari vengono registrati come tali. Attualmente sono in corso di definizione sistemi per la rilevazione di tale informazione. Per quanto riguarda le prestazioni farmaceutiche, la maggior parte dei farmaci, rientra nella categoria degli antimicrobici generali, seguiti da quelli per il sistema genito-uterino. I principali farmaci prescritti con codice STP riguardano: l'apparato gastrointestinale e il metabolismo, sangue ed organi emopoietici, sistema cardiovascolare, dermatologia.

## **4.5 La salute dei minori stranieri a Torino**

Per quanto riguarda i servizi destinati ai minori stranieri nell'area torinese, questi hanno diritto alle seguenti prestazioni gratuite:

- Consultori pediatrici, per tutti i minori di età compresa tra 0 e 6 anni;
- vaccinazioni obbligatorie;
- servizi di neuropsichiatria infantile.

La salute dei bambini stranieri, è un indicatore importante sull'esistenza, o efficacia di politiche adeguate d'integrazione sociale. La nascita di un bambino, infatti, può comportare una modifica del progetto migratorio del singolo individuo, ed è tra i fattori fondamentali che inducono a stabilirsi per un lungo periodo nel nuovo Paese.

Una ricerca condotta dal “Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato”, all’interno della Società Italiana di Pediatria, ha evidenziato che i neonati, soprattutto se nomadi o sud americani, presentano maggiori percentuali di nascite premature e che i nati da donne straniere hanno un peso inferiore rispetto ai nati dalle italiane.

Per quanto riguarda le patologie più frequenti, lo studio del GLNBI registra una maggiore incidenza di asfissia nei bambini africani (2,6%) rispetto agli italiani (0,5%); sud americani e nomadi hanno mostrato una maggior frequenza di disturbi connessi ad uno stress respiratorio rispetto agli altri gruppi etnici.

Nel corso dell’età infantile si riscontrano, soprattutto per gli STP, ricoveri legati a patologie infettive, che segnano una maggiore esposizione a fattori ambientali malsani, e ad un accesso non tempestivo all’assistenza primaria. Dai dati sull’ospedalizzazione di bambini e adolescenti, elaborati dal Servizio di Epidemiologia della Regione Piemonte, risulta una maggior esposizione dei figli d’immigrati a particolari tipi di patologie.

Nel primo anno di vita, soprattutto per i non regolari, le cause più frequenti di ricovero riguardano: le malattie dell’apparato respiratorio, dell’apparato digerente e otorinolaringoiatriche. Il caso di neonati prematuri rappresenta per gli italiani il 5.5%, il 6.3% per gli stranieri e il 7.7% tra gli STP. Stesso discorso vale per le principali cause di ricovero: per i bambini italiani le degenze per otite e bronchite sono individuate nell’ordine del 3.8%, per gli stranieri tale percentuale s’innalza fino al 7.4% e raggiunge l’11.5% per gli STP. Durante il primo anno di vita, in entrambi i sessi, il 90% dei ricoveri è legato alla nascita; tra i bambini stranieri, regolari e STP, risulta un maggior ricorso al ricovero per malattie infettive, dato che si conferma anche nell’accesso al Day-hospital. Per le altre cause (controllo per problemi perinatali, per disturbi all’apparato genito-uterino, chemioterapia, problemi endocrinologici) stranieri regolari (e non) e autoctoni risultano molto simili. Nel caso di figli d’immigrati, soprattutto se di recente immigrazione, agli svantaggi legati alle difficoltà d’inserimento sociale, si cumulano i problemi legati all’accesso ai servizi. Le conseguenze si avvertono sulla fase di vita in cui sarebbe indispensabile un supporto a livello igienico sanitario.

Dall’analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dell’anno 2000, risulta che su 11.946 (dati regionali) bambini di nazionalità italiana nati in ospedale, le

percentuali di ricovero per ittero, complicazioni legate al parto e basso peso alla nascita, erano nettamente inferiori rispetto alle stesse cause di ricovero dei bambini stranieri. Sempre dall'analisi delle SDO relative all'anno 2000, il ricovero di bambini tra 0 e 14 anni, residenti a Torino e Provincia, mostra un tasso di ospedalizzazione del 2.0‰ per gli italiani e del 2.9‰ per gli stranieri, ossia quasi il 50% in più. Le patologie più frequenti erano legate all'apparato respiratorio, digerente e otorinolaringoiatra e problemi connessi al sistema nervoso, all'apparato uditivo e alla gola; per quelli con un'età superiore ai 15 anni, i disturbi più frequenti erano dovuti a difficoltà respiratorie, digerenti e all'apparato muscoloscheletrico.

Dalla ricerca dell'IRES sull'accesso ai servizi sanitari dei bambini, è risultato predominante il ruolo svolto dal Pronto Soccorso dell'Ospedale Regina Margherita, (non solo nel caso delle famiglie straniere), per casi di salute non “urgenti”, soprattutto per gli irregolari, che non possono usufruire del pediatra di base, il PS è una struttura da cui non si può prescindere. Un'alternativa all'uso del PS è rappresentata dal Consultorio pediatrico, il quale ha anche attivato un servizio di visite domiciliari per le famiglie dopo il parto. Per due volte alla settimana, il pediatra si occupa solo dei bambini extracomunitari ed è possibile incontrare anche le vigilatrici d'infanzia (infermieri professionisti che hanno una specializzazione pediatrica) per avere consigli di puericultura. Le Asl sono in stretto contatto con il consultorio, a cui segnalano le nuove nascite, al fine di attivare le visite domiciliari nella casa del nascituro da parte delle vigilatrici. Queste segnalano l'esistenza di problemi, danno consigli di puericultura, e informazioni ai genitori sui servizi sanitari.

## **4.6 Le gravidanze e gli aborti**

Nel 2002 è stato introdotto in Italia il Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), che permette di raccogliere informazioni sulla famiglia del neonato, sul decorso della gravidanza, sul parto e sul neonato stesso. Nel 2003, in Piemonte sono nati 34.965 bambini: 24.486 (85.8%) da donne italiane, 4.896 (il 14.2%) da donne straniere.

L'età in cui le straniere partoriscono per la prima volta risulta essere più bassa, rispetto a quella delle italiane (che si aggira intorno ai 30 anni). Dai dati sulla natimortalità, si può riscontare una percentuale doppia dei nati morti stranieri, rispetto ai nati italiani, dato che si conferma anche nelle gravidanze successive alla prima. Risulta, inoltre, che solo l'80% delle donne straniere (contro il 94% delle italiane) si sottopone alla prima visita nel corso del primo trimestre di gestazione, che l'8% effettua la prima visita superati i 3 mesi (contro lo 0.4% delle italiane) e che il 5.8%, contro il 2.2% delle italiane, non si sottopone a nessun controllo durante l'intera gravidanza.

Da evidenziare è anche il numero esiguo di straniere che partecipano a corsi di preparazione alla nascita; dai dati forniti dai CEDAP 2003, risulta che il corso d'accompagnamento è stato seguito dal 46% delle italiane, e solo dall'11% delle straniere. Poiché il fine dei corsi è di divulgare informazioni sanitarie, la bassa percentuale di straniere che lo frequentano, indica una condizione di disinformazione che si mostra evidente al momento del parto. Ciò rende opportuno sfruttare i giorni immediatamente successivi al parto, anche con l'ausilio di mediatrici culturali nei punti nascita e, successivamente, nei consultori. Guardando ai dati Istat relativi alle prestazioni di IVG in Italia, si nota un tasso di abortività per le donne straniere in età tra i 18 e 49 anni, tre volte superiore rispetto al tasso delle cittadine italiane dello stesso gruppo di età. Se si analizzano i dati relativi ai Day Hospital si osserva che, mentre per le donne italiane, le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) costituiscono il 15.3% delle prestazioni ospedaliere, il dato per le straniere regolari (61.1%), soprattutto STP (88.4%) è enormemente più elevato.



L'alta percentuale di ricoveri in regime di Day- hospital, tra gli STP (40.8% del totale), è imputabile al fatto che un terzo di essi, è ricoverato per IVG.

Questi dati riflettono il fatto che molte donne straniere vivono, nel nostro paese, con una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, in situazioni disagiate e con assenza di un nucleo familiare stabile, in inadeguate condizioni abitative e che di conseguenza l'IVG è considerata una pratica pressoché obbligata.

In relazione a un fenomeno abortivo crescente, il recente Piano Sanitario Nazionale (2000-03) ha individuato tra gli obiettivi principali per la salute degli immigrati: il miglioramento dell'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza; la riduzione del ricorso all'IVG e dell'incidenza dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmesse.<sup>142</sup>

In riferimento a tali problematiche, l'Asl 2 ha predisposto un progetto "C'è posto per te", da attivare entro l'anno 2004, con la cooperazione del Centro ISI, i Consultori Familiari ed ai servizi della stessa ASL per favorire l'accesso delle donne straniere ai servizi sanitari e migliorarne l'assistenza e la loro qualità di vita.

Le finalità individuate sono:

- diffusione delle informazioni utili sulla contraccezione e sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;
- superamento delle difficoltà linguistiche e culturali;
- predisposizione di percorsi facilitati tra servizi;
- aumento delle conoscenze degli operatori "front-line" sulle norme inerenti l'assistenza sanitaria agli stranieri, regolari e non.

Il progetto predispone la stesura di protocolli interni di collegamento tra servizi (in particolare ISI e Consultori), la divulgazione del materiale d'informazione sanitaria, la presenza di un mediatore culturale e l'organizzazione di percorsi informativi/formativi comuni tra mediatrici culturali e personale dei Consultori.

---

<sup>142</sup> Una recente risoluzione del Parlamento Europeo, (Com-2003-336-2003/2147 INI ) evidenzia "l'importanza di mettere a disposizione delle donne immigrate centri di consulenza e assistenza, destinati in particolare, alle donne che si occupano di salute generale e riproduttiva...".

## **CAPITOLO CINQUE**

### **ACCESSO E FRUIZIONE DEI SERVIZI: L'OPINIONE DEI TESTIMONI PRIVILEGIATI**

Questa ultima parte della tesi è riservata all'esposizione delle opinioni di operatori, sanitari, sociali e socio-assistenziali, riguardo ai bisogni dell'utenza straniera e alla risposta data dai servizi, nell'area metropolitana torinese. L'obiettivo principale delle interviste è stato di rilevare la percezione sull'operato dei servizi socio-sanitari e la loro organizzazione sul territorio, e comprendere quale sia il giudizio sul tipo di politiche messe in atto.

Il piano delle interviste, dodici in tutto, concerneva le problematiche relative all'accesso e all'incontro con il paziente straniero, e le risposte date dai servizi, sia in termini di prestazioni che di relazione interpersonale, nonché l'informazione degli stranieri sulle possibilità di cura che offre il SSN, e la preparazione degli operatori e delle strutture sanitarie rispetto alle esigenze dei nuovi utenti.

I testimoni privilegiati sono stati scelti tra operatori di strutture sanitarie, pubbliche e private, di Associazioni particolarmente attente al fenomeno migratorio, e di Enti istituzionali dell'area metropolitana.

<b>Strutture Pubbliche</b>	<b>Strutture del Privato Sociale</b>	<b>Funzione dell' operatore</b>
Centri ISI ASL 1		Referente
Centri ISI ASL 2		Medico Referente
	SER.MI.G,	Medico Referente
	Camminare Insieme	Referente
	Pastorale migranti	Accoglienza dello straniero
	Cooperativa San Donato	Accoglienza dello straniero
O.I.R.M Ambulatorio bambini stranieri		Pediatra
Mi.Sa Ospedale Amedeo Savoia		Responsabile
Ospedale Molinette		Assistente sociale
Ufficio Stranieri e Nomadi		Responsabile Assistenza Sanitaria
Regione Piemonte		Assessorato alla Sanità
Provincia di Torino		Formatore Mediatori

Le domande vertevano su sei problematiche principali:

- 1) la relazione esistente tra posizione giuridica e accesso ai servizi;
- 2) le informazioni sanitarie di cui dispongono gli immigrati;
- 3) le risposte dei servizi sanitari torinesi alle domande di cura e salute degli stranieri;
- 4) la preparazione degli operatori sanitari;
- 5) le difficoltà di accesso e fruizione dei servizi;
- 6) la necessità e la funzione del mediatore culturale all'interno delle strutture sanitarie.

Come si è potuto osservare la maggior parte dei servizi sanitari cui si rivolgono gli stranieri, siano strutture pubbliche o del privato sociale, non sono stati istituiti dal SSN,

ma sono sorti grazie alla sensibilità di operatori sanitari, istituzionali e del privato sociale, i quali si sono accorti che la presenza di stranieri nel territorio, comportava esigenze di assistenza di base, con condizioni analoghe a quelle dei cittadini italiani, mentre la loro posizione giuridica e atteggiamenti culturali sollevavano problematiche nuove, che i servizi esistenti non potevano, o sapevano soddisfare.

## **5.1 La posizione giuridica e il diritto di accesso**

Gli intervistati hanno evidenziato una fondamentale diversità nell'accesso ai servizi pubblici, derivante, prima di tutto, dalla legislazione nazionale. Mentre gli stranieri regolari hanno diritto, al pari dei cittadini italiani, a beneficiare delle prestazioni del SSN, agli stranieri irregolari sono garantite solamente le cure di carattere urgente, essenziale e continuativo.

*“La posizione giuridica è una discriminante nell'accesso ai servizi”* (Pastorale Migranti)

*“E' determinante. Lo straniero immigrato regolarmente ha tutti i diritti di cura che il SSN riserva ai cittadini italiani, lo straniero irregolare non può rivendicare alcun diritto”* (Ambulatorio Camminare Insieme)

Coloro che non possono accedere a servizi del SSN, si avvalgono della possibilità di assistenza offerta dai Centri ISI (che però non sono presenti in tutte le ASL), dalle Associazioni del volontariato (che offrono prestazioni di medicina di base, di pediatria e specialistiche) e da Ambulatori Ospedalieri specificatamente dedicati. Per il servizio sanitario pubblico, in generale, risulta difficile entrare in contatto con gli stranieri irregolari e l'unica via d'accesso al SSN risulta essere spesso il Pronto Soccorso, cui si arriva una volta che il problema di salute è conclamato.

*“Diventa difficile contattarli perché diventa difficile per gli stessi operatori sanitari capire che ci sono...il rischio è che non accedano neppure ai pochi servizi che ci sono per paura o per disinformazione” (Pastorale Migranti)*

*“Diventa impossibile perché gli irregolari possono accedere solo ad alcuni servizi del SSN” (Ambulatorio Camminare Insieme)*

*“E’ stato difficile all’inizio, quando ancora non erano tutelati in nessun modo e avevano paura di essere segnalati, ora direi di no” (Ambulatorio Bambini Immigrati O.I.R.M)*

Del tutto differente si rivela la visibilità degli irregolari per le strutture del volontariato, che garantiscono un accesso diretto (non necessitano di alcuna prenotazione), e offrono prestazioni di vario genere, non solamente connesse all’area sanitaria. Discorso analogo vale per le strutture ISI e per quelle costituite all’interno di alcune Aziende Ospedaliere con lo specifico obiettivo di fornire assistenza anche agli stranieri irregolari, come l’Ambulatorio pediatrico dell’Ospedale Regina Margherita e l’Ambulatorio Malattie e Salute dell’Ospedale Amedeo Savoia. Un dato interessante emerso dalle interviste riguarda l’accesso, anche degli stranieri regolari, alle strutture destinate a risolvere la situazione d’emergenza sanitaria degli irregolari; il che appare correlato alle difficoltà burocratiche del SSN (a partire dall’emissione della stessa tessera sanitaria), all’accesso più rapido, alla presenza di mediatori ed alla disinformazione sui servizi offerti dal SSN.

*“Gli stranieri preferiscono utilizzare i servizi del terzo settore o l’ISI, anche se sono regolari, e dovrebbero accedere ai servizi offerti dal SSN, per la presenza di mediatori, di connazionali, per l’accesso più facile e meno burocratizzato” (Assessorato alla Sanità)*

## 5.2 L'informazione come problema

Tutti gli intervistati hanno rilevato una carenza di informazioni degli stranieri, regolari e non, rispetto al loro diritto di cura e alle modalità di accesso e fruizione dei servizi sanitari.

*“Molti non sanno che esistono strutture dove poter ricevere prestazioni di base o specialistiche come l’ISI, che esiste un codice STP col quale possono accedere a qualsiasi struttura sanitaria pubblica”* (Ambulatorio Bambini Immigrati O.I.R.M)

L’accesso corretto ai servizi dipende da diversi fattori: il tipo di sistema sanitario esistente nel paese d’origine, l’educazione sanitaria acquisita, il grado di scolarizzazione, il luogo di provenienza (città o campagna), la rete sociale ricreata nel paese d’accoglienza. In generale risulta difficile, per uno straniero, riuscire a orientarsi tra i vari servizi, e capire a quali strutture rivolgersi, in base alla sua domanda di salute. I servizi specialistici sono quelli meno utilizzati dagli stranieri, sia perché non li conoscono, sia per gli alti costi e il difficile iter burocratico, che molte volte non comprendono e a causa del quale rinunciano ad accedere.

*“Hanno difficoltà a capire come funziona un servizio, quali sono le possibilità che offre...sia per la burocrazia, sia perchè lo straniero può essere abituato ad un sistema sanitario diverso, per cui gli risulta difficile muoversi, soprattutto per le visite specialistiche”* (Pastorale Migranti)

*“Il problema è che molti ottengono le informazioni sul funzionamento o esistenza del servizio, dopo averlo utilizzato, mentre l’informazione dovrebbe essere precedente”* (Centro ISI Asl 2)

Anche molti stranieri regolari non sembrano essere consapevoli di avere lo stesso diritto di accesso e fruizione al SSN di un cittadino italiano, compresa la gratuità di molte prestazioni, la possibilità di avere un medico di base, ecc...e non riescono a capire che la posizione di regolarità, rispetto a quella di irregolarità, comporta un uso diverso del SSN. Molti, pur essendo regolari, continuano a rivolgersi alle strutture del volontariato e all'ISI.

*“C'è una grande confusione sui diritti degli immigrati...i regolari non sanno se devono usufruire del SSN o accedere ai servizi per gli irregolari, questo è il punto dolente della situazione attuale”* (Centro ISI Asl 2)

Molti irregolari, al contrario, pensano di non avere diritto ad alcuna assistenza oltre a quella del Pronto Soccorso, che viene utilizzato come se fosse un ambulatorio, e non una struttura preposta alle emergenze, oppure nel caso di un problema di salute avanzato.

*“Il problema principale è quello di un primo contatto con la struttura sanitaria, far capire che esiste un determinato servizio, soprattutto agli stranieri irregolari che non conoscono i loro diritti e non sanno che esistono delle strutture sanitarie pubbliche, come l' ISI, cui possono accedere e richiedere prestazioni di base e specialistiche”* (Pastorale Migranti)

Gli intervistati hanno sottolineato che una delle carenze maggiori del SSN riguarda la prevenzione, limite comune tra i cittadini italiani: l'accesso ai servizi è relazionale, in modo quasi esclusivo, al sorgere di un problema di salute grave.

*“Non c'è una grande campagna informativa a Torino, soprattutto nell'ambito della prevenzione...l'informazione deve essere capillare e ad personam”* (SER.MI.G)

*“Manca una cultura della prevenzione, perché quando il problema esplode si arriva al servizio tramite il PS o le Associazioni del volontariato”* (Pastorale Migranti)

*“La prevenzione è scarsa, i servizi vengono usati solamente quando se ne ha bisogno...anche a causa dei costi elevati”* (Centro ISI Asl1)

*“Mancano politiche di tipo preventivo...bisogna cominciare a diffondere informazioni sanitarie nelle scuole e programmare interventi e politiche continuative”*  
(Ambulatorio Migrazione e Salute)

Un altro problema è quello delle campagne informative che sono ritenute scarse, a causa dei costi alti e dei finanziamenti limitati, e troppo riduttive, perché gli stranieri vengono inclusi in un'unica categoria, senza considerare le diversità del loro vissuto e della loro cultura di appartenenza.

*“Una delle carenze del SSN è la tendenza alla generalizzazione...è diverso il vissuto di un marocchino che proviene dalla campagna da quello di uno che proviene dalla città”* (Ambulatorio Camminare Insieme)

Le campagne informative tendono ad uniformare il messaggio: l'unico “approccio” interculturale è la traduzione nelle diverse lingue, senza alcuna attenzione al gruppo culturale destinatario, con le sue esigenze e conoscenze.

*“Il messaggio non deve essere solo tradotto, ma deve essere interpretato con la mentalità dell'immigrato cui è indirizzato”* (Ambulatorio Migrazione e Salute)

*“Il messaggio deve essere inculturato a seconda del destinatario”* (Centro ISI Asl 2)

La divulgazione di informazioni sanitarie andrebbe, quindi, commisurata al bisogno e alla percezione di salute e malattia propria del paese d'origine, e richiederebbe il coinvolgimento di medici stranieri, comunità e associazioni di immigrati e del mediatore culturale, per migliorare e arricchire il messaggio e facilitare l'accesso ai servizi.

*“Il messaggio deve essere differenziato a seconda della cultura destinataria e commisurato al bisogno e alla capacità di apprendimento dell'utente cui è rivolto. Ecco perché nei servizi deve essere prevista la figura del mediatore interculturale...E' necessario spiegare e non imporre”* (Centro ISI Asl 1).



*“Bisognerebbe prestare più attenzione alla comunicazione, è importante capire come deve essere tradotto e trasmesso un messaggio. Forse ci sono delle esigenze che cambiano a seconda della cultura. Non bisogna pensare di imporre quelle che sono le nostre preoccupazioni sanitarie e le nostre esigenze, senza tener conto della cultura destinataria...bisognerebbe coinvolgere i medici stranieri, le comunità e le associazioni di immigrati...solo così si percepiscono quelle sfumature che altrimenti andrebbero perse” (Pastorale Migranti)*

Particolarmente complicate risultano le campagne di prevenzione alla gravidanza e al contagio di malattie sessualmente trasmesse. Risulta ancora alto il tasso di aborti tra le immigrate, e il rischio di contrarre una malattia infettiva a causa di rapporti non protetti. E’ stato evidenziato che gli uomini sono molto più restii delle donne ad adottare metodi contraccettivi e ad accedere ai servizi, se non in presenza di un problema di salute grave.

### **5.3 La capacità di risposta dei servizi**

Le risposte date dai servizi torinesi alle esigenze e richieste degli immigrati, in particolar modo se irregolari, sono ritenute adeguate, dal punto di vista dell’urgenza, mentre risultano carenti le prestazioni di carattere continuativo, che per legge possono essere garantite agli irregolari solo in particolari casi.

*“L’ottica è ancora quella dell’emergenza, soprattutto verso alcune categorie di stranieri. Nel campo dei minor si fa poco nell’ambito della prevenzione ed educazione...Il servizio è ancora un risolve emergenze, ci si attiva solo quando esplode il problema. Non ci sono investimenti di risorse, personale, culturali...Torino ha un’attenzione centrata sull’emergenza e, al limite, sui casi sociali che danno più fastidio” (Pastorale Migranti)*

*“Siamo usciti dall’ottica di emergenza, ma ancora c’è molto da realizzare prima di poter affermare che gli stranieri godono di una buona salute. La fase critica è passata, ci sono progetti diversi, ma ancora non si è sviluppata quella mentalità necessaria al raggiungimento di una piena integrazione. Speriamo che le cose cambino al più presto, anche a livello di scelte politiche, direi che da parte di molti operatori sanitari la volontà non manca”* (Centro ISI Asl 2)

*“L’assistenza sanitaria fornita nella Regione è sicuramente sufficiente dal punto di vista delle cure urgenti, il problema sono le cure continuative...l’aspetto sanitario è correlato sempre alle condizioni sociali in cui vive lo straniero”* (SER.MI.G)

Molte delle risposte sanitarie offerte dalla Città di Torino sono scaturite dalla sensibilità dei singoli operatori, che, a diretto contatto con la nuova utenza, hanno percepito la necessità di adeguare il servizio alle esigenze della nuova popolazione, senza avere il sostegno di alcuna decisione formale e istituzionale in tal senso. E’ evidente che l’iniziativa del singolo, o anche della singola Azienda, non è sufficiente a far fronte a problematiche così complesse, che richiederebbero risposte più articolate ed istituzionali.

*“Sicuramente alcune strutture sanitarie si stanno attivando, più per iniziativa dei singoli...chi fa le politiche non ha ancora percepito le esigenze e i problemi di cui sono portatori gli immigrati. Le strutture del volontariato si sono attivate per coprire le carenze del SSN”* (Ambulatorio Migrazione e Salute)

Anche la presa di coscienza, da parte degli Enti pubblici, dell’esistenza di problematiche all’interno delle strutture sanitarie, e le modalità con cui i servizi sono offerti, non ha portato, il più delle volte, alla costituzione formale di organismi appositi e ancor meno alla riorganizzazione del servizio stesso.

Ad alcuni operatori (forse la maggioranza) situazione torinese e italiana, in genere, sembra dunque essere ancora legata ad una logica di emergenza, dove l’immigrazione rappresenta ancora un’eccezione, un evento traumatico e inatteso che crea allarme e problemi; ad altri sembra, invece, che la città sia uscita dalla situazione di urgenza e stia

sviluppando politiche e progetti di tipo integrativo, seppur in maniera lenta e con grandi difficoltà.

*“La città di Torino è sicuramente una delle città che, in percentuale, ha attivato più servizi per gli stranieri...ma le strutture pubbliche non si sono adeguate alle esigenze degli immigrati. Si risponde ancora a logiche di emergenza, nonostante si parli già di seconda o terza generazione. In tutti i servizi, non solo in quelli sanitari, non esiste alcuna progettualità di intervento”* (Centro ISI Asl 1)

*“Probabilmente può sembrare che Torino non stia mettendo in atto politiche adatte a risolvere il problema, ma in realtà si stanno cercando risposte adeguate ai bisogni degli stranieri, tramite una maggiore diffusione delle informazioni, corsi di aggiornamento...è chiaro che le cose da fare sono ancora molte”* (Ufficio Stranieri e Nomadi)

*“Sono stati istituiti servizi ad hoc, come i Centri ISI, sono stati attuati numerosi progetti che riguardavano alcune zone territoriali specifiche, soprattutto nei Consultori. E’ vero che manca ancora un vero lavoro di rete, la Regione aveva cercato di coordinare le prestazioni che devono essere fornite agli stranieri...ma il tentativo non è proseguito”* (Assessorato alla Sanità)

*“Siamo ancora nell’ottica dell’emergenza, dal punto di vista sanitario ci sono ancora poche normative che si occupino degli stranieri in termini continuativi e duraturi e che considerino lo straniero un utente, al pari del cittadino italiano...”* (Cooperativa San Donato)

Il rischio è che i servizi pubblici e l’Amministrazione deleghino al terzo settore la messa in atto di azioni risolutive di situazioni critiche, e non mettano in atto politiche strutturali e durature. L’intervento dei privati, e delle poche strutture pubbliche sensibili alle esigenze degli immigrati, diventa una giustificazione del disimpegno delle Istituzioni.

## 5.4 Il problema delle risorse finanziarie e normative

Agli stranieri irregolari, la maggior parte delle prestazioni, continua ad essere offerta dagli Enti religiosi e dalle Associazioni del volontariato, che dispongono di risorse economiche limitate e non sufficienti a garantire un numero di servizi adeguato e con personale qualificato (per esempio il mediatore). Le risorse economiche insufficienti caratterizzano anche le strutture sanitarie pubbliche, e sono legate a scelte politiche di carattere nazionale. Gli stessi Centri ISI, o gli Ambulatori ospedalieri particolarmente attenti alle problematiche migratorie, dispongono di risorse limitate, sia economiche che di personale impiegato, rispetto ai tassi d'accesso e alle richieste degli stranieri.

*“Purtroppo le risorse delle Aziende sanitarie sono limitate, bisogna cercare di rimanere all'interno di certi costi e questo si riflette nelle campagne informative, nelle prestazioni, nell'organico...i finanziamenti non sono alti, quelli predisposti dalla L.40 si aggirano attorno ai 4 miliardi di lire e finanziano 120 progetti da 20 mila euro. I finanziamenti del comune rasentano i 2 miliardi l'anno...i progetti vengono finanziati a seconda dell'indirizzo politico...il SSN non è adeguato, i fondi sono limitati e le Asl tendono a dire di no”* (Centro ISI Asl 1)

*“Tutto è fatto per iniziativa personale, la Asl non ci finanzia e l'Ospedale ci fornisce solo i locali, gli infermieri che condividiamo con un altro reparto e due medici...alla fine dell'anno dobbiamo sempre cercare nuovi finanziamenti...l'Ospedale sa che esistiamo, non ci impedisce di lavorare, anche con gli stranieri irregolari, ma non ci aiuta in nessun modo a trovare risposte adeguate per costoro...il problema dell'immigrazione deve essere risolto al più presto...la Sanità non può continuare ad ignorare che esistano gli stranieri irregolari, delegando il terzo settore a offrire loro assistenza. Le prestazioni sanitarie, a causa dei tagli, sono insufficienti”* (Ambulatorio Migrazione e Salute)

E' stato sottolineato, dagli operatori sanitari sia pubblici che privati, che i finanziamenti predisposti dalla legge 40 sono insufficienti a coprire le richieste di assistenza e cura da parte degli immigrati, in particolar modo degli irregolari. Le spese reali sono nettamente superiori alle risorse elargite dagli Enti privati (nel caso del terzo settore), dalla Regione e dalla Provincia, le quali finanziano numerosi e differenti progetti territoriali rivolti all'integrazione e assistenza degli stranieri, regolari e non.

*"I finanziamenti regionali sono limitati, ma questo dipende da scelte nazionali...la Bossi-Fini ha scelto questa direzione"* (Ufficio Stranieri e Nomadi)

*"Il problema principale è di carattere politico, finché si rimarrà convinti che l'immigrazione è un problema da risolvere in termini di polizia e repressione, non si troverà mai una soluzione...i servizi hanno recepito il problema sanitario, ma siamo lontani da una risoluzione...noi siamo tutti volontari, i finanziamenti di cui disponiamo sono per la maggior parte privati, la Regione ci aiuta pochissimo, praticamente ci autofinanziamo. Le risorse di cui disponiamo sono limitate rispetto alle esigenze"* (Ambulatorio Camminare Insieme)

*"Il deficit maggiore del SSN è politico, se il Governo continua ad emanare leggi sempre più restrittive, il problema non si risolve di certo...finché non risolviamo la questione dell'integrazione non si potranno risolvere gli altri. L'Ambulatorio è finanziato dall'Ospedale e non usufruisce di finanziamenti regionali, qualora l'Ospedale decidesse di ridurre i costi, l'Ambulatorio potrebbe anche chiudere"* (Ambulatorio Bambini Immigrati O.I.R.M)

Dalle interviste è emerso che il problema di fornire un'assistenza continuativa e preventiva agli stranieri irregolari, non dipende solamente dalla volontà di chi mette in atto le politiche a livello locale e regionale, ma soprattutto dalla legislazione nazionale, la quale ha chiaramente scelto di fornire agli irregolari solamente l'assistenza "a bassa soglia" e di non attuare alcun intervento di carattere istituzionale.

*“Il problema principale è quello relativo alla continuità delle cure, soprattutto per gli irregolari...i centri ISI sono stati istituiti per offrire assistenza agli irregolari, ma non sono presenti in ogni Regione, perché ognuna ha attuato un percorso diverso...all'interno della stessa Regione o addirittura Comune le risposte date dai servizi non sono sempre le stesse...è necessario una maggiore coordinazione...invece il servizio vive ancora l'immigrato come problema” (Centro ISI Asl 1)*

Sembrano mancare politiche di tipo continuativo, con comuni modelli di intervento e prassi lavorative minime, anche se, in alcune realtà, esiste una collaborazione tra il servizio sociale e quello sanitario pubblico, nonché tra le diverse strutture sanitarie aziendali territoriali ed extraterritoriali.

*“Esistono progetti interaziendali e interregionali, attualmente stiamo sviluppando un progetto con altre Aziende...Con grandi difficoltà collaboriamo coi servizi sociali, molte volte ci viene richiesta una collaborazione maggiore rispetto a quella che possiamo offrire, noi non siamo un servizio sociale. Cerchiamo di appoggiarci alle comunità religiose o al volontariato. Nel nostro Centro ISI c'è un'assistente sociale, questo facilita le cose però noi siamo un servizio sanitario, non abbiamo la possibilità di fare più di tanto...Uno dei problemi maggiori è quello di una rete tra enti diversi, che stiamo cercando di sviluppare con un progetto che è partito l'anno scorso... finché la richiesta è sanitaria interveniamo noi, oltre devono attivarsi le strutture del volontariato e dei servizi sociali. Noi siamo in contatto con le associazioni del volontariato con cui collaboriamo per diffondere informazioni sanitarie diversificate per etnia. Stiamo cercando di costruire una rete che, però, non si può costruire da un momento all'altro” (Centro ISI Asl 2)*

Essendo le azioni d'intervento soluzioni non predefinite, né coordinate, in molti casi manca una collaborazione tra le diverse ASL e Aziende Ospedaliere sul tipo di prestazioni da fornire, o sul modo di offrirle; le ASL non dispongono di una banca dati comune, né vi è uno scambio di informazioni sulle patologie o strategie messe in atto per meglio rispondere alle necessità dell'utente. Molte volte infine le richieste dei pazienti vanno al di là delle prestazioni che il servizio sanitario è tenuto ad offrire, e gli operatori

non sanno come poter aiutare la persona, se non rivolgendosi, o inviandola, alle parrocchie o al volontariato.

*“Noi collaboriamo molto con gli ospedali della Città e con le assistenti sociali che lavorano all’interno delle strutture ospedaliere...cerchiamo di trovare insieme una possibile soluzione ogni volta ci si presentano situazioni difficili di stranieri irregolari... C’è la volontà di collaborare e attuare un lavoro di rete sia da parte dell’Amministrazione che da parte delle associazioni del volontariato”* (Ufficio Stranieri e Nomadi)

*“All’ interno del nostro Ambulatorio è presente un’assistente sociale che si preoccupa di risolvere i casi sociali più gravi. Il problema viene risolto però nell’immediato, non esiste un lavoro di rete continuativo che completi l’intervento e sia in grado di seguire il paziente”* (Ambulatorio Migrazione e Salute)

## **5.5 Le forme di coordinamento richieste**

*“Per gli stranieri irregolari non si può ancora parlare d’integrazione, ma non è un discorso solamente sanitario. L’orientamento generale scelto dagli uffici istituzionali prevede che non ci si occupi di loro, che non possano usufruire di un servizio continuativo, avere diritto alla casa, al lavoro etc...Essere cittadino irregolare significa aver diritto a ben poche prestazioni “istituzionali”, per cui molto spesso si ricorre al volontariato e privato sociale. I servizi pubblici non offrono servizi per gli irregolari, non possono prendersi in carico queste persone, si cerca di risolvere queste situazioni appoggiandosi al terzo settore...La legge ha volutamente escluso che gli irregolari avessero possibilità di aiuto in tal senso”* (Servizio sociale- Ospedale molinette).

Le soluzioni prospettate dagli operatori riguardano:

- un miglior livello di coordinamento e comunicazione tra i servizi, pubblici e privati;
- scelte politiche che spingano a reali interventi di integrazione;
- la messa in atto di politiche preventive, che evitino il sorgere di situazioni sociali e sanitarie gravi;
- l'inserimento, all'interno dell'organico, di figure nuove, che sappiano relazionarsi con le diverse comunità e svolgano una funzione di accompagnamento all'interno del servizio;
- la riorganizzazione del servizio, adeguando l'offerta delle prestazioni alle richieste degli utenti e formando il personale, sia dal punto di vista legislativo che relazione;
- una maggiore presa in carico degli stranieri in difficoltà, attraverso la programmazione di piani d'intervento continuativi;
- una maggiore attenzione, da parte del SSN, alle richieste e necessità degli stranieri, da considerare come una priorità delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

*“E’ indispensabile studiare percorsi, sportelli, progetti, figure che sappiano creare un ponte tra il paziente e il servizio...magari mentre si è in Questura si potrebbero mettere dei pannelli informativi, oppure la Asl stessa potrebbe fornire una guida con tutti i servizi al momento del rilascio della tessera sanitaria...bisogna aumentare la cultura sanitaria, perché si corre il rischio di creare un servizio che di per sé funziona, ma non si conosce e ha un accesso limitato rispetto al potenziale bacino d’utenza” (Pastorale Migranti).*



## 5.6 Problemi di preparazione e formazione degli operatori

Secondo gli intervistati, una delle priorità che il SSN deve perseguire, nell'ottica di un'apertura multiculturale, è la ridefinizione e l'aggiornamento dei servizi esistenti, che sono pensati per un ambiente "monoculturale".

*“Non tutti gli stranieri sono preparati ad affrontare le pratiche e gli iter burocratici necessari per accedere al SSN, a partire dall'emissione della tessera sanitaria”* (Ambulatorio Camminare Insieme)

*“L'iter burocratico complica la vita dell'utente e le lunghe attese e la frammentarietà scoraggia l'utilizzo di un servizio, specie se specialistico...a volte poi esistono delle opportunità di cura che non sono chiare neppure all'operatore...agli sportelli soprattutto manca una preparazione alla relazione e al dialogo”* (Pastorale Migranti)

I problemi di prospettiva del SSN riguardano la staticità e l'inefficienza delle strutture sociosanitarie nel dare una risposta adeguata alle esigenze dei pazienti stranieri, la scarsa attenzione verso la medicina transculturale e il possibile utilizzo di medicine tradizionali. Sul piano organizzativo sono connessi all'incomunicabilità tra i vari settori, inter ed extra aziendali e alla mancanza di informazioni degli operatori della normativa e dei diritti di salute degli stranieri.

*“L'iter burocratico, la frammentarietà, i dati relativi alle prestazioni fornite agli stranieri, alla tipologia d'utenza o alle principali patologie di cui dispone il servizio sanitario non aggiornati...la scarsa collaborazione tra i servizi pubblici, costituiscono i deficit maggiori del SSN”* (Cooperativa San Donato)

*“Credo che attualmente gli operatori non siano preparati, però si stanno attuando corsi di formazione e di preparazione universitaria” (Ambulatorio Bambini Immigrati-O.I.R.M)*

Rispetto a questi problemi, benché molti abbiano sostenuto che le ASL e gli Ospedali abbiano attivato corsi, promossi dalla Regione o dall’Azienda stessa, la formazione risulta ancora inadeguata, sia dal punto di vista legislativo, sia da quello più propriamente culturale e relazionale.

*“Ultimamente la formazione è diventata obbligatoria perché dà dei crediti e aumenta il punteggio...sugli stranieri direi che la formazione attuale degli operatori non è sufficiente, se chiedessimo cosa dice la circolare del 2000, molti non saprebbero rispondere, anzi alcuni non sanno neppure che esiste o come interpretarla...questo rende i servizi ancora più complicati e diversificati tra loro. La sfera alta magari conosce la normativa, ma il personale medico e amministrativo no...è necessario dare una risposta univoca alle richieste degli utenti” (Centro ISI Asl 1)*

La scarsa formazione è correlata ai tagli delle risorse elargite alle Aziende, ed anche alla scarsa sensibilità e voglia di relazionarsi dell’operatore e del servizio all’utente straniero, visto come problema, perché comporta “una perdita di tempo”. All’interno del servizio sanitario pubblico, sembra esserci ridotto spazio per un dialogo e per un approccio diverso col paziente, che vada al di là del semplice rapporto clinico, e comprenda una accurata anamnesi del suo vissuto.

*“All’interno del servizio non si ha voglia di approfondire...se devi visitare uno straniero non bastano 5 minuti, devi spiegargli non solo il tipo di patologia, ma anche il perché della cura e terapia...si perde tempo. Purtroppo all’interno delle Aziende sanitarie si è valutati in base al numero di visite che si fanno, se si devono perdere 30 minuti per uno straniero, si preferisce visitare 4 italiani” (Ambulatorio Migrazione e Salute)*

*“I servizi pubblici si stanno aggiornando, direi che la formazione esiste, magari i medici non prestano molta attenzione al paziente...di sicuro non c'è spazio per il dialogo...al PS gli operatori dovrebbero prestare più attenzione al paziente, anche chiedendo una collaborazione alle Associazioni che lavorano a diretto contatto con gli stranieri” (SER.MI.G)*

La scarsa preparazione investe anche l'ambito delle conoscenze normative; gli operatori, il più delle volte, si rivolgono agli assistenti sociali o ai mediatori, per avere informazioni sui diritti di cura degli irregolari, perché ignorano le disposizioni di legge (ad esempio, molti non conoscono il contenuto della circolare 2000, che disciplina e definisce le cure urgenti, essenziali e continuative da garantire agli immigrati irregolari).

*“Il personale sanitario fa molto riferimento a noi anche a livello normativo, non sanno quali sono i diritti o le modalità d'accesso degli stranieri. Non siamo preparati nemmeno noi operatori sociali, molto spesso quando ci viene segnalato un caso ci mettiamo in contatto con l'Ufficio Stranieri perché c'è talmente tanta specializzazione che, o sei uno che si specializza e si occupa solo di quello o per forza devi fare affidamento su qualcun altro” (Servizio Sociale-Molinette)*

*“Gli operatori devono essere preparati meglio, sia dal punto di vista relazionale che dal punto di vista normativo, base dalla quale non si può prescindere. Molti operatori non conoscono ancora le leggi, la formazione è in generale molto bassa. Esiste ancora una discriminazione verso gli stranieri, anche se minore rispetto a quella di alcuni anni fa” (Centro ISI Asl 2)*

Un'altra carenza riguarda l'incapacità degli operatori di relazionarsi agli utenti stranieri con una modalità adeguata, attenta alle esigenze del paziente e aperta a un dialogo di tipo transculturale. Gli operatori non sembrano preparati al confronto col paziente straniero, perché non dispongono di strumenti adatti a comprendere una diversa

percezione di malattia, salute e morte legata alla cultura d'origine della persona con cui entrano in contatto.

*“Manca del tutto una capacità di relazione...e quando si parla di stranieri il problema si complica, la normativa è complicata, si crea un circolo vizioso...i servizi non sono elastici, la persona si sente rifiutata dal sistema e non vi accede, pur avendone diritto”* (Pastorale Migranti)

Dalle interviste è risultato che gli operatori, in generale, prestano una scarsa attenzione al paziente nel momento in cui comunicano una diagnosi o prescrivono una terapia; molte volte essa non viene spiegata ma quasi “imposta”, con il rischio che il paziente non la segua nel modo corretto. La difficoltà nel trovare una risposta adeguata fa sì che anche gli stranieri regolari, che beneficiano di tutte le prestazioni offerte dal SSN, continuino a non utilizzare le strutture pubbliche, e a rivolgersi al volontariato, dove sanno di poter trovare operatori disponibili al dialogo, e risposte di carattere non solo sanitario, ma anche socio-assistenziale. La staticità del SSN è percepita come un problema da tutti gli intervistati, che premono per un'apertura interculturale e un cambiamento del servizio, in risposta alle problematiche ed esigenze degli stranieri. Tutti sostengono che non è necessario, né utile per l'integrazione degli stranieri, creare nuovi servizi a loro specificatamente dedicati, perché questo comporterebbe una maggiore ghettizzazione e non gioverebbe ad alcuna apertura multiculturale della società. Al contrario, si dovrebbero riorganizzare quelli esistenti, con una formazione più adeguata degli operatori, e con l'introduzione di nuove figure, in grado di percepire meglio la domanda dei nuovi utenti e fornire input per migliorare il servizio.

## 5.7 L'integrazione sanità e assistenza

Uno dei deficit maggiori del SSN, in genere, e dei servizi torinesi, è la scarsa e difficile collaborazione tra il settore sanitario e quello sociale nel fronteggiare le problematiche degli stranieri irregolari, che sono in condizioni di disagio sociale, al momento delle dimissioni dalla struttura ospedaliera o dopo l'accesso al servizio sanitario. Gli intervistati sono concordi nel sostenere che, se per un irregolare è difficile l'accesso e la fruizione ai servizi, ancora di più lo diventa il momento in cui l'opera della struttura sanitaria è conclusa e il paziente deve essere dimesso.

*“Mentre per la persona in posizione regolare che si trova a vivere in difficili condizioni sociali per svariate ragioni, si aprono tutta una serie di ipotetiche soluzioni favorite dall'attivarsi dei servizi sociali...per lo straniero irregolare le possibilità di aiuto sono molto più problematiche, e ci si appoggia interamente al terzo settore....Purtroppo è la distinzione scelta dalla legge che ci impone questo; lasciare una persona in ospedale costa sicuramente di più rispetto a creare strutture pubbliche in cui poterli inviare. La filosofia della legge è che non devono esistere servizi per gli irregolari perché non devono esistere queste persone”* (Servizio Sociale- Molinette)

*“Non possiamo fronteggiare anche i problemi sociali, la nostra ragion d'essere è, un'altra...i problemi vengono segnalati all'assistente sociale, all'Ufficio Stranieri o ci rivolgiamo al terzo settore perché siamo impossibilitati a trovare una soluzione di tipo istituzionale”* (Centro ISI Asl 2)

*“Il problema principale non è quello dell'accesso, ma dell'uscita dai servizi...una persona regolare una volta che è stata dimessa ha diritto ad una serie di prestazioni qualora si trovi in difficoltà...la persona irregolare malata o che ha subito un intervento e deve essere dimessa, dove può andare? La legge ti vieta di aiutarli e ci si rivolge alle*

*associazioni di volontariato...manca il post-ospedale...si rischia di tenere una persona in ospedale o dimetterla anche se non ha un alloggio” (Ufficio stranieri e Nomadi)*

Secondo gli operatori è necessario creare, ove non esista, e rafforzare, ove invece è già attiva, una collaborazione e un lavoro di rete tra operatori sanitari e sociali, in modo tale che il lavoro di entrambi non si sovrapponga e favorire, anche con una maggiore sensibilizzazione degli Enti pubblici, soluzioni che vadano oltre l’assistenza temporanea del volontariato, impossibilitato a far fronte a tutte le richieste.

*“C’è una scarsa integrazione tra servizio sanitario e sociale, le politiche non tengono conto che i problemi sanitari sono prima di tutto problemi sociali” (Ambulatorio Migrazione Salute).*

## **5.8 L’accesso e le sue barriere**

Il primo contatto tra il servizio, pubblico o volontario, e l’utente straniero avviene di solito tramite il passaparola tra i membri della stessa comunità, oppure per un precedente contatto con una struttura sanitaria, un’associazione o con l’Ufficio Stranieri. L’accesso ai servizi è correlato, secondo quanto emerso dalle interviste, alla rete sociale che si ricrea nel paese d’arrivo e al grado di scolarizzazione.

*“Esiste una disuguaglianza nell’accesso ai servizi (riscontrabile anche negli italiani) tra coloro che hanno una bassa scolarizzazione, hanno una rete sociale ridotta e scarse competenze linguistiche...l’accesso è proporzionale al grado di cultura, rete sociale e scolarizzazione” (Assessorato alla Sanità)*

*“Il modo di utilizzare un servizio dipende dalla provenienza, cultura e sistema sanitario che avevano nel paese d’origine” (Centro ISI Asl 1)*

Contano, quindi, l'educazione sanitaria acquisita, il tipo di sistema sanitario esistente nel paese d'origine, le informazioni sul funzionamento della sanità nel paese in cui si emigra e la conoscenza della lingua. Infine il concetto di corpo, salute e malattia, è strettamente correlato al contesto socio-culturale d'origine ed influenza l'accesso alla struttura sanitaria e il tipo di prestazione richiesta. Questo differenzia i gruppi etnici: mentre in alcune società, come quelle dell'Est, il sistema sanitario non è molto dissimile dal nostro, altre hanno un sistema di cura completamente differente, a volte, in netto contrasto con il nostro SSN.

*“L'educazione sanitaria e il modo in cui si accede e utilizza un servizio, dipende da molti fattori: provenienza, esperienze pregresse, formazione avuta, livello economico del paese di provenienza...fare delle generalizzazioni è difficile, molto spesso noi pensiamo che tutti gli immigrati siano poveri, ignoranti mentre non è così...sicuramente bisogna considerare che ci sono anche coloro che, rispetto ai nostri standard, hanno una cura della propria persona bassa e pratiche igienico-sanitarie obsolete”* (Pastorale Migranti)

*“L'educazione sanitaria che hanno, in genere, non è sufficiente...dipende comunque dal grado di scolarizzazione e dalla provenienza...indubbiamente pesa la cultura d'origine, soprattutto per gli africani che sono legati a tradizioni e riti che pesano tantissimo sui loro comportamenti”* (Ambulatorio Migrazioni e Salute)

Le difficoltà aumentano anche in relazione alla lingua, risulta più facile per un sudamericano capire e farsi capire, piuttosto che per un immigrato proveniente dai paesi africani o orientali. Secondo gli operatori, sebbene sottolineino che non bisognerebbe generalizzare, gli immigrati non utilizzano in modo corretto i servizi, e i comportamenti che adottano, molte volte, li espongono a maggiori rischi per la loro salute. La fruizione, allo stesso modo dell'accesso, è correlata alla cultura del paese d'origine, alle esperienze pregresse, al grado di scolarizzazione e d'integrazione raggiunto nel paese in cui emigrano.

Molti immigrati, pur avendo un certo grado di istruzione, pur conoscendo la lingua e i rischi a cui espongono il proprio corpo, non possono comportarsi diversamente perché in posizione d'irregolarità e costretti a vivere in ambienti promiscui e malsani, a lavorare in nero, senza alcuna tutela, e a sottoporre il proprio corpo a sforzi eccessivi, anche in presenza di un problema di salute, per riuscire a sopravvivere.

*“Il problema di salute assume una rilevanza di carattere sociale perché il proprio corpo e la propria salute costituiscono gli unici mezzi di sopravvivenza...molte volte si tralasciano i problemi o non se ne curano perché non possono. Se sono irregolari e lavorano in nero non sono tutelati in alcun modo...” (SER.MI.G)*

E' evidente che il problema di salute di uno straniero irregolare, soprattutto, è strettamente correlato ad una situazione sociale problematica. Tutti gli intervistati sostengono che le richieste di cui sono portatori quasi tutti gli stranieri, hanno una natura che non è prettamente sanitaria, ma contiene implicazioni di carattere sociale; la domanda sociale assume, infatti, un'importanza uguale, se non maggiore, rispetto a quella di cura.

*“La salute è strettamente connessa alle condizioni di vita, se anche vengono offerti servizi adeguati, ma le condizioni di vita in cui sono costretti a vivere sono malsane, il problema di salute non si risolve...” (Assessorato alla Sanità)*

*“Le domande di salute sono sempre correlate ad una richiesta sociale che deriva dalla mancanza di un lavoro, di una casa. La domanda sociale come importanza per l'immigrato è uguale o superiore alla domanda di salute” (Centro ISI Asl 2)*

Alcune volte le patologie riscontrate, in sé non gravi, lo diventano per il contesto e le condizioni sociali in cui si trova l'immigrato, soprattutto se irregolare, e la richiesta stessa di cura costituisce l'incipit per una richiesta di assistenza molto più ampia.



*“Se si pensa che l’immigrato abbia una cultura sanitaria inadeguata e che per questo sia portatore di patologie infettive, ci si sbaglia di grosso...piuttosto è vero il contrario, molti hanno contratto qui patologie che non conoscevano, allergie, depressione, stress...la quasi totalità dei casi visti, presentava patologie irrilevanti, diventano poi un problema per le condizioni in cui vivono” (Ambulatorio Camminare Insieme)*

Esistono delle comunità con cui, in ogni caso, risulta più difficile entrare in contatto. Secondo i dati statistici la comunità cinese è da annoverare tra le prime dieci nazionalità presenti nel territorio cittadino, ma agli “occhi” dei servizi (non solo sanitari) sembrano essere invisibili. L’accesso privilegiato (anche se non è l’unico) è quello del PS, al quale si rivolgono quando il problema di salute è grave e ciò, solitamente, avviene nelle ore notturne, dopo la chiusura dei ristoranti. Anche nei Centri ISI e nelle Associazioni di volontariato la loro presenza, paragonata a quella delle altre etnie, è bassa.

*“Ci sono delle comunità che sono più chiuse perché sono più diffidenti e hanno maggiore difficoltà a relazionarsi con gli altri...il caso dei cinesi è legato alla loro cultura, profondamente diversa dalla nostra in campo sanitario, in più la lingua rende ancora più difficile l’accesso. Molte volte poi la normativa crea ancora più confusione, uno che era irregolare fino ad una certa data, diventa regolare, ma il modo di accedere ai servizi non cambia” (Ambulatorio Camminare Insieme)*

*“Le origini di questo scarso uso del SSN sono riscontrabili, prima di tutto, nella natura stessa del loro progetto migratorio” (Assessorato alla Sanità)*

*“Mentre gli stranieri delle altre comunità tendono ad emergere e regolarizzarsi e arrivano in qualche modo al servizio, i cinesi sembrano avere una volontà predefinita di non integrazione, rimangono chiusi all’interno della propria comunità che sembra prevalere rispetto alla volontà del singolo individuo” (Centro ISI Asl 2 )*

*“In qualsiasi parte del mondo si trovino, ricostruiscono un vincolo sociale molto forte e continuano ad utilizzare i loro medici e le loro pratiche curative”* (Ufficio Stranieri e Nomadi)

Alcuni operatori hanno evidenziato che nelle strutture in cui è stato inserito il mediatore cinese il loro accesso è aumentato, sia perché viene meno l’ostacolo comunicativo, sia perché il mediatore diventa il punto di riferimento per qualsiasi problema e necessità: è con lui, non con l’operatore italiano, che instaurano un rapporto di fiducia.

*“Sicuramente il problema principale è legato alla lingua...si presentano tardi ai servizi, finché la malattia non è conclamata non accedono, soprattutto se irregolari. Però l’inserimento del mediatore favorisce l’accesso, da quando è presente nel servizio, sono molto più visibili”* (Centro ISI Asl 1)

## **5.9 La funzione e la formazione del mediatore culturale**

Le opinioni espresse dagli intervistati sulla necessità di inserire, all’interno del servizio sanitario, il mediatore linguistico-culturale non sono univoche. Da una parte, tutti concordano nel sostenere che i problemi di incomprensione linguistica creano una situazione conflittuale, di sfiducia e un sentimento d’impotenza negli operatori e nell’utente straniero.

*“Il mediatore è fondamentale all’interno del servizio, non solo per un discorso dell’interpretariato, ma proprio per un discorso culturale. Capita di trovarsi davanti a casi di cui non si riesce a capire il comportamento delle persone o a capire realmente la*

*situazione, perché noi ci comportiamo in modo del tutto diverso...ti capita di scontrarti con un altro modo di vedere le cose, con una diversa scala di valori e capisci di non avere gli strumenti per comprendere la loro realtà...La percezione della salute, malattia, morte è molto diverso dalla nostra... Mi è capitato di assistere a comunicazioni di diagnosi a cittadini stranieri a cui si comunicava una malattia grave e mi stupisco, a volte, del modo in cui affrontano le cose, totalmente diverso dal nostro” (Servizio Sociale-Molinette)*

Dall'altra, mentre il concetto di mediazione culturale è evidente per tutti, la definizione del ruolo e della funzione del mediatore all'interno del servizio e il tipo di formazione che deve avere, non sono ancora chiari, né uguali per tutti. I suoi ambiti di intervento, di conseguenza, possono essere diversi all'interno di strutture dello stesso tipo.

*“In alcuni servizi la sua funzione prevalente è quella di semplice traduttore, in altri la sua presenza è indispensabile per stabilire un dialogo e uno scambio reciproco tra utente straniero e operatore, per facilitare la comprensione dei vari codici culturali, verbali e comportamentali ed instaurare un clima di fiducia che permetta, ad entrambi, di potersi esprimere liberamente e senza alcun disagio” (Pastorale Migranti)*

*“Il mediatore aiuta sicuramente il servizio, il problema è che deve essere formato adeguatamente, sia a seconda della cultura d'appartenenza, sia a seconda del servizio in cui deve essere introdotto...non deve focalizzarsi solo sulla difficoltà linguistica...deve avere dei compiti e delle competenze con cui il servizio deve crescere” (Centro ISI Asl 1)*

*“I mediatori non sono formati adeguatamente, purtroppo anche se hanno un ruolo di tramite tra la nostra e la loro cultura, molto spesso sono proprio loro a porsi come semplici interpreti, spesso perché vengono richiesti per questo, anche perché il personale in genere non è nell'ottica di indagare nel vissuto della persona, si chiama il mediatore perché c'è un problema di diagnosi, di terapia che deve essere spiegato e si fa affidamento al mediatore. Però anche loro dovrebbero porsi in un altro modo” (Servizio Sociale-Molinette)*

Questo comporta che il suo ruolo si esaurisca nella semplice traduzione linguistica, e non si prenda in considerazione la funzione di mediare i malintesi e le incomprensioni che si possono creare, così da svolgere una funzione di accompagnamento degli stranieri all'interno del servizio e avviare, in collaborazione col medico, percorsi di cura adeguati.

*“Molte volte vi è, da parte dei servizi, un uso ingenuo della mediazione perché si pesa solo il problema linguistico, non tenendo conto dell'aspetto culturale e non considerando i rapporti che esistono tra le varie etnie...è fondamentale per l'innovazione del servizio e per attivare progetti”* (Assessorato alla Sanità)

*“Il mediatore svolge una duplice funzione, facilitare l'accesso e fruizione del SSN da parte dell'immigrato, pubblicizzando il servizio nelle varie comunità...mediare la cultura del paziente con quella dell'operatore, se la mediazione non è equilibrata si rischia di allontanare il paziente dal servizio stesso...la mediazione deve rappresentare una possibilità in più, non un irrigidimento”* (Pastorale Migranti)

Per contro nelle strutture in cui è presente lo stesso mediatore da un certo periodo di tempo, che è stato formato sulla funzione che svolge il servizio e ha un preciso ruolo all'interno dello stesso, il suo operato viene ritenuto indispensabile.

*“Il mediatore svolge un'azione preziosa nel nostro servizio, fornisce gli stimoli per l'organizzazione di progetti, per l'approfondimento di certi argomenti, per l'attivazione di domande...accompagna lo straniero...è importantissimo perché conosce l'aspetto antropologico dello straniero e aiuta il medico a trovare le soluzioni più adatte”* (Ambulatorio Migrazione e Salute)

*“La presenza del mediatore fa sentire il paziente a proprio agio e incoraggia l'accesso al servizio degli stranieri della sua stessa etnia...abbiamo sperimentato che se c'è un mediatore arabo, il 60% dei pazienti che si presentano quel giorno al servizio è di lingua araba. Il nostro lavoro è semplificato...è impensabile istituire un servizio sanitario dedicato agli stranieri senza la presenza del mediatore, senza il quale non si possono*

*capire a pieno le problematiche e gli atteggiamenti della persona che ci sta di fronte”*  
(Centro ISI Asl 2)

E’ stato sottolineato che le poche risorse di cui dispongono ASL e AO e i finanziamenti stanziati dalla Provincia, non permettono l’istituzione definitiva, all’interno del servizio, di questa figura, né la loro presenza in tutti i servizi socio-sanitari. In pochissimi è stato assunto almeno un mediatore a tempo pieno; nella maggior parte è presente solo 1 o 2 volte alla settimana, e si alterna con mediatori di altre nazionalità; in altri ancora è una figura “a chiamata”, quando si presenta uno straniero che non conosce l’italiano, né una lingua veicolare.

*“Il suo ruolo è ancora quello marginale di traduttore, non è una figura integrata nel servizio ma complementare e risponde ancora ad una situazione di emergenza, quando c’è un bisogno si chiama, mentre dovrebbe essere integrato al servizio...il suo ruolo e la sua funzione cambiano a seconda delle esigenze e aspettative degli operatori e dei servizi...bisogna definire il ruolo che deve svolgere e integrarlo pienamente nel servizio in modo continuo”* (Cooperativa San Donato)

*“All’interno della maggior parte delle strutture pubbliche, il mediatore non è una figura pienamente integrata al servizio, ma complementare ad esso”* (Centro ISI Asl 1)

*“I mediatori fanno parte di una cooperativa, sono figure esterne al servizio che vengono chiamate in caso di necessità di interpretariato linguistico, nel momento in cui si deve comunicare una diagnosi o sorge un problema di altro genere”* (Servizio Sociale-Molinette).

Secondo il parere di molti, il mediatore dovrebbe essere inserito tra gli operatori del servizio e non essere una figura esterna e supplementare; le istituzioni dovrebbero investire di più sulla loro formazione e definire meglio quale ruolo debba assumere all’interno del servizio.

## **CAPITOLO SESTO**

### **ELEMENTI CONCLUSIVI**

#### **1. I limiti nella normativa**

Negli ultimi decenni il fenomeno migratorio ha registrato, nel nostro Paese, una notevole espansione: se nel 1990, si registravano meno di 500 mila immigrati, oggi gli stranieri extracomunitari regolari sono circa 2 milioni e 600 mila, di cui 400 mila i minori.<sup>143</sup> L'ondata crescente e diversificata di stranieri immigrati (in Italia provengono da più di 110 paesi diversi), ha causato l'insorgere di non pochi problemi nella gestione della salute pubblica, dovuti, principalmente, alle carenze legislative e ai conseguenti ritardi nella scelta delle politiche sanitarie da adottare.

Per lungo tempo, Stato sociale, normativa e servizi non hanno preso in considerazione il fenomeno immigratorio, e le problematiche socio-sanitarie che esso comportava. La scarsa attenzione politica al fenomeno non ha favorito l'attuazione di politiche d'integrazione, né un adeguamento dell'offerta dei servizi sanitari a problemi e richieste di salute dei nuovi pazienti.

La tutela alla salute, è stata subordinata, fino alla metà degli anni '90, allo status giuridico, alla residenza e alla condizione lavorativa dello straniero, negando a chi si trovava in posizione di irregolarità l'accesso al SSN. Solo nel '95,<sup>144</sup> viene sancito il diritto alla salute per tutti, indipendentemente dalla posizione giuridica. Viene meno, per lo straniero, la principale causa di "clandestinità sanitaria", ossia la paura di essere

---

<sup>143</sup> *Dati Caritas/Migrantes 2004- informazioni tratte da Repubblica 28/10/04*

<sup>144</sup> *D.L. 489 del 18-11-1995 "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione, per la regolamentazione, ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea"*

denunciato, da parte dell'operatore/servizio sanitario che lo avesse visitato, e di conseguenza, espulso. La non chiarezza di alcuni punti, produce una discrezionalità applicativa. Da questo momento, comunque, il tema della salute degli stranieri entra, in maniera definitiva, nell'agenda politica.

Dopo un difficile iter parlamentare, nel '98, viene sancito il diritto alla tutela della salute per tutti gli stranieri. Si predispongono interventi che diano una risposta adeguata ai bisogni sanitari degli stranieri, anche irregolari, soprattutto in aree particolarmente delicate, come quelle della maternità, dell'infanzia e delle malattie infettive.

Una volta raggiunto l'obiettivo del riconoscimento giuridico del diritto alla salute per tutta la popolazione immigrata, presente sul territorio, non è possibile, però, affermare che i problemi siano stati risolti. Numerose ricerche indicano che, in ambito sanitario, vi è ancora molto da fare, sia a livello legislativo nazionale, che di policies locali.

## **2. La mancata implementazione della legge nei livelli decentrati**

Il ritardo delle Regioni nell'adeguarsi alle disposizioni normative nazionali, ha fatto sì che in alcune di esse, non sia stata attuata nessuna iniziativa; in altre, pur non essendo stata emanata una nuova legge regionale sull'immigrazione, si sono recepite le direttive nazionali e sono state emanate delibere, circolari e Piani Sanitari e Sociali, che inseriscono gli stranieri tra i soggetti deboli da tutelare.

La gestione delle tematiche relative all'immigrazione, coinvolge Assessorati con competenze diverse, ma non è supportata da prassi coordinate e comuni. Il singolo Assessorato, spesso, non è informato, o lo è scarsamente, dell'attività dell'altro. L'invito del Ministero della Sanità di inserire, all'interno dell'Assessorato competente, un referente che possa riferire sullo stato di applicazione della normativa, non è stato recepito dalla maggior parte delle Regioni.

L'inerzia legislativa regionale e locale è dovuta, in gran parte, alla assoluta (o parziale) ignoranza della normativa vigente, che non comporta solo un venir meno ad un obbligo politico, ma anche a non usufruire, o a farlo in maniera inadeguata, dei fondi previsti dal Cipe, per l'assistenza sanitaria agli stranieri.<sup>145</sup>

A livello locale, la legge invita le ASL ad attivarsi per garantire le cure essenziali e continuative agli stranieri irregolari, lasciando piena libertà alle Regioni di individuare le modalità di erogazione delle prestazioni, in base alle risorse e all'assetto organizzativo propri.

A livello sociale e politico, la distinzione tra regolare e irregolare, non ha portato alla risoluzione del problema socio-sanitario di questi ultimi, né alla reale tutela del loro diritto alla salute. Al contrario, tale distinzione ha generato ulteriori discriminazioni sul piano dell'assistenza, tra chi ha diritto (e chi no) a tutte le prestazioni del SSN.

Permane per gli stranieri irregolari il problema delle cure di base, continuative e diffuse su tutto il territorio, da parte del servizio pubblico, perché solo alcune Regioni si sono attivate in tal senso. La scelta politica di non farsi carico degli stranieri irregolari, se non nel garantire le prestazioni urgenti ed essenziali, e tutelare i minori e le gestanti, ha comportato un impegno attivo e sempre crescente del terzo settore, che deve sopperire alle carenze del settore socio-sanitario pubblico, e rispondere ad esigenze di assistenza che l'Ospedale e le ASL non sono tenute a soddisfare.

Il problema delle risorse da dedicare all'assistenza sanitaria, anche per coloro che non appartengono alla comunità politica nazionale (molti dei quali irregolari), è una delle questioni principali aperte.

---

<sup>145</sup> I fondi complessivi, previsti dalla legge per l'anno 1998, ammontavano a 180 miliardi. Secondo una ricerca effettuata dal CNEL, tutte le Regioni e le P.A avevano ricevuto, nel 1999, il 100% dello stanziamento previsto dal Fondo nazionale per le politiche migratorie (art.45 del T.U). Tuttavia, nel 2000 risultava che solo 14 Regioni avevano deliberato, in merito alla ripartizione degli stanziamenti dell'80% del Fondo, e nessuna per il restante 20%.



### 3. Le barriere di accesso e fruibilità dei servizi

La tutela del diritto alla salute, non può fermarsi al solo riconoscimento legislativo, perché la sua reale esplicazione è legata a fattori socio-culturali; organizzativi; alle conoscenze linguistiche e al grado d'integrazione raggiunto all'interno del Paese ospitante. L'orientamento di massima che si è scelto in questi ultimi anni, è stato quello di non creare dei servizi specifici e ad hoc, solo per la popolazione immigrata, perché si sarebbe corso il rischio di emarginarla e ghettizzarla sempre di più.

L'insoddisfacente grado di integrazione degli stranieri al SSN, è evidenziato dalle barriere che si frappongono nel momento in cui l'immigrato ricorre alle strutture sanitarie:

**A. *barriere linguistiche*:** la maggior parte dei servizi non dispone, o solo in numero insufficiente, di personale in grado di comunicare in una lingua veicolare.

Il mediatore è una figura ancora marginale e supplementare, non inserita tra gli operatori. Nella maggior parte delle strutture sanitarie pubbliche, sono stati inseriti, a tempo parziale e solo per determinati giorni della settimana, i mediatori delle principali nazionalità presenti sul territorio. Per tutte le altre, rimane una figura "a chiamata". Permane ancora una scarsa attenzione verso l'utenza straniera da parte dei servizi, riscontrabile, per esempio, nella scarsa diffusione di materiale sanitario tradotto nelle varie lingue e nel non aver attivato, ancora oggi, servizi di interpretariato telefonico, o numeri verdi specifici, per coloro che non conoscono l'italiano.

**B. *Barriere burocratiche-organizzative*:** che condizionano l'accesso ai servizi e la fruibilità delle prestazioni, soprattutto se specialistiche. Il SSN risulta troppo burocratizzato, rigido e poco elastico alle esigenze dei pazienti, a partire dall'emissione della tessera sanitaria.

Queste difficoltà derivano, in parte, dal non considerare, ancora oggi, lo straniero come utente fisso, portatore di particolari domande di salute. Vi è una mancanza di flessibilità nei servizi, tale da non permettere, a molti stranieri, un accesso e fruizione adeguati, che vada oltre il PS. Le barriere organizzative sono correlate: all'apertura dei servizi in fasce orarie in cui, molti stranieri, non possono accedere perché lavorano; all'impossibilità, soprattutto per le visite ginecologiche, di potersi fare visitare da medici di sesso femminile; alla scarsa attenzione alle diversità culturali, per quanto concerne l'alimentazione (raramente tenuta in considerazione dai responsabili del vitto ospedaliero) e la possibilità di praticare il proprio culto religioso; all'incomunicabilità tra i vari settori sanitari e socio-assistenziali; allo scollamento tra gli Uffici istituzionali, la struttura sanitaria e gli operatori interni al servizio e periferici; allo scarso coordinamento all'interno del servizio, tra servizi pubblici, tra questi e le strutture del privato sociale e le comunità straniere; ai costi onerosi di alcune visite, in particolar modo delle specialistiche, che ne limitano la fruizione.

**C. *Barriere professionali e informative:*** l'esercizio del diritto di accesso al SSN, pone alle ASL e alle AO, il problema di predisporre politiche mirate alla formazione degli operatori sanitari, da una parte; dall'altra, alla divulgazione di informazioni, corrette e chiare, relative ai diritti di assistenza sanitaria, al funzionamento delle strutture e alle prestazioni fruibili indirizzate agli stranieri. Il personale sanitario non sembra essere adeguatamente preparato sulla tematica migratoria, né da un punto di vista legislativo, né da un punto di vista relazionale. Le risposte e informazioni che vengono date risultano frammentarie, non corrette e discordanti a seconda del servizio, tanto da creare ulteriori preclusioni per gli immigrati nell'accesso e fruizione e, di conseguenza, nell'assistenza.

**D. *Barriere culturali:*** nonostante la malattia abbia un carattere universale, le conoscenze scientifiche e le pratiche da mettere in atto, differiscono da cultura a cultura. La percezione stessa di corpo, salute e malattia, assume significati diversi a seconda della cultura di appartenenza. Le terapie da adottare sono, di conseguenza, fortemente condizionate dal corpo sociale di riferimento.

L'incontro tra immigrato e operatore/servizio sanitario, rende evidenti i limiti della medicina ufficiale (che si caratterizza per un elevato grado di specializzazione e medicalizzazione, cui il paziente straniero non è abituato), e la mette a confronto con scienze mediche che si caratterizzano, al contrario, per un approccio di tipo olistico e interdisciplinare. Il rapporto medico/paziente tipico della medicina organica, risulta, per uno straniero, difficile da capire; si generano, di conseguenza, malintesi e incomprensioni che favoriscono il “non accesso” al servizio. Alla luce di quanto emerso, è interessante evidenziare due questioni:

- per lo straniero, indipendentemente dalla posizione giuridica, le difficoltà di accesso e fruizione dei servizi sanitari del paese ospitante, sono correlate, soprattutto, a problemi di carattere culturale e organizzativo delle strutture stesse;
- lo status di regolarità, contrapposto a quello di irregolarità influenza fortemente la piena tutela ed esplicazione del diritto alla salute. La posizione di irregolarità comporta, cioè, ulteriori discriminazioni nell'accesso e fruizione del SSN.

#### **4. Omologazione nell'utenza e/o tutela delle differenze?**

La legge prospetta la messa in atto di una politica d'integrazione equilibrata, che favorisca la parità dei diritti tra cittadini italiani e stranieri, tenendo in considerazione la cultura di appartenenza di questi ultimi, che non devono essere assimilati, in toto, alla

cultura italiana. Tuttavia, sebbene in due articoli<sup>146</sup> si tutelino la lingua e la cultura di origine e si auspichi una integrazione sociale, non vi è alcun riferimento all'integrazione delle differenze culturali nella sanità o alla possibilità di avvicinare, alla medicina occidentale, quella tradizionale. Non si accenna neppure alla medicina transculturale, che presuppone un atteggiamento culturale e antropologico d'apertura e specifico nei confronti del paziente straniero.

Solo nel D.P.R del 5 agosto 1998<sup>147</sup> si indica che la percezione di malattia, cura e salute è strettamente legata alla cultura e società di appartenenza e, per questo, deve essere rispettata, anche con la presenza di mediatori culturali, che devono affiancare e coadiuvare l'operatore sanitario. L'ordinamento italiano<sup>148</sup> tutela il diritto alla salute, non specificando che tipo di medicina debba essere utilizzata. Pare, quindi, possibile che il singolo possa utilizzare un tipo di medicina alternativa e/o tradizionale, se non lesiva delle norme costituzionali. Tuttavia, il fatto che non si faccia riferimento, in nessun documento successivo alla legge, né nella legge stessa, alla possibilità di utilizzo di una medicina diversa da quella occidentale, o di medici dei paesi di origine, indica che gli immigrati non possono avanzare pretese di prestazioni diverse da quelle erogate dal SSN.

Questo, però, comporta un'omologazione alla cultura sanitaria occidentale, contrastante con una politica multietnica e multiculturale, che dovrebbe prendere in considerazione ogni aspetto della vita umana, di cui la salute è parte essenziale. Non è, infatti, riscontrabile una perfetta coincidenza tra la cultura sanitaria occidentale e quella degli altri Paesi; le differenze possono essere molto rilevanti, tanto da comportare numerosi problemi, non solo a livello linguistico e culturale, ma anche sanitario.

Lo straniero che si rivolge al servizio, si imbatte, dunque, in una serie di difficoltà e di problematiche, derivanti dalle diversità religiose, linguistiche, culturali, dalla diversa concezione del proprio corpo, espressione della malattia e richiesta di cura.

Queste difficoltà, non sono considerate le questioni prioritarie da risolvere. Il dibattito si concentra, infatti, sull'ammontare delle spese sanitarie e sul tipo di prestazioni

---

<sup>146</sup> Art.36, comma 3 e art.40, comma 1, c

<sup>147</sup> "Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello stato"

<sup>148</sup> Art. 32

da offrire, con risorse ridotte, all'immigrato, che lo discriminino il meno possibile. Non si discute in termini di valenze sociali e culturali, della relazione salute/malattia nelle diverse culture e delle prestazioni sanitarie che si attendono gli stranieri, in riferimento a ciò che conoscono.

## **5. Riorientare i servizi in senso multiculturale: possibili criteri**

A conclusione di questo lavoro, si può affermare che, in Italia, il processo d'integrazione socio-sanitaria della popolazione immigrata, possa essere considerato avviato, mentre permangono, nelle politiche sanitarie nazionali e locali, dei punti ambivalenti e ambigui. Riflettendo sul tema dell'evoluzione ed estensione del diritto alla salute, il problema da risolvere non è più solo quello relativo all'accesso ai servizi, in relazione allo status giuridico dello straniero, ma soprattutto il significato e l'interpretazione che si dà dello stesso diritto in una società multietnica.

E' evidente che le problematiche connesse alla tutela della salute degli stranieri sono molteplici e, non tutte, di facile e immediata soluzione. Le priorità di intervento, a livello nazionale e locale, riguardano:

- I. la formazione e l'aggiornamento specifico del personale;
- II. la conoscenza della normativa vigente da parte di tutti i servizi e operatori;
- III. l'attivazione di un lavoro di gruppo e multidisciplinare, intra ed extra aziendale;
- IV. l'attivazione di un lavoro di rete con altri attori istituzionali, del volontariato, del privato sociale e con le associazioni di stranieri;
- V. la rilevazione aggiornata dei dati e bisogni dell'utenza straniera;
- VI. l'elaborazione di progetti aziendali specifici, in collaborazione coi mediatori culturali;
- VII. la messa a punto di standard di qualità riferibili all'utenza straniera;

- VIII. la riorganizzazione dei servizi: flessibilità d'orari, facilitazione delle pratiche burocratiche, attivazione di interpretariato telefonico, traduzione delle informazioni;
- IX. l'organizzazione e diffusione delle informazioni sanitarie che tenga conto dell'utenza a cui il messaggio è rivolto, calibrando il linguaggio e il tipo di informazione che si vuole trasmettere;
- X. l'inserimento dei mediatori culturali, opportunamente formati sui diritti degli stranieri e sulle modalità di fruizione del servizio, pienamente inseriti nel servizio e coordinati con gli operatori sanitari;
- XI. la sensibilizzazione all'utilizzo della medicina transculturale, che rispetti la tradizione culturale del soggetto immigrato, e prenda in considerazione il possibile utilizzo di medicine tradizionali e la relazione medico/paziente;
- XII. la programmazione di politiche d'inserimento ed inclusione sociale che contrastino la fragilità sociale, caratteristica di parte della popolazione straniera;
- XIII. l'attuazione completa e uniforme della legge 40/1998 nelle strutture sanitarie, che, oggi, offrono prestazioni disomogenee e risultanti da atteggiamenti diversi degli operatori;
- XIV. la progettazione di politiche e interventi che considerino la dimensione abitativa, al fine di salvaguardare la salute dei soggetti più deboli (presenza di servizi igienici, caratteristiche microclimatiche adeguate, densità abitativa commisurata alle dimensioni della casa);
- XV. la definizione di un nucleo fondamentale di servizi di base, delineando i rispettivi ruoli del settore pubblico e privato, nel perseguimento di un'assistenza sanitaria generale.

## FONTI UTILIZZATE

### 1.Libri

- Andolfi M., *“La mediazione culturale, tra l’estraneo e il familiare”*, Franco Angeli, Milano, 2003
- Bacetti S., *“La comunicazione interculturale in sanità”*, Centro Scientifico Torino, 2001
- Balsamo F., *“Da una sponda all’altra del mediterraneo-donne immigrate e maternità”*, Harmattan Italia, Torino, 1997
- Belpiede A., *“La mediazione culturale, esperienze e percorsi formativi”*, UTET, Torino 2002
- Beneduce, Costa, *“La salute straniera: epidemiologie, culture, diritti”*, Ed. Scientifiche italiane, Napoli, 1994
- Castiglioni M., *“La mediazione linguistico culturale. Principi, strategie, esperienze”*, Franco Angeli, Milano, 1997
- Compagnoni, D’Agostino, *“Dinamiche multiculturali e servizi sociosanitari in Italia-bioetica, diritti umani e multiethnicità”* Ed San Paolo, 2003
- Fiorucci M., *“La mediazione culturale-strategie per l’incontro”*, Armando Editore, Roma 2003
- Morrone A, Longo G., *“Cultura, salute e immigrazione, un’analisi interculturale”*, Armando Editore, 1994
- Pasini W. , *“Il medico e il paziente immigrato: manuale per il medico”*, Alfa Wassermann news e Views, 1996, Bologna
- Zincone G., *“Primo rapporto sull’integrazione degli immigrati in Italia”* ed. Il Mulino 2000
- Zincone G., *“Secondo rapporto sull’integrazione dell’immigrazione in Italia”* ed. Il Mulino 2001

## 2. Articoli, Contributi e Saggi

AA.VV, "La mediazione culturale" in *Salute e Territorio*, n°106/98

AA.VV , "Migrazione, transculturazione e disagio" in *La critica sociale*, n°131/132, 1999

AA.VV, "Interculturalità" in *La salute umana*, rivista bimestrale di educazione sanitaria, n°134, marzo/aprile 1995

AA.VV, "Le politiche per la salute: normative nazionali e regionali, l'intervento del volontariato" in *Servizi Sociali*, supplemento al n° 3/1995

AA.VV, "Ineguaglianze nell'accesso ai servizi" in *Salute e Territorio*, rivista bimestrale di politica socio-sanitaria n° 126, anno XXII maggio/giugno 2001

AA.VV, "Le migrazioni, aspetti di medicina sociale" in *Difesa Sociale*, rivista bimestrale anno LXXVI n°1 Gennaio/ Febbraio 1997

AA.VV "Servizi sanitari per immigrati" in *La salute umana*, n°134 marzo/aprile 1995

AA.VV "L'integrazione sociale degli immigrati in Italia" in *RSS- Rassegna di Servizio Sociale* n°4, ottobre/dicembre 2002

AA.VV "L'accoglienza in un consultorio familiare" in *Prospettive sociali e sanitarie*, n°9,15/5/00

Balsamo E., "Nascita e accoglienza in un'ottica transculturale" in *e.c.o.*, n°3 /marzo 2002

Balsamo F., "La maternità nella esperienza di alcune donne immigrate a Torino" in *Marginalità e Società*, n°28, 1994

Belpiede A., "La professione di mediatore culturale in ambito sociale" in *Prospettive sociali e sanitarie*, n°2/99

Boccheri R., " Il paziente immigrato" in *Salute e territorio* n°106/1998

Cantoro F., "Servizi sanitari per immigrati" in *La salute umana*, n°134 marzo/aprile, 1995

Ciccia A., "I diritti e gli obblighi dello straniero-parità di diritti e doveri" in *Guida Italia Oggi*, anno VIII, Serie speciale n°16 12/9/98

Coluccia A, Mangia M.L, "Immigrazione e problematiche sanitarie, con particolare riferimento alla relazione medico/ paziente" in *Difesa Sociale*, rivista bimestrale anno LXXVIII n°5 settembre/ottobre, 1999



- Conti C., Sgritta G., "Immigrazione politiche sociosanitarie. La salute degli altri" in *Società e Salute* n° 2, anno III, 2004
- Costa G., "La promozione della salute", in *I diritti di Odisseo, appunti sparsi in materia di immigrazione*, a cura di Ada Lonni, ed. dell'orso 1998
- Favaro G., "Diventare madri nella migrazione-Donne immigrate, salute e servizi: Dati da una ricerca" in *Marginalità e Società*, n°28, 1994
- Goussot A., "Antropologia del colloquio" in *Animazione sociale*, rivista n°12, dicembre 2003
- Geraci S., "Immigrazione in Italia" in *Salute e Società multiculturale*, a cura di Aldo Morrone, Ed. Raffaello Cortina, novembre 1995
- Geraci S., "Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?" in *Percorsi di donne*-Percorsi editoriali, dicembre 2001
- Geraci S., Colasanti R., "Aspetti sociosanitari dell'immigrazione extracomunitaria in Italia" in *Quaderni di azione sociale*, n°91 gennaio/febbraio, 1993
- Lavati A., "Quando la salute non c'è" in *Orientamenti*, rivista monografica di formazione sociale e politica, n°5/6 1999
- Salvino L., a cura di "Il paziente della porta accanto" in *Bioetica e cultura*, rivista semestrale n°2/02
- Mazzetti M., "Il dialogo transculturale in medicina" in *Percorsi di donna*, dicembre 2001
- Risotti C., "La lunga marcia" in *Vivere Oggi*, mensile per una nuova cultura dell'assistenza, n°3/96
- Soranzo M.L., Marcarino P., "Malattie a trasmissione sessuale in popolazioni mobili: le barriere alla prevenzione" *Collana "Logiche Sociali"*, ed. L'Harmattan Italia, Torino, 2003
- Tognetti Bordogna M., "Il colore della salute: l'uso dei consultori familiari da parte delle donne straniere" in *Marginalità e Società*, n°28, 1994
- Tognetti Bordogna M., "I diversi modelli di salute mentale" in *Salute e Territorio*, n°106/98
- Totire V., "Immigrazione e salute" in *Medicina Democratica, movimenti di lotta per la salute* n° 87/88 marzo/ giugno 1993

### 3. Ricerche e repertori statistici

Agenzia di Sanità Pubblica regione Lazio e del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, *“Aborto tra le immigrate: un fenomeno emergente”*, 2002

Associazione per gli studi giuridici sull’immigrazione- Torino *“L’assistenza sanitaria dello straniero: diritti e doveri”*, 2000

CARITAS *Dossier Statistico Immigrazione* Caritas/Migrantes, vari anni 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003

CNEL, Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche d’integrazione sociale degli stranieri – documento finale del gruppo *“Salute e immigrazione”*, novembre 2000

Città di Torino *“Il filo di Arianna: la città, i servizi, gli immigrati a Torino”*, Rapporto finale della ricerca per l’iniziativa LIA-Progetto locale della Città di Torino, 1997

Costa G., Faggiano F., *“L’equità nella salute e programmazione sanitaria. La salute in Italia- rapporto del 1998”*, Ediesse, Roma

IRES *“Le chiavi della città. Politiche per gli immigrati tra Torino e Lione”*, Torino, 1994

IRES *“Atteggiamenti e comportamenti verso gli immigrati in alcuni ambienti istituzionali”*, Torino, 1995

IRES *“Nuove famiglie, vecchi servizi. Il mutamento nella struttura delle famiglie degli immigrati e il loro rapporto coi servizi. Un’analisi a Torino”* 2000

IRES, a cura di Allasino Enrico *“Immigrati in Piemonte: una panoramica sulla presenza degli stranieri nel territorio regionale”*, Working paper n°143, novembre 2000

Ministero dell’Interno e Istituto Psicoanalitico per le Ricerche sociali *“Immigrazione e contesti urbani: il caso di Torino”* 1997, Progetto TRE-IND: immigrazione, identità, imprenditorialità in ambienti urbani diversi. Iniziativa Comunitaria Adapt/Occupazione cofinanziata dal Fondo Sociale Europeo e dal Fondo di Rotazione

Prefettura di Torino, Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico, *“Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino”*, vari anni 1999, 2000, 2001, 2002, 2003

Comune di Torino dati dell'anagrafe sugli stranieri presenti nell'area metropolitana, 31/12/2003

Provincia di Torino *"La provincia per la salute: lo stato di salute nelle province torinesi"*, 2001 e 2002

Provincia di Torino *"Osservatorio sull'immigrazione extracomunitaria in Torino e Provincia"*, 1997

Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità: *"Osservatorio statistico provinciale sugli stranieri"*, Rapporto 1997

Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità *"Secondo rapporto sulla presenza di stranieri non comunitari in Provincia e Torino"*, 1998

Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità *"Rapporto sui Centri ISI"*, 2003

Regione Piemonte Assessorato alla Sanità , Ufficio di Programmazione sanitaria *"Dati sui ricoveri e prestazioni fornite agli stranieri extracomunitari 2003"*

#### **4. Norme nazionali, regionali e locali**

**a)** Legge n°39 /90 *"Norme urgenti in materia di asilo politico, d'ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato. Disposizioni in materia di asilo."*

Decreto legislativo 489/ 95 *"Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'unione Europea"*, articolo 13: Assistenza sanitaria

Disegno di legge 14/ 2/ 97 *"Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"*

Decreto legislativo 286/98 *"Testo unico delle disposizioni concernenti le disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"*

Legge 40/ 98 *"Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"*

DPR del 5/8/ 98 *“Documento programmatico relativo alla politica dell’immigrazione e degli stranieri nel territorio dello stato”*

Decreto Presidente della Repubblica 394/99 *“Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell’art.1, comma 6, del D.Lgs 25 luglio 1998, n 286”*

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 18 dicembre 1999. *“Istituzione in ciascuna provincia di un Consiglio territoriale ai sensi dell’art. 57 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n° 394”*

Legge 328/2000 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d’interventi e servizi sociali”*

Circolare n°5 del 24/3/2000 *“Indicazioni applicative del d.lgs 25 luglio 1998, n° 286”*

Ministero della Sanità Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

Ministero della Sanità Piano Sanitario Nazionale 2001-2003

Legge 189/ 2002 *“Modifica della normativa in materia di immigrazione e asilo”*

**b)** L.R 9 Gennaio 1987, n° 1 *“Composizione della Consulta Regionale per l’Emigrazione”*

Legge Regionale 64/89 *“Interventi regionali a favore degli immigrati extra-comunitari residenti in Piemonte”*

Legge Regionale 61 del 12-12-1997 *“Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario regionale 1997-1999”*

Regione Piemonte *“Programma triennale degli interventi a favore degli immigrati extracomunitari”* 2001-2003

Carta dei Diritti del Cittadino in Sanità – Piemonte 14 giugno 2002

Regione Piemonte Circolare ISI delibera n° 56-10571 *“Disposizioni di attuazione art.13 concernente l’erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria a STP presenti sul territorio nazionale”*

Regione Piemonte *“Atti della conferenza regionale del Consiglio Territoriale per l’immigrazione”, 2003*

Provincia di Torino Piani di zona 2001-2003

Provincia di Torino *“Linee guida per l’attuazione del programma provinciale per le politiche d’integrazione concernente l’immigrazione”* vari anni 2002, 2003, 2004

ASL 2, Progetto *“C’è posto per te, favorire l’accesso delle donne straniere ai servizi sanitari”* 2003/04

## **5. Ricerche e siti internet**

Sito [www.provincia.torino.it/progetto Atlante](http://www.provincia.torino.it/progettoAtlante) “Legislazione/assistenza sanitaria”

Sito NAGA “Assistenza sanitaria agli stranieri immigrati. Guida pratica alla normativa vigente (Aprile 2000)”

Sito [www.piemonteimmigrazione.it](http://www.piemonteimmigrazione.it)

Geraci S. “Migrazione e salute in Italia” a cura della Caritas Diocesana di Roma, 1998, riportata nel sito [www.cestim.it/dossier-immigrazion](http://www.cestim.it/dossier-immigrazion)

Geraci S, Mareca M. “Il diritto all’assistenza sanitaria dei cittadini stranieri” in Panorama della Sanità n°18, maggio 2002, riportata nel sito [www.stranieriinitalia.it](http://www.stranieriinitalia.it)

Geraci S “La salute degli immigrati in Italia”, 1995 tratta dal sito <http://crs.ifo.it/migrazione>.