

C A R I T A S D I O C E S A N A D I R O M A

Una rete per la salute degli immigrati

**La Società Italiana di Medicina delle
Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi
Immigrazione e Salute (GIS)**

a cura di Salvatore Geraci

Con il patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni



Una rete per la salute degli immigrati

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)

Pubblicazione realizzata dall'Area sanitaria della Caritas di Roma, da anni impegnata nella tutela della salute dei cittadini immigrati, nella riflessione sui meccanismi che producono marginalità e diseguaglianze, nella proposta, comune ad altri gruppi, enti ed organizzazioni, di percorsi e strategie per una "salute senza esclusione".

A cura di

Salvatore Geraci,
responsabile dell'Area sanitaria della Caritas di Roma e Presidente della S.I.M.M.

Hanno collaborato

Giulia Bigot, Università degli Studi di Trento - Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Trento
Maria Laura Russo, Università degli Studi di Trento - Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Napoli
Filippo Gnolfo, dirigente medico, Asl Roma A
Licia Scantamburlo, medico psichiatra, Trento
Luisa Lenguini, medico di medicina generale, Sassari
Francesca Ena, pediatra ospedaliero, Olbia
Ginevra Demaio, Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes, Roma
Maria Paola Nanni, Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes, Roma

Quaderni di InformaArea, n. 4, febbraio 2007

*È possibile riprodurre parzialmente dati e considerazioni contenuti in questo volume, informandone gli autori, citandone la fonte e trasmettendo copia dell'eventuale lavoro prodotto.
Eventuali suggerimenti ed aggiornamenti sono graditi.*

Area Sanitaria Caritas di Roma

via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
email: area.sanitaria@caritasroma.it

Caritas Diocesana di Roma

Piazza S. Giovanni in Laterano, 6 - 00184 Roma
tel. 06.69886424 fax 06.69886489
www.caritasroma.it
ccp 82881004

indice

Presentazione

SALVATORE GERACIpag 5

Come nasce una politica: gli attori, i processi

GIULIA BIGOT, MARIA LAURA RUSSO 7

Immigrazione e salute: per una cittadinanza di diritti

SALVATORE GERACI 16

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

SALVATORE GERACI 24

Il GrIS Lazio

FILIPPO GOLFO 29

Il GrIS Trentino

MARIA LICIA SCANTAMBURLO, GIULIA BIGOT 32

Il GrIS Sardegna

LUISA LENGUINI, FRANCESCA ENA 36

Schede

Dati Italia 42

Norme Italia 43

Dati Lazio 45

Norme Lazio 47

Dati Trentino Alto Adige 50

Norme Trentino 52

Dati Sardegna 53

Norme Sardegna 54

I nuovi GrIS

schede statistiche Lombardia 55

schede statistiche Sicilia 57

Allegati

Lo Statuto SIMM 59

Il Regolamento SIMM 60

Linee Guida Formazione 62

单丝不线 独木不林

“Un singolo filo non fa una corda, un albero da solo non fa una foresta”, recita un antico proverbio cinese. *Policy networks* sono invece i termini utilizzati oggi ad indicare una collaborazione su un territorio per lo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali, costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati, collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di policy: le ricercatrici Bigot e Russo nell’interessante primo saggio di questo volumetto, citando Kenis e Schneider, definiscono ciò “il nuovo paradigma per l’architettura della complessità”.

Ma perché quest’accostamento tra saggezza orientale e sociologia politica postmoderna? Cosa centra con la nostra storia, con il nostro quotidiano impegno per la tutela della salute degli immigrati?

Quando iniziamo ad occuparci di immigrati prima ancora che d’immigrazione, come raccontato nel secondo capitolo, certamente non potevamo prevedere come questa “nuova utenza” dei nostri servizi, potesse incidere in modo significativo in processi di cambiamento sia a livello individuale/professionale, sia in termini di sanità pubblica nella nostra società. Non pensiamo di esagerare dicendo che chiunque abbia avuto, almeno in ambito professionale, degli incontri con un immigrato, o meglio con più cittadini immigrati, si sia fatto delle domande, abbia avuto curiosità, si sia scontrato con l’evidenza di una burocrazia che tende a escludere l’alterità, in alcuni casi si sia sentito impotente sul piano relazionale o clinico, a volte indignato dalle reazioni ed atteggiamenti. Nulla di nuovo per chi ha scelto di lavorare in relazioni d’aiuto. Ma di nuovo c’è che nella relazione con lo straniero, spesso regno condiviso di pregiudizi più o meno consapevoli, abbiamo misurato e misuriamo con mano la nostra impotenza: quella comunicativa linguistica, relazionale, politico-organizzativa, culturale terapeutica. Di nuovo c’è la consapevolezza che per superare questa impotenza dobbiamo attraversare il diaframma che ci separa gli uni dagli altri e condividere informazioni, impressioni, scoperte, strategie.

Ecco il senso di questo volume: descrivere un’esperienza comune di impegno a livello nazionale e locale, tracciare le coordinate politico-culturali di questo impegno. Tracciare appena, poiché l’approfondimento, la contestualizzazione, la messa in opera in modo sempre originale spetta ai singoli attori di questo complesso sistema. Le esperienze citate dai tre Gruppi locali “Immigrazione e Salute” (Gr.I.S.), sono evidenza di storie e processi unici e sono percorsi di senso per chi li ha vissuti e li sta vivendo e ovunque li stia vivendo.

Che cose è il Gr.I.S., ci sentiamo spesso chiedere.

Che deve fare, a che serve, quale organizzazione?

Domande legittime a cui legittimamente non diamo una risposta se non delle coordinate di senso. Tutto nasce una ventina di anni fa, quando uno sparuto gruppo di medici ed operatori sanitari provenienti da varie parti d’Italia, alla luce di esperienze locali di impegno concreto di assistenza ad immigrati che in quel periodo avevano il diritto all’assistenza sanitaria nascosto (per i regolari) o negato (per gli irregolari), sentono l’esigenza di creare uno spazio condiviso di incontro, scambio, formazione, studio e progettazione. Nasce la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.), società scientifica che vuole essere “strumento e luogo di collegamento per quanti,

medici e non, si occupano o si interessano di questo tema". Un "contenitore" lo definisce qualcuno, ma anche un contenuto di idee, impegno, passione. La caratteristica di questa società è proprio quella di non essere un asettico "luogo di scienza" ma l'impegno scientifico è intriso di umanità, incertezze, domande, messa in discussione di paradigmi comportamentali consolidati, voglia di essere protagonisti di un possibile e necessario cambiamento.

E poiché in quel periodo ad impegnarsi era soprattutto il mondo informale e variegato del volontariato, si crea una struttura snella, elastica e flessibile che ben si è adattata in questi anni all'evoluzione del fenomeno migratorio e dell'organizzazione sanitaria. Evoluzione che ha portato sempre più all'interesse ed all'impegno ampie fasce della società civile e, con l'evoluzione normativa, anche delle istituzioni. Non a caso, oggi nella S.I.M.M., la presenza di operatori impegnati nelle strutture pubbliche, a vari livelli ed in vari ambiti professionali, è prevalente.

Ma con il decentramento gestionale della sanità, è a livello locale che si sviluppa la possibilità di incidere nelle scelte e nell'organizzazione, con quella azione di *advocacy* che ha sempre caratterizzato la S.I.M.M.

Spontaneamente si creano i primi gruppi locali, i Gr.I.S. che ben si collocano nel contesto d'impegno e d'attenzione della medicina delle migrazioni. In questo dualismo, nazionale e locale, anche gli ambiti di ricerca scientifica e di riflessione metodologica, assumono un ruolo determinante come testimoniano le affollate e partecipate Consensus Conference che ogni due anni si tengono in Sicilia, i cui atti sono una "pietra miliare" delle conoscenze sui temi della sanità per, con, tra gli immigrati.

E i Gr.I.S. sono a livello locale ciò che è in Italia la S.I.M.M. ma con il vantaggio, enorme occasione, dell'impegno nel quotidiano, nello spazio condiviso, negli interlocutori comuni, nella conoscenza reciproca. Non è ancora un caso che dal locale nasce la riflessione sulla reciprocità dell'impegno, l'idea che l'immigrato non è "oggetto passivo" ma "soggetto partecipante" nei processi di inclusione e se necessario, di cura; non più solo assistenza ed *advocacy* ma anche *empowerment*. E nel locale queste non sono solo parole ma è prassi, è azione, forse faticosa ed a volte non ascoltata o valorizzata, ma che sta lentamente tracciando un altro tassello di quel processo di meticciamiento della nostra società che inesorabilmente ci trasforma.

I Gr.I.S. sono luoghi partecipati, dove ogni persona o ogni gruppo ha il coraggio di fare un passo all'indietro, per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità. In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambito organizzativo ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi sempre diversi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato sociale, volontariato, associazionismo, istituzioni) si confrontano, si scontrano anche, ma in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità. E ci auguriamo che questa esperienza si diffonda sempre più nelle varie realtà regionali.

Questa è la nostra storia ad oggi.

Non sappiamo se, come e quando ciò saprà e potrà svilupparsi, ma questo non dipende dalla nostra organizzazione o da regole e mandati: oseremmo dire che è in atto una trasformazione culturale del modo di essere e di stare insieme in un contesto di sanità pubblica, perché i Gr.I.S. fanno sanità pubblica ...

O osiamo troppo?

Salvatore Geraci

come nasce una politica: gli attori, i processi

Giulia Bigot, Maria Laura Russo

Università degli Studi di Trento - Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale
www.soc.unitn.it/migrantsandhealth
migrantshealth@soc.unitn.it

Introduzione

La società moderna, in cui ineguaglianza ed esclusione spesso camminano fianco a fianco, tende a logorare i rapporti tradizionali di gerarchia e distanza sociale, senza peraltro assicurare l'integrazione di tutti in un quadro di valori e principi universali. All'interno della società attuale appare, infatti, una tensione tra il tentativo di operare un'inclusione subordinata degli "altri" e quello alla loro esclusione e negazione totale. Questo è anche il caso della legislazione in materia di immigrazione, che riconosce agli immigrati una sostanziale parificazione sul fronte dei diritti sociali, ma non su quello dei diritti politici.

Per descrivere tale situazione si è utilizzato il concetto di incorporazione, inteso come processo attraverso il quale i soggetti stranieri rientrano nelle *welfare policies* del paese ospitante, dal punto di vista formale e normativo non si registrano differenze riguardo ai benefici, ciò che varia in maniera significativa e sostanziale è l'effettiva possibilità di godimento di tali benefici. Questo meccanismo è stato definito come *implementation deficit* della legislazione e delle politiche, e indica un diritto fondamentale che esiste, ma è difficile da realizzare concretamente.

In ragione di questa situazione, si pone con urgenza il problema delle capacità di una società democratica di confrontarsi con una realtà nuova, caratterizzata dalla presenza di soggetti titolari di diritti per legge e la concreta ed effettiva possibilità di godimento dei diritti stessi.

Anche se le prospettive possono essere diverse, così come le relative articolazioni, la sostanza rimane la stessa: occorrono non solo diritti, ma anche contesti e dispositivi istituzionali che convertano i diritti in capacità; e occorrono strutture di opportunità che facilitino l'espressione dei punti di vista, la capacità di rappresentare le proprie istanze e l'interesse a partecipare.

Proprio su questa falsa riga rintracciamo le linee di cambiamento che interessano, in questi ultimi decenni, le politiche sociali. In particolare, la trasformazione del ruolo delle amministrazioni pubbliche con il passaggio da un ruolo di comando e controllo, che implica anche la dominanza di un regime pubblico di erogazione di servizi e prestazioni, ad un ruolo di *enabling*, che valorizza i potenziali sociali di azione e auto-organizzazione dei cittadini. Perde perciò terreno quel modello verticale e gerarchico nel cui ambito gli interessi generali vengono fissati e riconosciuti dall'autorità pubblica, e matura l'esigenza di trovare nuovi dispositivi in grado di consentire il confronto tra una varietà di attori e di visioni differenti per individuare finalità collettive e soluzioni condivise.

Il tratto comune che lega gli approcci e gli strumenti di *policy* prevalenti, in questo contesto, è l'accento che essi pongono sulla dimensione processuale dell'azione pubblica.

La nozione di *governance* intende proprio riflettere questo spostamento dei riferimenti dell'azione pubblica dalle strutture per il governo ai processi per governare. Il concetto di *governance*, infatti, nasce dall'idea di partecipazione come principio fondante delle attività di pianificazione delle attività economiche e sociali (Mayntz 1999). Le istituzioni governative hanno così accresciuto la loro dipendenza dalla cooperazione e dalla mobilitazione delle risorse di altri attori politici e oggi, sicuramente più di prima, le politiche sono flussi continui di azione con una forte interdipendenza fra attori, fra settori, fra livelli che disegnano trame reticolari e policentriche.

In tale contesto il passaggio dal *government* alla *governance*, ci mostra l'evidenza di un mutamento dei criteri regolativi del *welfare* in cui le articolazioni periferiche dell'amministrazione non giocano un ruolo meramente esecutivo delle politiche decise dal centro, ma sono responsabilizzate esse stesse nella costruzione di reti di governo aperte all'interazione tra una platea più ampia di attori pubblici e privati. Nel corso degli ultimi anni, infatti, le politiche sociali stanno assumendo sempre più chiaramente il profilo di politiche co-prodotte.

Il legislatore ha dato specifiche disposizioni per incoraggiare o regolare questo tipo di processi decisionali integrati. La prima norma, in questo senso, è stata emanata nel 1990 con l'istituzione degli accordi di programma. Benché la norma preveda il coinvolgimento delle sole amministrazioni pubbliche, e non di tutti gli interessati, essa sottolinea l'esigenza dell'integrazione e richiede che questa esigenza debba essere soddisfatta attraverso un confronto

diretto, destinato ad arrivare ad un accordo.

Da allora sono state introdotte forme più ampie di inclusione nei processi decisionali, dove non sono coinvolte solo le pubbliche amministrazioni, ma anche i soggetti privati. I settori più coinvolti sono:

- le politiche di sviluppo locale: la concertazione *dal basso* o *decentrata* è nata come risposta alla crisi dell'intervento straordinario del Mezzogiorno e ha conosciuto, poi, un continuo sviluppo con i patti territoriali, i contratti di area, i progetti integrati territoriali;
- le politiche urbane: agli inizi degli anni novanta vengono varati i Pru, i Priu e poi i Prusst che vengono concepiti come programmi integrati, poi i Contratti di Quartiere (legge 662/1996 ribaditi nella legge 21/2001);
- le politiche dei tempi e degli orari;
- le politiche ambientali;
- le politiche sociali: un primo passo è stato fatto con la Legge sull'infanzia e l'adolescenza (legge 285/1997), che prevede espressamente l'elaborazione del *piano territoriale* attraverso la concertazione tra diversi enti. Ancora più specificatamente la *legge quadro sulle politiche sociali* (328/2000) indica una serie di soggetti, pubblici, privati, del terzo settore, che possono essere coinvolti nell'elaborazione dei piani di zona.

Osservando il cammino compiuto negli ultimi 10-15 anni si può affermare che esiste una netta tendenza da parte del legislatore ad ampliare i confini delle procedure concertative e consensuali, fino ad indicarle come metodo privilegiato per affrontare i problemi complessi.

L'amministrazione non prende direttamente le decisioni, è stata, infatti, definita amministrazione catalitica; il catalizzatore è quella sostanza chimica che non partecipa direttamente a una reazione ma la favorisce o addirittura la rende possibile. Allo stesso modo l'amministrazione non prende le decisioni in prima persona, ma cerca di prenderle con altri o di farle prendere da altri, ossia di stimolare la partecipazione, l'iniziativa e la corresponsabilizzazione della società civile.

Lo spostamento dell'attenzione sugli attori e sulla loro dimensione integrata corrisponde anche alla maggiore rilevanza che assumono le attività ordinarie, quotidiane, contrattate e realizzate su piccola scala rispetto alle soluzioni generali imposte dall'alto.

Questo cambiamento di prospettiva si lega all'emergere di un welfare attivo, caratterizzato da un'azione promozionale dell'intervento pubblico, volta a favorire una maggiore responsabilità, ma anche un maggiore *empowerment* dei cittadini. Il valore aggiunto di una partecipazione consapevole può anche essere rintracciato nella capacità del tessuto associativo locale di favorire processi di aggregazione degli interessi e di rappresentare le istanze della comunità locale presso le istituzioni.

Il processo di una politica pubblica

Una politica pubblica è il prodotto dell'attività di un'autorità provvista di potere pubblico e di legittimità istituzionale (Meny Thoenig, pag.105). Il sistema di azione di un governo, nel processo di costruzione di una politica pubblica, dipende da tre concetti:

- il sistema di attori: di cui il governo è l'attore principale, ma in interdipendenza con altri soggetti che esercitano la loro influenza, come gli organismi incaricati di dare esecuzione ai provvedimenti, i cittadini che reagiscono alle decisioni prese, i gruppi di interesse e le istituzioni terze;
- le attività e, da non dimenticare, le non-attività, che possono essere concrete o simboliche, innovative o di routine;
- il processo, che si distribuisce nel tempo, con una sequenza di attività.

Tale sequenza di attività, che nasce da un problema e perviene a dei risultati, è formato da cinque fasi:

- l'identificazione del problema,
- la formulazione delle soluzioni,
- l'adozione di una decisione,
- la messa in opera del programma,
- la valutazione dei risultati.

La linearità di questo quadro di riferimento è scompaginata, però, dal fatto che il processo può essere aperto ad ogni tipo di effetti di retroazione: le fasi possono accavallarsi tra di loro, non risultare consequenziali, oppure non apparire del tutto nel corso dell'iter processuale.

L'agenda politica consiste nell'insieme dei problemi che diventano posta in gioco nelle controversie pubbliche. Per poter accedere all'agenda politica, la posta in gioco deve possedere alcune caratteristiche: deve ad esempio essere di competenza dei pubblici poteri, deve ottenere dai pubblici poteri una manifestazione di interesse concreta, deve essere presentata all'autorità a cui è diretta in un linguaggio adeguato e deve riuscire a porsi all'attenzione pubblica.

Nel corso della costruzione dell'agenda si innesca un processo di concorrenza fra diversi interessi e priorità, fra gruppi che si distinguono sulla base della loro capacità di mobilitarsi intorno a problemi specifici. I soggetti che si mobilitano attraverso forme di partecipazione e organizzazione assumono la forma di *imprenditori politici*, sia

come gruppi o persone di spicco sia come gruppi più estesi ed anonimi, che possono perseguire diversi obiettivi:

- correttivo, per modificare una situazione non congeniale per il proprio gruppo,
- strumentale, per ottenere un risultato per terzi con l'obiettivo di avere un profitto personale,
- di miglioramento, per perseguire un interesse pubblico,
- di reazione circostanziale, quando a imporre un tema è un avvenimento esterno.

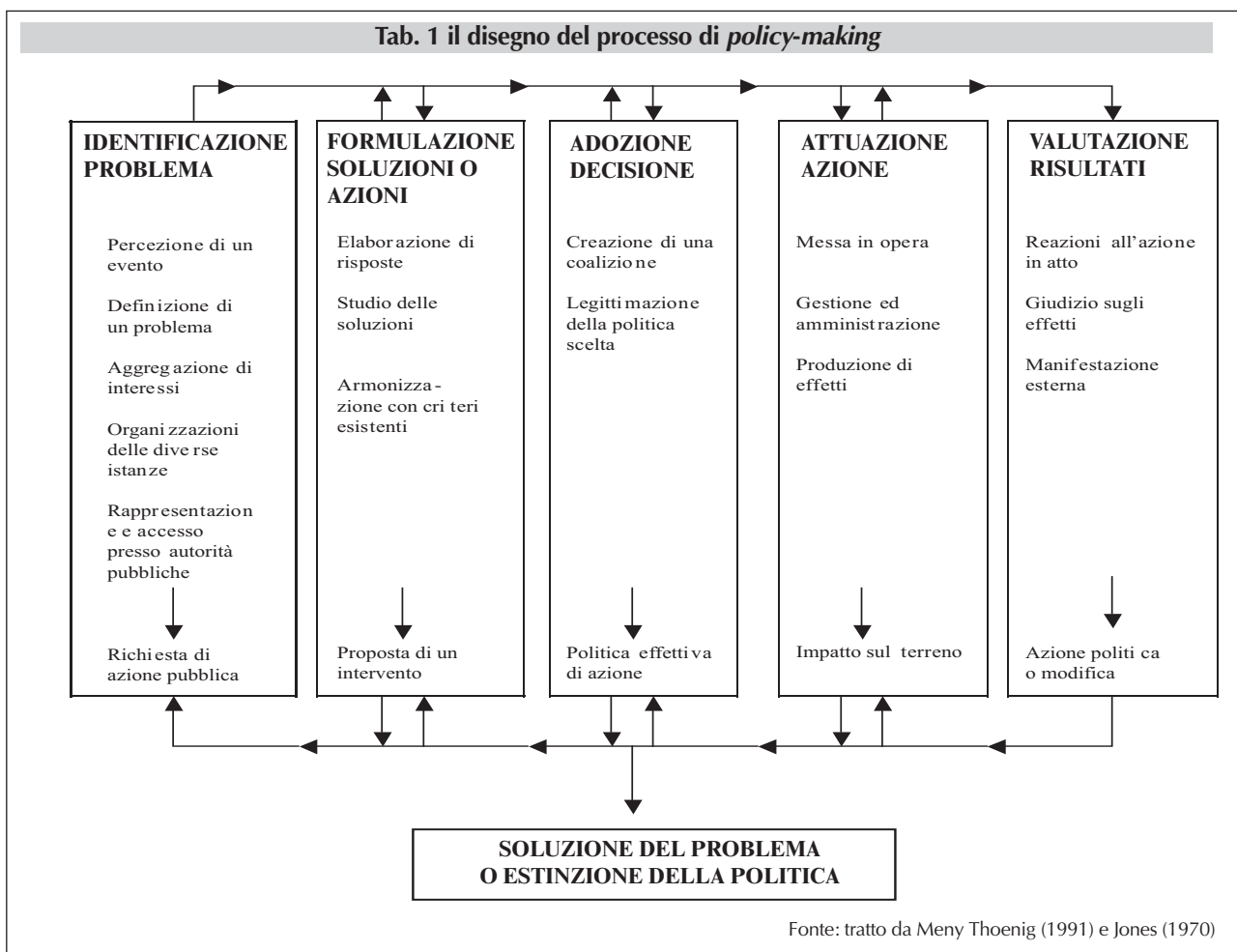
Quando l'autorità pubblica decide di rispondere favorevolmente a una richiesta avanzata, può adottare diverse strategie:

- inviare solo un segno simbolico, ad esempio ascoltando una delegazione,
- eccipire situazioni di forza maggiore che impediscono la presa in carico,
- rimandare l'esame del problema, ad esempio creando commissioni di esperti, differendo le scadenze,
- fissare una procedura per la trattazione del problema, senza compromettersi sul contenuto, ad esempio costituendo un servizio specifico a cui viene affidato il compito di definire le specifiche procedure,
- regolare solo un piccolo aspetto del problema,
- prendere in considerazione l'intera richiesta,
- oppure anticipare il sorgere della richiesta.

Nel caso in cui l'autorità decida di prendere in carico una richiesta, la posta iscritta sull'agenda di governo (il problema) viene a tradursi in alternative per l'azione (in soluzioni). La formulazione della strategia prevede diverse attività, come l'analisi del problema, la ricerca di opzioni e alternative, l'analisi delle conseguenze volute e indotte, di vantaggi e svantaggi. La selezione delle alternative, spesso in contrasto tra di esse e portatrici di conflitti, è lo snodo centrale di tutto il processo e prevede che gli attori ricorrano a compromessi, a mercanteggiamenti, così come alla comunicazione, alla propaganda o alla pressione. Le decisioni, in definitiva, sono il frutto dell'adattamento tra attori, nell'ambito dei rapporti di potere.

La fase di messa in opera

Per molti anni il riferimento ai momenti di produzione di una politica è stata la metafora della "macchina amministrativa", cioè di un meccanismo perfetto dove ad un passaggio ne seguiva, necessariamente, un altro con una visione fortemente tecnico-razionale. Inseriti in questo punto di vista, la fase di messa in opera delle decisioni prese



risultava un passaggio poco significativo. La rivalutazione e l'interesse per la fase dell'implementazione delle politiche è apparsa agli inizi degli anni ottanta disegnando due modelli.

Uno tende ad interpretare la fase di messa in opera alla luce della considerazione che l'esecuzione è un evento di natura strumentale, focalizza l'attenzione sui funzionari amministrativi, visti come semplici esecutori degli obiettivi decisionali. La pubblica amministrazione appare come un'organizzazione complessa, che attraverso attività specifiche ha il compito di dare esecuzione alle decisioni politiche di governo. L'altra prospettiva ha invece un approccio capovolto, dal basso verso l'alto, e prende le mosse dalle situazioni in cui il personale amministrativo, a livello periferico, si trova ad interagire direttamente con i destinatari del provvedimento. Il primo modello è conosciuto sotto la formula *top-down*, il secondo come *bottom-up*.

Il modello *top-down* mette in risalto il primato dell'autorità gerarchica in base alla quale è sufficiente emanare un ordine perché i decisori, che si trovano al vertice della piramide burocratica, possano fare pieno e completo affidamento sull'esecuzione da parte dei livelli inferiori. La messa in opera avviene seguendo la linea gerarchica, dal vertice politico fluisce, attraverso i vari livelli, fino alla base che completa la realizzazione di una politica pubblica. Amministratori e politici, pur diversi per natura dei loro mandati e per vincoli di comportamento, possono avere in comune la volontà di conseguire l'ottimizzazione del rapporto tra risorse investite e risultati ottenuti. Il modello *bottom-up*, invece, inverte completamente la visione precedente del processo di attuazione di una politica pubblica e tenta di dare una chiave interpretativa alternativa. La prospettiva di analisi in questo caso tende a concentrarsi tanto sugli attori e sulle organizzazioni quanto sulle loro relazioni. La *policy* viene attuata grazie ad un processo che vede coinvolto in un principio circolatorio tutti gli attori, dal decisore al destinatario del provvedimento passando attraverso la macchina burocratica, tutti sono coinvolti a creare un flusso di cambiamenti.

Che cosa sono le arene deliberative?

Nelle democrazie contemporanea un numero limitato ma crescente di scelte pubbliche viene compiuto attraverso processi in cui amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni, grandi e piccoli interessi organizzati e anche cittadini comuni vengono chiamati a confrontarsi e ad affrontare insieme problemi pubblici. Nello studio dei processi di costruzione delle decisioni pubbliche queste pratiche vengono identificate come «concertazione», «partecipazione», «consultazione».

Diviene, infatti, interessante riflettere sulle forme di azione politica e sociale di attori individuali o organizzati che intervengono direttamente, senza mediazioni di natura rappresentativa o istituzionale, su questioni di rilevanza collettiva.

Per analizzare questi processi risulta utile il modello della democrazia deliberativa, che rintraccia nell'inclusività e nella deliberazione due condizioni per un buon funzionamento dei meccanismi della democrazia. Quindi un primo punto è cercare di coinvolgere, su di un piano di parità, coloro che sono coinvolti delle conseguenze della decisione, un secondo è quello di far svolgere il confronto tra i partecipanti sulla base di argomenti imparziali.

Da un lato il modello della democrazia deliberativa può fare luce sulle pratiche, all'inverso le pratiche possono portare qualche chiarimento rispetto al modello, nel senso di specificare attraverso quali accorgimenti è possibile aprire il processo decisionale a tutti gli interessi coinvolti e creare spazi per un confronto costruttivo.

Rispetto all'inclusività le vie che si sono sperimentate sono sostanzialmente due. Il sorteggio, dove un campione casuale di cittadini affronta la questione da discutere, sostituendo al principio della rappresentanza quello della rappresentatività statistica. La seconda via consiste nel creare un'arena con la presenza di tutti i punti di vista rilevanti rispetto al problema. Non ha importanza che i soggetti che partecipano siano rappresentativi, ma che i punti di vista sostenuti lo siano.

Possono quindi verificarsi diverse modalità di inclusione. Ci possono essere arene in cui sono rappresentati solo gli attori pubblici, oppure dove sono inclusi i grandi gruppi organizzati, o ancora composizioni che riflettono in modo capillare l'articolazione degli interessi e dei valori della società.

Per quanto riguarda la deliberazione, il punto fondamentale risulta essere l'attenzione non tanto per l'aggregazione delle preferenze, quanto la loro trasformazione durante il confronto e la discussione. All'interno delle esperienze concrete, infatti, si può rintracciare una preferenza verso la discussione e la trattativa, cercando di evitare una votazione a maggioranza, gli attori ricercano un accordo. Le esperienze concrete tendono così a collocarsi tra due estremi, da una parte arene tendenzialmente chiuse, formate da pochi attori con interessi affini, spesso, però, contrapposti; e arene aperte con la presenza di molteplici attori portatori di interessi multiformi. L'aspetto più significativo consiste nel fatto che le esperienze concrete si stanno muovendo dal primo al secondo estremo; sottolineando la tendenza verso la concertazione diffusa tra molti, come riflesso della consapevolezza dell'importanza sia dell'impostazione processuale nella costruzione delle politiche, sia del confronto tra soggetti non inseriti modelli gerarchici non ma all'interno di reti di relazione e condivisione.

La scelta delle istituzioni pubbliche di fare un passo indietro, di affidare la soluzione di una problematica al con-

fronto diretto tra i soggetti interessati appare come il tratto distintivo di queste pratiche. La modalità dell'affidamento può essere diversa, in certi casi le istituzioni attuano una vera e propria delega, più spesso attribuiscono ai risultati un valore consultivo.

Le istituzioni è come se scegliessero – parzialmente e temporaneamente – di non risolvere i problemi secondo i meccanismi classici della democrazia rappresentativa e si ritagliano un ruolo come promotori del confronto e garanti della correttezza dei procedimenti. Il coinvolgimento di una pluralità di attori è anche il riflesso della necessità di predisporre politiche integrate, ossia di affrontare problematiche complesse da diversi punti di vista superando la separazione tra le discipline e tra settori; attraverso un processo dove integrazione e inclusione si sostengono vicendevolmente.

Ad accomunare l'insieme di queste iniziative possiamo ritrovare una serie di tratti che riconducono alla fiducia come presupposto comune:

Fiducia nel *logos*, nell'atto del comunicare, nelle pratiche discorsive, «dialogo vuol dire mettere insieme molte voci, molte storie, molte prospettive, molte esperienze con l'obiettivo di aumentare la comprensione degli altri e di noi stessi. E' una discussione facilitata, sicura e onesta, orientata a fornire l'occasione di raccontare la propria storia, di ascoltare gli altri e di costruire un'intesa»¹;

Fiducia nella riflessività, cioè quella capacità tipicamente umana che ci permette di vedere i contorni delle nostre reazioni, delle nostre preferenze e dei nostri preconcetti anche mentre li stiamo utilizzando: «...gli esseri umani possono fare oggetto di riflessione e di apprendimento il gioco del *policy making* anche mentre lo stanno giocando; più precisamente durante l'azione essi sono capaci di riflettere sui conflitti tra i *frames* su cui si basano le controversie, in modo da scalfire la loro intrattabilità»²

Fiducia nel sostenere il rafforzamento dello spirito civico, contrapposto a quello cinico, che verrebbe invece promosso dalle procedure tradizionali. I metodi deliberativi permettono l'emergere di una visione dell'interesse generale più ampia e lungimirante, aumentando la fiducia nelle risorse della convivenza democratica.

I limiti di questi processi possono essere rintracciati da un lato nelle circostanze che vincolano la loro messa in atto. Infatti di solito le arene deliberative riguardano problemi di ordine *locale* e sono poco praticabili in presenza di visioni molto conflittuali tra loro. I movimenti collettivi non sempre condividono l'impianto delle pratiche deliberative, ritenendo di essere trascinati in un terreno improprio, dove alto è il rischio di *cooptazione*. D'altronde le prassi della democrazia deliberativa sono alternative alle pratiche tipiche della pressione. Il primo cerca il confronto diretto, con il presupposto che possa esistere un terreno comune su cui ragionare, il secondo presuppone una netta divisione dei ruoli, permettendo ai movimenti di mantenere la propria autonomia e la propria identità.

Dall'altro lato – rispetto alle circostanze idonee – ci sono i limiti che riguardano l'efficacia di tali processi. Il passaggio delle raccomandazioni emerse, dei progetti proposti in decisioni formali dell'istituzione governativa è molto delicato ed assai problematico. Nel dar corso agli orientamenti emersi, i passaggi dei meccanismi politici e burocratici possono alterare i significati e i tratti delle decisioni prese. Questo può essere motivo di disillusione e frustrazione per i soggetti che hanno partecipato, ipotecendo partecipazioni future.

Che cosa sono i *policy networks*?

In Italia il ruolo del terzo settore nella promozione della partecipazione dei cittadini agli spazi di decisione politica è stato riconosciuto formalmente dalla normativa nazionale ai soggetti del non profit, quali attori che concorrono, con l'attore pubblico, alla costruzione dell'assetto del *welfare*. La compresenza di attori del pubblico e del privato comporta la formazione di soluzioni proprie del *welfare mix*, a volte riconducibili alla forma dei *policy networks*. Anche nel campo della salute degli immigrati si è instaurata questa collaborazione: si assiste sul territorio allo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di *policy*.

Il concetto di *network* come nuova forma di organizzazione sociale è stato applicato per descrivere e analizzare il contesto sociale e politico fra i quali operano gli attori nei più disparati campi di indagine e sembra essere diventato "il nuovo paradigma per l'architettura della complessità"³. Nel campo della politica pubblica l'analisi del *policy network* cerca di spiegare lo sviluppo di una *policy* esaminando la rete degli attori che si occupano di un problema politico specifico. Il *policy network* è concepito come un concetto meso per spiegare le intermediazioni dei gruppi di interesse e la distribuzione del potere nelle democrazie e si riferisce a un modello di *policy-making* che permette di connotare le relazioni strutturali, le interdipendenze e le dinamiche tra una pluralità di attori coinvolti in un'area di *policy*, di analizzare l'esistenza di alleanze per lo scambio delle risorse disponibili tra gli attori e di comprendere se i loro legami costituiscono una rete di relazioni e di interessi.

¹ Dalle pagine web del Jen Murphy Gorge Mason University's UDRP Dialogue Project, www.gmu.edu/org/UDRP.

² Shon e Rein, 1994, p37-38.

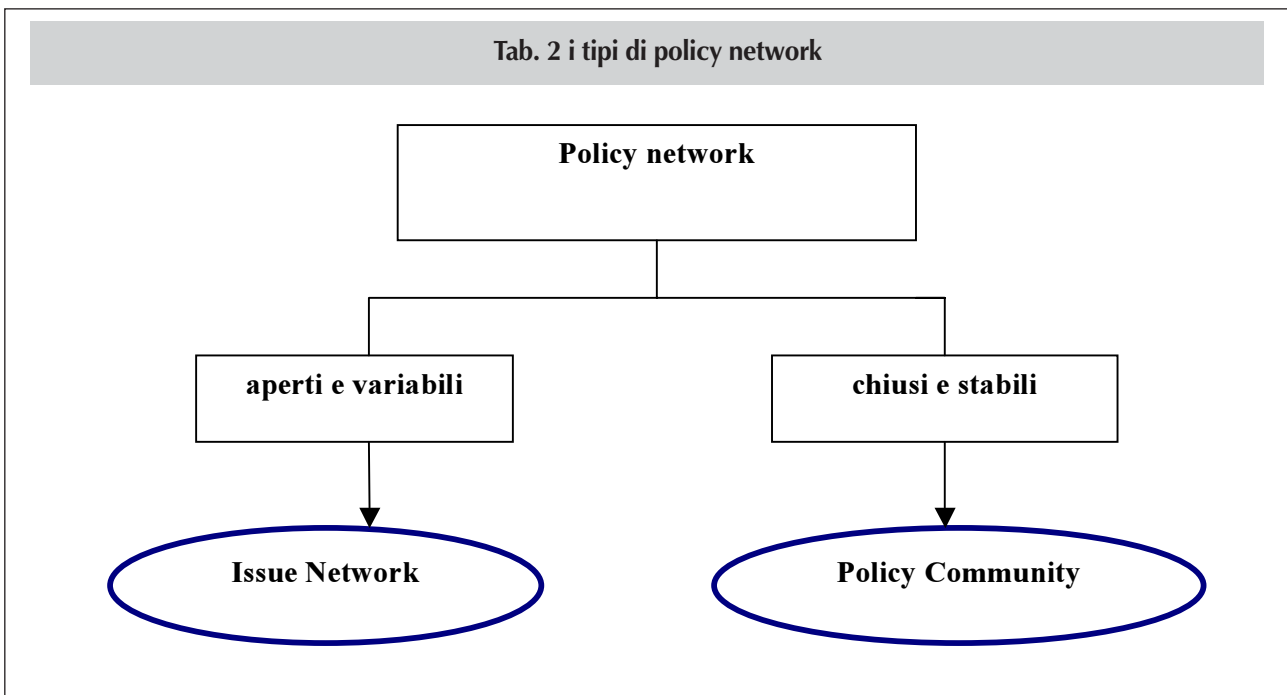
³ Kenis e Schneider 1991, pag. 25. Per una trattazione completa sulla *network analysis* si veda Wasserman e Faust (1994) e Scott (2000).

Una possibile definizione di *policy network* li descrive come quegli

“insiemi di legami di relazioni relativamente stabili e in corso che mobilizzano e mettono in comune risorse disperse così che l'azione collettiva (o parallela) può essere orchestrata verso la soluzione di una comune policy”.

Partendo dal presupposto che nessuna organizzazione può generare da sola le risorse di cui necessita, intese in termini di capitale, di risorse umane, di *know how*, la teoria dell'interdipendenza delle risorse ritiene che ciascuna organizzazione necessita di riferirsi ad altre organizzazioni con cui condividere quelle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il ricorso a questa sorta di “fonte esterna” è in funzione del raggiungimento della meta prefissata, così come frequenza dell'interazione, intensità e centralità della stessa, danno la misura della connessione tra le diverse organizzazioni.

I tipi di reti possibili possono essere innestate su di un continuum che varia, a seconda del diverso grado di apertura verso l'esterno, dalle reti chiuse (*Policy community*), alle reti aperte (*Issue Network*).



Le comunità politiche sono reti chiuse, con un limitato numero di partecipanti stabili, identificabili in determinati organismi del governo centrale o di sotto-comparti all'interno di questi organismi, un gruppo di interesse o due gruppi che rappresentano interessi non competitivi. Certe comunità includono “esperti” del governo, di altre istituzioni o università. Un *policy community* è una forma istituzionalizzata di relazione che favorisce certi interessi ed esclude altri e può includere istituzioni sia formali sia informali. Possiamo trovarci di fronte a un comitato consultivo, istituzionalizzato, o più semplicemente, a rapporti di contatto informale, quotidiani.

Al contrario, gli *issue network* non si caratterizzano per contatti formalmente istituzionalizzati tra gruppi e governi. Si sviluppano generalmente in aree nuove dove nessun gruppo ha un dominio pre-stabilito o dove non esistono istituzioni stabili, che a priori sanciscano l'esclusione di qualcuno. Oppure attorno a convincimenti che sono saldamente diffusi tra la gente come, solo per fare un esempio, il tema della pace o dell'ambiente. Sono quindi reti aperte, con un numero ampio di partecipanti e si contraddistinguono per contatti fluttuanti, di intensità e frequenza non elevati, visto il consenso limitato alla natura specifica dei problemi o delle soluzioni, con un accesso alle risorse sostanzialmente diseguale.

Nel caso di una coalizione di appoggio o di sostegno ad una certa linea di intervento politico, costituita da individui (politici eletti, amministratori, esperti, leader di gruppi di interesse ma anche appartenenti ad associazioni e organizzazioni del terzo settore) che condividono un particolare sistema di credenze e che danno vita ad una certa attività coordinata e continuativa nel tempo, in letteratura si è parlato di *advocacy coalition*. Una delle premesse fondamentali dell'approccio dell'*advocacy coalition* consiste nel ritenere che l'unità di analisi fondamentale per comprendere il *policy change* sia un intero insieme di attori, sia individuali sia collettivi, organizzazioni pubbliche e private, che sono più o meno regolarmente interessati ad uno specifico problema e che costituiscono la rete di protagonisti che concorrono alla formazione e alla gestione di una politica pubblica. Il modello prevede che gruppi interessati ad un cambiamento politico formino delle aggregazioni, composte da numerosi membri che ricoprono ruoli tra loro anche molto diversi, ma che condividono l'inte-

resse per una determinata riforma, uno stesso sistema di credenze ed agiscono in maniera coordinata e continuativa per un certo periodo di tempo. Esiste quindi la possibilità di reti concorrenti o antagoniste, che sostengono cioè linee di intervento diverse sullo stesso issue. Le diverse coalizioni si affrontano all'interno del campo di riferimento al fine di ottenere ognuna il cambiamento politico voluto.

Un'altra forma di interazione reticolare tra gli attori del processo di *policy-making* è quella tipica dei gruppi di pressione. Un gruppo di lobby, per introdurre in agenda una rivendicazione o per partecipare alla formulazione di una decisione, deve riuscire a rappresentarsi come la fonte d'informazione più autorevole e più aggiornata su materie specifiche. L'informazione risulta, infatti, come l'effettivo potere di influenza sugli organi preposti alla decisione pubblica. Tramite la propria *expertise* nelle materie che riguardano i propri interessi, le lobby godono di un vantaggio, individuato in un sapere tecnico e in un sapere sociale utilizzabile nei confronti degli organi di governo. Il sapere tecnico consente all'esperto un vantaggio d'informazione sul decisore pubblico, mentre il sapere sociale riguarda conoscenze legate all'ambiente esterno. Le attività di informazione prevedono ad esempio la contrattazione diretta con il singolo funzionario pubblico, al di fuori dalle sedi istituzionali, come gli incontri informali, la conversazione telefonica, le lettere personali, ma anche l'elaborazione di documenti, dati e analisi, *position paper*, studi sperimentali, presentati in modo volontario per attirare attenzione su un dato argomento o dietro richiesta dei funzionari.

Il gruppo di pressione può esercitare un'azione indiretta, volta ad influenzare il decisore pubblico attraverso la sensibilizzazione dell'opinione pubblica o di uno specifico settore, ad esempio tramite campagne, pubblicità o dimostrazioni di protesta. Ma i gruppi non si limitano ai meccanismi formali di consultazione. Utilizzano anche forme di pressione informale, come i rapporti personali con i responsabili e il contatto con i responsabili favorevoli e non alla proposta. Affinché questo tipo di relazioni sia proficuo, risulta utile avere tra le proprio fila attivisti istituzionali, cioè membri del gruppo di interesse che fanno parte anche della struttura istituzionale, tramite la partecipazione a comitati consultivi o comitati di esperti. In alcuni contesti questa rappresentanza, definita di elite, può essere fondamentale perché permette di ottenere informazioni in anticipo, che consentono di programmare l'attività, di intervenire eventualmente sui processi decisionali o di far fronte ad interferenze opposte da altri interessi o lobby o dalla competitività di altri gruppi nello stesso settore.

La rete vista da dentro

Nelle diverse modalità di aggregazione politica e nelle prassi di governance il ricorso all'idea di rete, come richiamo ad una struttura che permette l'interazione tra soggetti diversi legati da relazioni eterogenee, risulta piuttosto diffuso. Bisogna però ricordare che la rete è anche è un modo di vedere la realtà e lavorare dentro di essa, uno strumento e una metodologia di lavoro. Ed in questa chiave di lettura, ciò rappresenta un "valore", nel senso cognitivo del termine, come ciò che è valido per costruire efficacemente una meta e una motivazione capaci di orientare un comportamento individuale integrato in un "costume" valorizzato da un consenso collettivo. Entra, così, a far parte di un mondo condiviso nella cultura di lavoro del gruppo, dà senso ad una serie di comportamenti dei suoi membri, stabilisce comportamenti attesi e costituisce un codice comunicativo con gli interlocutori esterni al gruppo.

Nel momento dell'accesso alla rete si stabiliscono dei collegamenti che come legami di senso tendono a mantenersi ed ad approfondirsi. Si passa quindi dalla situazione di rapporti di conoscenza personali, tra operatori, fragili perché legati alla presenza di persone fisiche e alla loro disponibilità, al rapporto fra istituzioni, dunque con un maggior livello di formalizzazione e quindi con la possibilità che questa rete continui a funzionare indipendentemente dalla sorte del singolo operatore.

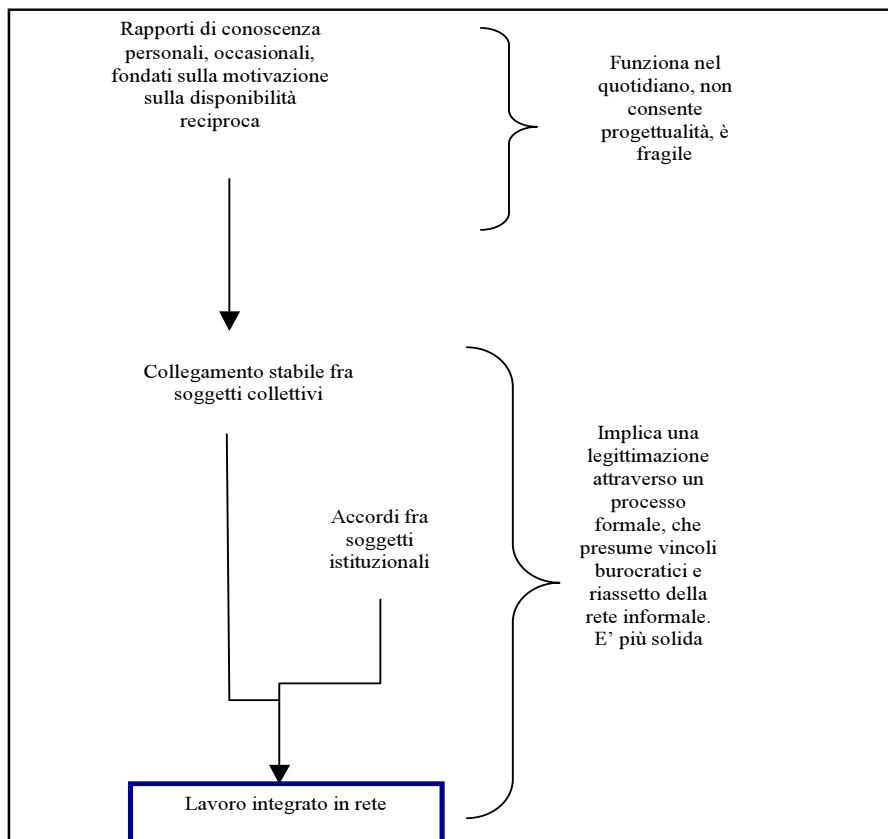
La solidità del collegamento ha a che fare con il suo riconoscimento ufficiale, che implica sul medio-lungo periodo una riallocazione delle risorse e una definizione di vincoli reciproci attraverso l'individuazione di percorsi, linee guida, protocolli. Dal collegamento verso l'integrazione, l'esperienza insegna che si hanno situazioni in cui il collegamento informale funzionante tra gli operatori corre il rischio di essere delegittimato nel momento del passaggio allo status formale.

Uno scambio protratto produce migliore conoscenza tra gli operatori dei servizi, un vero e proprio scambio culturale: di conoscenze in senso stretto, informazioni, dati, casistica, documentazione; di metodologia, di progettazioni, di immagini di rete.

Come in ogni situazione relazionale, la presenza dell'altro fa emergere nuove immagini e nuovi contenuti non visibili dal proprio punto di vista, ma anche nuove soluzioni. La rete assolve così una funzione di feed-back in tempo reale, fruibile in modi diversi: in rapporto alla gestione di un caso piuttosto che alla situazione del gruppo in quel momento. In particolare ha come valore aggiustamento reciproco dei comportamenti di rete attesi dai soggetti della rete.

La rete individua un'appartenenza. Se lo scambio ha prodotto una cultura di rete tra i soggetti coinvolti, ciò sta a significare che fra tutti i contraenti esiste un consenso attorno all'idea che un certo tipo di lavoro, il perseguimento di certi obiettivi, non è possibile senza la presenza dell'altro.

Tab. 3 Le fasi di strutturazione di una rete



In definitiva, ciò che si vuole sottolineare è che al di là della sua capacità di analizzare lo sviluppo delle politiche, può comunque essere utile cercare di capire come sono strutturate le reti dato il loro crescente accreditamento e il loro ruolo nel sistema di governance.

Prendendo in considerazione i principali modelli, essi possono essere usati come un attrezzo strategico dai membri del settore del volontariato che si occupano di un problema di politica pubblica, per sviluppare una migliore comprensione del contesto nella quale lavorano e le opzioni utili per raggiungere i loro obiettivi strategici. Un'organizzazione del privato sociale può, attraverso un'analisi del *policy network*, comprendere il contesto in cui si muove, le risorse che ha a disposizione, le sue debolezze, i suoi limiti e le varie opzioni strategiche. Capire a quale coalizione si appartiene, quale è il sottosistema politico in quale opera può migliorare l'efficacia dei suoi sforzi di advocacy e la sua coordinazione con altre organizzazioni.

Risulta utile che i membri della rete siano consapevoli delle risorse reciproche, delle proprie aree di expertise, e della propria volontà di portare a termine compiti specifici. La mappatura delle relazioni strette all'interno della coalizione di advocacy, tra volontari e persone con ruoli amministrativi e politici, può aiutare nella progettazione delle campagne di pressione, così come altrettanto importante è la mappatura degli "avversari" nel sottosistema politico.

In questo modo, indipendentemente dal livello raggiunto dalla teorizzazione, è possibile ridefinire i processi di *policy-making* che realmente si svolgono nella società.

Bibliografia

Governance e politiche sociali

- Bobbio L., I governi locali nelle democrazie contemporanee, Laterza, 2002.
- Fedele M., "Le basi istituzionali del welfare locale. Processi di fissione e fusione prima e dopo la 328", in La rivista delle politiche sociali, II, n. 2, pp89-103, 2004.
- Mayntz R., "La teoria della governance: sfide e prospettive", in Rivista Italiana di Scienza Politica, n. 1, 1999.
- Pavolini E., Le nuove politiche sociali. I sistemi di welfare tra istituzioni e società civile, il Mulino, Bologna, 2003.

Policy making

- Borzaga C., Fazzi L. (a cura di), Del non profit socio-sanitario, Salute e Società, FrancoAngeli, Anno 5, n.1, 2006.
- Della Porta D., La politica locale, Il Mulino, 1999.
- Fazzi L., Costruire politiche sociali, Franco Angeli, 2003.
- Jones C.O., An Introduction to the Study of Public Policy, Wadsworth Publishing, 1970.
- Leone L., Prezza M., Costruire e valutare nel sociale, FrancoAngeli, 1999.
- Meny Y., Thoenig J.C., Le politiche pubbliche, Il Mulino, Bologna, 2003.
- Tognetti Bordogna M., Immigrazione e politiche di welfare, in F. Bracci, G. Cardamone (a cura di), Presenze. Migranti e accesso ai servizi socio-sanitari, Franco Angeli, Milano, 2005.

Lobbying

- Caligiuri M. (a cura di), Le lobbies queste conosciute, Università degli Studi della Calabria, Rende, 2000.
- Fotia M., Le lobby in Italia. Gruppi di pressione e potere, Dedalo, Bari, 2002.
- Graziano L., Le lobbies, Laterza, Bari, 2002.

Arene deliberative

- Bobbio L. (a cura di), A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi, ESI, Napoli, 2004. [http://www.cantieripa.it/allegati/A_più_voci.pdf.]
- Bobbio L., "La democrazia deliberativa nella pratica", in Stato e Mercato, XXV, n. 1, pp67-88, 2005.
- Ciarini A., "Per una modellistica delle forme partecipative alle arene deliberative", in Quaderno di Ricerca n. 6, DIES, Roma, 2006.
- Hajer, M.A., Wagenaar, H. (a cura di), Deliberative Policy Analysis. Understanding Governance in the Network Society, CambridgeUniversity Press, Cambridge, 2003.
- Pichierri, A., La regolazione dei sistemi locali. Attori, strategie, strutture, Il Mulino, Bologna, 2002
- Young, I.M., "Activist Challenges to Deliberative Democracy," in Political Theory, vol. 29, n. 5, pp. 670-690, 2001.

Policy network

- Borzel Tanja A., "Le reti di attori pubblici e privati nella regolazione europea", in Stato e Mercato, n. 54, pp. 389-432, 1998.
- Kenis P., Schneider V., "Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analytical toolbox", in Marin B., Mayntz R. (a cura di), Policy network: empirical evidence and theoretical considerations, Frankfurt, Campus, 1991.
- Klijn E.H., Koppenian J., Public Management and policy networks: foundations of a network approach to governance, Public Management: an international journal of research and theory, vol. 2, no. 2, pp. 136-158, 2000.
- Koppenjan J., Kickert W.J.M., Klijn E.H., Managing Complex Networks. Network Strategies for the Public Sector, Sage, 1997.
- Marsh D. (a cura di), Comparing policy networks. Public policy and management, Open University Press, 1998.
- Marin B., Mayntz R. (a cura di), Policy network: empirical evidence and theoretical considerations, Frankfurt, Campus, 1991
- Mongelli A., Geografia delle risorse sociali, FrancoAngeli, Milano, 1999
- Rhodes RAW, Understanding Governance. Policy networks, Governance, Reflexivity and Accountability, Buckingham Open University Press 1997.

Reti

- Butera F. 1990, Il castello e la rete. Impresa, organizzazione e professioni nell'Europa degli anni Novanta, Milano, F. Angeli.
- Chiesi A.M., L'analisi dei reticoli, Franco Angeli, Milano, 1999.
- Habermas J., Le teorie dell'agire comunicativo. Razionalità dell'azione e razionalità sociale, il Mulino, Bologna 1986
- Piselli F., Reti. L'analisi di network nelle scienze sociali, Donzelli, Roma, 2001
- Mikkelsen M., Policy network analysis as a strategic tool for the voluntary sector, Policy Studies, Volume 27, Number 1, March 2006, Routledge
- Scott J., Social network analysis : a handbook, London Sage Publications, London, 2000.
- Shon D.A., Rein M., Frame Reflection: Towards the Resolution of Intractable Policy Controversies, Basic Book, New York, 1994
- Tognetti Bordogna M., (a cura di), I colori del welfare, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Wasserman S., Faust K., Social network analysis : methods and applications, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

immigrazione e salute: per una cittadinanza di diritti

Salvatore Geraci

salvatore.geraci@caritasroma.it

Premessa

Oltre 20 anni fa abbiamo cominciato ad occuparci di immigrati prima ancora di immigrazione, abbiamo incontrato persone malate, bisogni sommersi e diritti negati. Protagonisti sono stati molti medici, infermieri, operatori sociali prevalentemente nell'ambito del volontariato e del privato sociale, che in varie parti d'Italia hanno avuto umanità, sensibilità professionale e un forte senso di giustizia sociale per impegnarsi nel garantire tutela della salute, senza esclusione. Dall'impegno personale si è passati ad una coscienza collettiva di una nuova realtà; dall'emergenza all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'incontro con questi "nuovi cittadini".

Il ministro della salute, la senatrice Livia Turco, ha recentemente affermato proprio riferendosi alla popolazione immigrata nel nostro paese: «... abbiamo tutta l'evidenza che salute non è il risultato di sole operazioni sanitarie, il peso del sistema salute nel determinismo della salute è modesto; la salute vede invece una serie di altri fattori determinanti: dall'istruzione all'economia, dalla ricerca al mondo del sociale. Una vera integrazione intersettoriale che richiama, quando vuole essere efficace, un'integrazione completa tra settori diversi...» e nello specifico del tema salute degli immigrati aggiunge «... questa popolazione è, per definizione, selezionata per salute; gli ammalati gravi non possono partire: parte la popolazione giovane che può affrontare la costruzione di una nuova vita. I casi di malattie tropicali tradizionali (...) sono eventi rari negli immigrati in Italia: eventi che i nostri specialisti in malattie infettive sanno bene come curare. ... E allora quali i problemi reali di salute degli immigrati? Non dissimili dai nostri: malattie infantili, esigenze di assistenza alla gravidanza e al parto, malattie croniche, incidenti sul lavoro, domestici e stradali ...». Ed ancora: «... Il nostro Sistema Sanitario è perfettamente in grado di curare i nuovi italiani senza costruire ghetti di isolamento. ... seppure la domanda di salute dei nuovi italiani non è diversa da quella dei vecchi, restano attuali e forti, importanti problemi che ostacolano l'offerta di salute alla popolazione che viene a vivere da noi. Da problemi di accoglienza a gruppi che arrivano privi di ogni cosa e senza prospettive organizzate di lavoro e di vita, a problemi di comunicazione tra lingue, culture, tradizioni molto diverse da quelle italiane, a problemi di risorse e meccanismi di cooperazione economica»¹

Ma questa è una consapevolezza recente e non ancora diffusa: in Italia si comincia a parlare di *medicina delle migrazioni* verso la fine degli anni ottanta, alla luce di una presenza di immigrati provenienti dalle aree più povere del mondo sempre maggiormente visibile. In quel periodo era acceso il dibattito politico che affrontava il tema della salute di questa popolazione evocando il rischio di importazione di malattie in un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato. Proprio in quegli anni l'allora ministro della sanità, on. Francesco De Lorenzo, istituì per la prima volta una commissione ministeriale con il compito di affrontare il tema della salute degli immigrati e non è casuale che a parteciparvi fossero quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi. A distanza di tempo ancora oggi l'immigrato è spesso visto con colpevole pregiudizio come untore; nel 2006 ci sono state dichiarazioni di due ministri, di schieramenti politici opposti, che mostrano preoccupanti contiguità: *gli immigrati vanno controllati e visitati perchè portatori di malattie esotiche* (ministro della salute Storace su Il Messaggero del 31.1.2006; ministro dell'interno Amato su La Stampa del 28.09.2006).

Certamente questo atteggiamento non è in alcun modo supportato né da dati né da considerazioni di sanità pubblica perchè, a differenza del passato, in cui spesso le malattie si sono "spostate" con gli spostamenti degli uomini, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche ed in secondo luogo per la considerazione che l'immigrato che arriva per lavorare in Italia in genere è in buone condizioni di salute per un'auto-selezione in partenza che porta ad emigrare chi ha maggior *change* di riuscita nel progetto migratorio e quindi anche chi è più sano e integro nel fisico. Un'ultima considerazione sta nel fatto che i viaggi internazionali e intercontinentali sono ormai 'routinari' e solo marginalmente per motivi di migrazione, piuttosto per turismo o affari, abbattendo di fatto barriere di spazio e di tempo che una volta potevano segregare o contenere agenti microbici più o meno infettanti.

¹ Turco L., *La prevenzione per la promozione della salute e l'integrazione dei popoli*, Relazione al 42° Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene. Catania, 27 Ottobre 2006. <http://www.sitinazionale.com/cont/2300art/0611/1700/>

A noi piace pensare alla medicina delle migrazioni non in termini di malattie o di rischio, ma come occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme (corpo, psiche ma anche cultura, aspettative, desideri...) ed in un contesto (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche d'accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni...), in un ottica di salute globale che nell'epoca della globalizzazione non deve certamente sfuggirci e che il ministro Livia Turco, come citato, ha chiaramente sintetizzato.

La medicina delle migrazioni in Italia è anche la cronaca di un incontro, avvenuto sul piano del bisogno, ma che progressivamente ha fatto intravedere e scoprire la necessità di incontrarsi sul piano anche della cultura, del sapere, della condivisione di esperienze, stimoli, sensazioni. L'incontro con lo straniero immigrato è uno dei momenti nuovi dell'essere impegnati nel campo sanitario in Italia e questo non perché da ciò nascono nuove problematiche o nuove esigenze ma perché è nuovo il modo in cui queste problematiche e queste esigenze si pongono: la riscoperta del peso della cultura, dell'imprinting della propria società d'origine, di come le condizioni sociali possano pesantemente influenzare lo stato di salute fisica e mentale degli individui. Ed ancora è l'occasione per riscoprire come il nostro 'ovvio' non sia assoluto, come la relazione con ogni paziente, italiano o straniero, sia originale ed unica per il modo in cui viene vissuta, sentita, manifestata.

Fino al 1995: la fase dei diritti negati e/o nascosti

In Italia iniziamo a rapportarci con l'immigrazione con l'immagine ancora fresca di milioni di nostri concittadini costretti a lasciare la propria nazione per migrare in altri paesi: l'inizio dello scorso secolo è stato connotato dai nostri nonni, zii ed altri parenti che in massa hanno raggiunto nazioni più o meno lontane. Nei ricordi familiari l'emigrazione in America prima o più recentemente nel nord Europa è presente come un momento drammatico ma nel contempo affascinante, doloroso ma stimolante. Nei nostri ricordi difficilmente affiorano le difficoltà, i pesi, le paure, le malattie dei nostri parenti; inconsciamente releghiamo questi aspetti al 'giusto' o 'necessario' prezzo da pagare del migrare: è il costo della migrazione, un costo economico ma soprattutto fisico. Decine di migliaia sono state le vittime dell'emigrazione italiana di inizio secolo: vittime di viaggi clandestini, di discriminazioni, di violenze, di malattie o di stenti. Sarà forse per questa inconscia rimozione culturale, per questa assuefazione storica che quando i primi immigrati sono giunti in Italia, abbiamo tardato a metterci in moto; abbiamo connotato le avvisaglie del fenomeno come passeggero, transitorio, non degno di attenzione particolare. Noi, paese di emigrati, non potevamo essere oggetto del desiderio di immigrati. Questo ritardo si è scontato in tutti i campi, anche in quello sanitario. Di fatto per molti anni gli immigrati sono stati esclusi dalla possibilità di un accesso ordinario al Servizio sanitario nazionale (Ssn), non hanno avuto garantito il diritto alla salute, non sono entrati nelle casistiche ufficiali, negli studi epidemiologici, nella programmazione sanitaria. La loro presenza visibile, soprattutto nelle grandi città, ha però innescato timori e pregiudizi anche in campo sanitario che ufficialmente non conosceva il tema e non poteva rispondere alimentando sospetti ed insicurezza. Dagli inizi degli anni ottanta, una vasta rete di organismi di volontariato si è attivata in tutta Italia per rispondere sul piano della solidarietà a ciò che per diritto era negato. Nel 1990 queste relazioni si consolidano dando vita alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che da quel momento si pone come "contenitore scientifico e consapevole" di quanti siano interessati del tema e come "catalizzatore" di risorse individuali e collettive per processi di conoscenza e di promozione di diritti.

Se dal punto di vista epidemiologico le informazioni erano ancora scarse, sul piano del diritto all'assistenza esisteva una notevole quantità di norme, stratificatesi negli anni, che nei fatti, lo rendevano invisibile. Da una nostra analisi di allora (seconda metà anni '90), risulta infatti che le norme che identificavano le possibilità di garanzia del diritto alla salute degli stranieri erano contenute in ben 27 provvedimenti legislativi: 3 Leggi, 2 Decreti del Presidente della Repubblica (DPR), 6 Decreti Legge (DL), 16 Decreti Ministeriali (DM). Ciò non considerando i provvedimenti legislativi specifici come le Convenzioni con particolari Stati esteri e non prendendo in esame le reiterazioni dei Decreti Legge non convertiti in Legge.

Una pleora di norme che per anni hanno reso impossibile l'accesso alle strutture e la fruibilità delle prestazioni per molti degli immigrati presenti in Italia. In quel periodo parlavamo di diritto alla salute negato per legge ai clandestini e nascosto ai regolari.

Il 1995 in Italia è stato un anno determinante per delineare una nuova attenzione ed una adeguata politica sanitaria per gli immigrati: quell'anno è stato caratterizzato da una serie di fatti che hanno innescato una 'reazione a catena' che ha portato ad affrontare in poco tempo la problematica.

Un convegno organizzato a Roma nel mese di gennaio '95 dalla Caritas di mons. Luigi Di Liegro dal titolo "*Immigrazione e salute: una politica dell'oblio*" in occasione della presentazione del volume *Argomenti di medicina delle migrazioni*, ha sottolineato con forza la necessità di una politica sanitaria adeguata alle realtà immigratoria e sociale; quell'incontro si è collocato non del tutto casualmente, in un momento in cui si erano verificate due gravi situazioni legislativo-amministrative: un decreto legge (DM 8.9.94 pub. Gazzetta Ufficiale 30.12.94 n. 304) stabiliva le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri per gli immigrati non iscritti al Ssn portandole a £ 560.000/die per i ricoveri ordinari e a £ 2.400.000/die quelli altamente specializzati; ed ancora non veniva reiterato il decreto che per-

metteva l'iscrizione gratuita al Ssn per gli immigrati regolari disoccupati con il rischio che circa 70.000 persone potessero perdere la possibilità di accesso alle cure. Già da qualche giorno erano stati lanciati vari appelli e proprio durante il convegno è giunta la notizia che il neo nominato ministro della sanità professor Elio Guzzanti, come suo primo atto ufficiale, reiterava il decreto per la gratuità dell'iscrizione al Ssn. Ed ancora in una audizione alla XII Commissione parlamentare (riunione del 7 febbraio 1995) il professor Guzzanti specificava:

"..., per quanto riguarda gli immigrati irregolari, i profughi e quanti chiedono asilo il problema è estremamente delicato, perché, allo stato, è permesso esclusivamente l'intervento d'urgenza, cioè il ricovero ospedaliero, mentre voi parlate della necessità di assicurare un'assistenza sanitaria di base e preventiva. Mi dicono che vi è una certa contraddizione nell'impegno formale ed ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere. Mi rendo conto di questo, però prescindendo per un momento dalla funzione di ministro della sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci; poi vedremo di risolverlo e forse potremo avere preziose indicazioni."

Il 25 febbraio un altro convegno segna un momento importante: a Milano, il Naga (un'associazione di volontariato sanitario per immigrati e nomadi) ed altri gruppi di volontari del nord Italia, hanno organizzato un seminario dal titolo *"Salute senza colore"* dove venne presentata una proposta di legge per il diritto alla salute per gli extracomunitari.

Su quella proposta, da quel momento, tutti i gruppi impegnati sul campo a livello nazionale, sostenuti dalla SIMM, collaborarono a redigere un documento presentato al ministro il primo luglio 1995.

Pochi giorni dopo, il 6 luglio 1995, il Senato approvò un ordine del giorno che impegna il governo presieduto dal prof. Dini *"... a ricercare le forme per difendere il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari, emanando provvedimenti atti a superare gli ostacoli che impediscono di fatto la parità dei trattamenti;..."*; venivano quindi individuati 7 punti in cui analiticamente si proponevano percorsi giuridici adeguati (193° resoconto sommario, ordine del giorno n. 1 - 9.1735.1. del 6.7.1995, primo firmatario on. Petrucci).

A quel punto i gruppi promotori dell'iniziativa legislativa decisero di coinvolgere i parlamentari di tutte le forze politiche per invitarli ad esprimersi in rapporto alla proposta di legge che fu formalmente depositata, nella prima settimana di agosto 1995, al Senato ed alla Camera sottoscritta da circa 60 senatori (primo firmatario il verde Manconi) e oltre 140 deputati (primo firmatario il cristiano sociale Tanzarella).

Il ministro della sanità parlò ancora della necessità di estendere una protezione sanitaria agli immigrati comunque presenti sul territorio nazionale in vari incontri e convegni; l'ultima volta intervenendo al convegno *"Per una sanità multiculturale: quale politica per gli immigrati?"* svoltosi a Roma, organizzato dalla Caritas e dall'Istituto d'Igiene dell'Università La Sapienza l'8.11.1995.

Dopo pochi giorni uscì il Decreto Legge 489/95 che, nell'articolo 13, per la prima volta sanciva il diritto all'assistenza sanitaria non solo legata all'urgenza, anche all'immigrato irregolare e clandestino.

Seconda metà anni '90: l'emersione del diritto

Gli stranieri in Italia provengono da quasi 190 paesi diversi, di tutti i continenti. Questa è una caratteristica peculiare dell'immigrazione nel nostro paese che ha fatto evocare l'immagine di un caleidoscopio di persone, culture e religioni ed ha connotato la popolazione anche per la diversità per patrimonio genetico (in rapporto ad alcune malattie ereditarie per altro ancora estremamente rare) e per capacità di adattarsi ed interagire con il nuovo sistema sociale e sanitario del paese ospite. La prima fase dell'immigrazione è stata caratterizzata prevalentemente da 'pionieri': l'effetto migrante sano, la selezione in partenza degli individui che in genere godono di buona salute ed hanno più risorse psicologiche, fisiche e relazionali, è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione non solo in termini economici. Tuttavia già dall'inizio e soprattutto adesso, queste considerazioni sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non valgono per chi è costretto a scappare da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il proprio futuro ma anche l'immediato presente. Sono questi, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, i profughi, gli sfollati ed i rifugiati.

L'effetto migrante sano tende anche ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Tale effetto non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori 'trainati' da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute inoltre cambia con il mutare del profilo demografico dell'immigrato in quanto si verifica una progressiva sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani, ...). Da non dimenticare il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, sfruttato da chi approfitta della disperazione.

Certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in 'dotazione' al migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di 'fattori di rischio' e per malattie che incombono nel paese ospite soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di

lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari in rapporto ai diritti acquisiti ed all'organizzazione dei servizi.

In realtà molti di questi fattori di rischio accomunano tutti i cosiddetti 'soggetti deboli' indipendentemente dalla loro nazionalità, ma in questo caso sono aggravati da una mancanza di condivisione culturale e di storia sociale.

Come abbiamo visto, dal 1995 il diritto alla salute ed all'assistenza viene 'sdoganato' con un articolo (il numero 13) di un decreto legge del Governo Dini reiterato ben 5 volte (dal novembre 1995 e ultima il 12 settembre 1996: le ultime due versioni con radicali modifiche, non sulla parte sanitaria, dal sopraggiunto I Governo Prodi).

Dal 1996 al 1998 si succedono telex e note di chiarimento ministeriali, quesiti regionali e anche delibere locali ormai orientate in modo "inclusivo" di questa popolazione nel sistema di tutela sanitario.

Alla fine del 1996, l'impossibilità della reiterazione del Decreto a seguito di una sentenza della Corte Costituzionale, ha nuovamente cambiato 'le carte in tavola'. L'articolo 13 divenuto ormai articolo 11, forzatamente scompare dal panorama normativo italiano: fortunatamente il nuovo ministro della sanità, on. Rosy Bindi, si pone su questo tema in continuità con il suo predecessore e cerca di salvare i diritti acquisiti ed anche le indicazioni emerse per una politica sanitaria adeguata. Viene promulgata quindi una Ordinanza Ministeriale, la prima datata 15 novembre 1996, successivamente ripresentata con qualche leggera modifica per ben 5 volte fino alla promulgazione della normativa attualmente in vigore.

Infatti dopo un intenso lavoro preparatorio, anche con il prezioso contributo dell'associazionismo, il 19 febbraio 1998 il Senato ha definitivamente approvato la legge che viene promulgata il 6 marzo 1998 con il n. 40 dal titolo "*Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*" (Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998 - Serie generale). Il 25 luglio 1998 viene emanato il Decreto Legislativo (DLGS) n. 286 (pubblicato sul Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Serie generale), dal titolo "*Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*", che incorpora tutte le disposizioni della Legge 40, integrandola con alcuni dispositivi ancora in vigore da leggi precedenti. Da ora in poi faremo riferimento al Testo Unico (TU).

Circa un anno dopo, i principi e le disposizioni contenute nel TU, hanno trovato maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del proprio Regolamento di attuazione (il D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999).

L'articolo n. 34 del TU dal titolo "*Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale*" contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul nostro territorio cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35 dal titolo "*Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale*" affronta il tema di tutela sanitaria "*a salvaguardia della salute individuale e collettiva*" anche nei confronti di coloro "*non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno*", i cosiddetti irregolari e/o clandestini. L'articolo 36, dal titolo "*Ingresso e soggiorno per cure mediche*", definisce le condizioni necessarie perchè un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del citato Regolamento d'attuazione e ulteriori chiarimenti al riguardo sono stati inoltre forniti dal ministero della sanità con Circolare 24 marzo 2000, n. 5 (*Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria*, Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1.6.2000 - Serie generale).

Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale con l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia la presenza di immigrati irregolari e clandestini che richiedono aiuto medico.

Tale impostazione normativa è stata supportata da alcuni documenti programmatici primi fra tutti il Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000, quello 2003 - 2005 e quello attuale, nei quali si evidenzia la realtà dell'immigrazione e si incentivano interventi ed azioni locali sia per garantire accessibilità e fruibilità delle prestazioni, sia per avviare percorsi di maggiore conoscenza del fenomeno.

La pianificazione sanitaria nazionale attuale.

Fase della fruibilità o il rischio delle disuguaglianze

I dati sanitari disponibili evidenziano un superamento delle situazioni di esclusione diffusa dai servizi da parte degli immigrati ma indicano anche una **fragilità sociale** di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabile a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative:

- A) condizioni fisiologiche come la gravidanza e comunque tutto l'ambito materno infantile con, ad esempio, tassi di mortalità perinatale ancora più alti tra i figli di straniere immigrate; ed anche tassi fino a cinque volte maggiori tra le donne straniere rispetto alle autoctone nel ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;
- B) condizioni di mancata tutela preventiva con particolare evidenza nell'ambito lavorativo dove, in alcuni settori, si registra un rischio più che doppio di incidenti tra immigrati rispetto ai cittadini italiani;
- C) condizioni patologiche con particolare riferimento a quelle infettive e al disagio psichico; importanti non tanto per la consistenza numerica o per la loro 'importazione' dai paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire malattie, stati d'animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete;
- D) condizioni sociali, come la detenzione, vera e propria noxa patogena e come la prostituzione che vede come protagonisti, spesso obbligati, donne e uomini stranieri; ...

In definitiva possiamo indicare a partire dall'evidenza dei dati disponibili, come il profilo sanitario dell'immigrato in gran parte si sovrappone (per tipologia delle condizioni patologiche) a quello della popolazione autoctona di pari età seppur condizionato dall'effetto di scadenti condizioni di vita presenti soprattutto nelle prime fasi dell'immigrazione nel nostro paese: maggiori prevalenze per malattie delle alte vie respiratorie (abitazioni non riscaldate e sovraffollate), per disturbi gastrointestinali (alimentazione inadeguata), per malattie dermatologiche (alta promiscuità abitativa, carenze igienico-sociali).

Il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari rappresenta quindi una questione cruciale per la salute del migrante, l'accessibilità dipendendo prevalentemente dalla normativa, la fruibilità dalla capacità "culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità dei nuovi utenti.

Il degrado più o meno rapido del patrimonio di salute del migrante nel paese ospite pone seri problemi sia alla persona che si ammala, che con la malattia viene a perdere un'importante risorsa (la buona salute) che ha da investire per la realizzazione del progetto migratorio, sia alla collettività che comunque è costretta a sostenere i costi sociali ed economici che questo comporta.

Come più volte ha sottolineato il dr. Maurizio Marceca, se in una prima fase l'immigrato può essere particolarmente vulnerabile per le condizioni di degrado e disagio in cui è costretto a vivere, col tempo, superata l'emergenza, prevale la possibilità/capacità di interagire con l'organizzazione, l'offerta dei servizi, la capacità di lettura dei propri bisogni di salute e di saperli esprimere e, viceversa, la capacità del sistema sanitario del paese di adattarsi a questa nuova utenza.

Fondamentale quindi è una pianificazione sanitaria che tenga conto di quanto detto anche considerando l'estrema variabilità locale sia per presenza di immigrati sia per attenzione e sensibilità politica e sociale al tema.

Ma prima di analizzare la pianificazione attuale, vale la pena sottolineare come anche in una ottica federalistica della sanità e ad un progressivo decentramento gestionale, per il futuro è previsto che lo specifico tema dell'immigrazione rimanga di competenza statale. Infatti, pur nella ridefinizione del ruolo centrale e di una maggiore attribuzione di funzioni e compiti alle Regioni e agli Enti locali, il Governo, ai sensi dell'art. 1, comma 3, della legge 59/97, continuerà a mantenere la titolarità delle funzioni e dei compiti riconducibili ad una serie di materie, tra cui sono comprese l'immigrazione e l'asilo politico.

Abbiamo citato le norme che attualmente regolano l'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri in Italia, norme che dal 1998 non sono state modificate né dall'entrata in vigore della così detta Legge Bossi Fini sull'immigrazione (n. 189 del 30.07.2002: "*Modifica alla normativa in materia di immigrazione ed asilo*") né dalle varie normative legate alla "devoluzione in ambito sanitario" (ad esempio nel *Livelli essenziali di assistenza - lea*, sono comprese le prestazioni per immigrati regolari ed irregolari).

Anche i «*Documenti programmatici relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato...*», predisposti dai vari Governi, hanno enfatizzato l'importanza dell'accessibilità, da parte degli stranieri, ai servizi sanitari (ed in particolare a quelli pubblici), come elemento chiave per una loro progressiva integrazione.

Oggi in Italia quindi, almeno teoricamente è garantita l'accessibilità alle cure, seppur in forma diversificata, per tutti gli immigrati presenti sul nostro territorio: si è passati da una fase dell'esclusione a quella dell'emersione del diritto alla salute.

Infine a sostegno delle spese sostenute per erogare tali prestazioni, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (Cipe) ha stanziato, negli ultimi dieci anni, la somma di 30.987.413,95 euro (60

miliardi di vecchie lire) annue da dividere tra le regioni per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale.

Nonostante qualche "disattenzione" (il recente regolamento sull'asilo politico inserisce delle contraddizioni sul diritto all'assistenza per i richiedenti), la programmazione attuale sembra adeguata; ma questo è sufficiente per garantire nel futuro una maggiore accessibilità e fruibilità del sistema?

Proprio per guardare al futuro ci sembra opportuno ricordare il passato, ed in particolare alcuni studi sulla mortalità relativa al fenomeno dell'immigrazione interna italiana di circa 60 anni fa dal sud verso il nord, monitorati nel tempo. Essi riportano condizioni molto simili alle attuali relative agli immigrati da paesi in via di sviluppo e cioè che negli anni immediatamente successivi all'immigrazione il rischio di morire fosse di molto inferiore a quello dei cittadini autoctoni di pari età e sesso e come con il passare degli anni il rischio (di morire ma anche di ammalare) andasse peggiorando fino a diventare uguale se non superiore per alcune cause di morte, a quello della popolazione ospite.

Paradossalmente c'è il rischio che gli immigrati man mano che invecchia la storia migratoria, possano integrarsi con la società ospite condividendo la stratificazione sociale più svantaggiata, che fa più fatica a tenere il passo, e possano anche condividere il profilo di salute della disuguaglianza; questo non solo per le fasce estreme del fenomeno (disuguaglianza tra i più ricchi ed i più poveri) ma in qualsiasi punto della scala sociale con significative differenze peggiorative degli indicatori di salute, mortalità e morbosità, oggettiva e percepita, per chi sta più in basso rispetto a chi sta più in alto.

Se epidemiologicamente questo rischio sembra avere un peso consistente, non è possibile attenderlo rassegnati come di fronte ad un ineluttabile destino. La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini o quantomeno un pieno inserimento in una "cittadinanza di diritti", e, per quel che riguarda la sanità, la garanzia di una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Pensare ad una organizzazione adeguata, ad una capacità comunicativa efficiente, ad una compatibilità culturale, alla formazione specifica del personale è ancora una volta un'occasione per il nostro sistema di ripensare se stesso e renderlo più fruibile ed attento anche alla popolazione italiana. Pertanto, più che di integrazione dei cittadini immigrati, sarebbe opportuno parlare di 'società integrata' in cui le diversità possano interagire senza venire assorbite.

Scelte programmatiche gestionali, come ad esempio quella di inserire la salute degli stranieri immigrati come criterio prioritario di valutazione della qualità nelle strutture fino a spingersi nell'individuare l'accessibilità ai servizi di questa popolazione come indicatore per la valutazione dell'operato dei Direttori Generali (come ha fatto la regione Lazio), scelte formative culturali, scelte organizzative innovative come quelle di una mediazione di sistema e di un costante e fattivo coinvolgimento dei medici di medicina generale anche per l'assistenza ai clandestini, sono auspicabili sotto la spinta di interventi politico programmatici come i citati Piani sanitari nazionali o Documenti relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, che si sono per una volta mostrati più attenti e sensibili di ciò che è opinione comune.

In questa fase non è casuale che il volontariato sanitario, ormai non più isolato nel garantire la tutela della salute per questa popolazione, si sia proiettato nello sperimentare percorsi innovativi nell'offerta dei servizi (pensiamo al discorso dell'offerta attiva e a quello della mediazione culturale) e nella formazione del personale approfondendo i temi della percezione, espressione e definizione del bisogno sanitario in ambiti culturali diversi e in culture in transizione relazionale (sia 'nostra' che 'loro') o un lavoro "insieme" alle comunità etniche, in un ottica di scambio culturale reciproco.

Questa situazione in cui il privato sociale ed il volontariato si muovono come laboratorio culturale ed organizzativo in un campo tipico della salute pubblica, è un altro elemento di originalità dell'esperienza italiana; non più attori contrapposti, pubblico e privato sociale, né deleghe in bianco, ma una riflessione comune, o meglio un sistema pubblico che riesce a piegarsi sulle intuizioni di chi, sulla strada, sperimenta un incontro, raggiunge un bisogno.

Oggi la nostra attenzione deve spostarsi sul rischio reale che un considerevole patrimonio di salute, come è quello attuale degli immigrati in Italia, possa essere sciupato nell'arco di una generazione o meno. Man mano che le norme rendono maggiormente permeabile il nostro Servizio sanitario nazionale, è necessario considerare, sperimentare e promuovere nuovi o innovativi approcci epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici ed organizzativi.

Conclusioni

Abbiamo iniziato questo articolo citando un passaggio del discorso che il ministro della salute Livia Turco, ha pronunciato nell'ambito della Tavola Rotonda inaugurale del 42° Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene (SItI) svoltosi nell'ottobre 2006 a Catania. Si sottolinea come determinanti per preservare o meno condizioni di buona salute siano situazioni multifattoriali di tipo sociale, economico e culturale. Ciò è confermato anche da un recente editoriale di una delle più importanti riviste medico-scientifiche, *The Lancet*, intitolato "Migrazione e salute:

² *The Lancet, Migration and health: a complex relation. Vol 368 September 23, 2006, p. 1039. www.thelancet.com*

una relazione complessa”², che focalizza la sua attenzione proprio sui fattori sociali (occupazioni rischiose e situazioni di sfruttamento sul lavoro, precarietà alloggiativa, etc.), sulle insufficienti capacità di tutela da parte dei paesi ospitanti e sulle dinamiche di discriminazione esistenti, in particolare nell’accesso ai servizi sanitari e sulla tendenza crescente alla vulnerabilità degli immigrati, per cui le famiglie di seconda generazione possono avere condizioni di salute addirittura peggiori di quelle dei loro connazionali non emigrati.

La storia della medicina delle migrazioni in Italia, così come rapidamente tracciata in questo articolo, è la storia di un impegno per far emergere diritti e dignità per un’inclusione ordinaria dell’immigrato nel nostro sistema di servizi e di diritti. La medicina delle migrazioni in questi anni ha significato per il nostro paese, impegno concreto quando nessuno vedeva gli immigrati – persone “ombra” nelle statistiche ufficiali e nelle politiche pubbliche -, garanzia di diritti sanitari che erano nascosti e negati, pressione per l’emersione di tali diritti, ieri lavoro di *advocacy* concreta ma anche oggi sperimentazione di *empowerment* perché prossimità proprio con le comunità spesso invisibili. Medicina delle migrazioni sono stati studi scientifici quando l’Università o gli Istituti di ricerca ignoravano il fenomeno perché non iscritto nei flussi di finanziamenti; medicina delle migrazioni è la riflessione sulla formazione degli operatori alla transculturalità che è essenzialmente umanizzazione e personalizzazione della relazione, del processo terapeutico con tutte le persone, in una “mediazione di sistema” che accoglie, trasforma e se necessario cura. La medicina delle migrazioni è impegno contro la generalizzazione ed il pregiudizio che fa dell’altro l’escluso, il lontano, il diverso anche nei diritti e nella dignità. Questa è stata ed è la Medicina delle Migrazioni nel nostro paese, è quel processo culturale che fa degli immigrati i “nuovi cittadini” in un’ottica di reciprocità e corresponsabilità. E’ espressione dell’incontro, nell’impegno, di società civile, istituzioni e cittadini. Già nel 1995 scrivevamo «la medicina delle migrazioni non vuole e non può essere una nuova branca della medicina perché sempre di più l’immigrato diventerà presenza ordinaria del nostro tessuto sociale è l’occasione per riscoprire come il nostro “ovvio” non sia assoluto, come le nostre strutture sanitarie si siano progressivamente allontanate dai bisogni reali delle persone, sommerse di burocrazia, affollate di false esigenze ... occasione per migliorare il nostro essere medici, infermieri, operatori sanitari nel rapporto con il malato o con chi pone una domanda di salute e di benessere ...»³ e su questa “piattaforma” migliaia di operatori sanitari si sono rimboccati le maniche, hanno profuso impegno spesso oltre il loro orario di lavoro, nel volontariato ma anche nei loro servizi, ed ancora oggi rilevano storture del sistema che “non vede”, che fa finta di non vedere, e che è distante, in alcuni casi, ai cittadini immigrati ed italiani.

Tutto questo impegno è spesso stato vanificato o reso debole da politiche di accoglienza incerte ed in alcuni casi ostili – non a caso gran parte delle problematiche sanitarie degli immigrati sono imputabili a ciò che abbiamo definito “condizione di fragilità sociale” - , ma con chiarezza indica la strada da percorrere per pianificare interventi, sociali e sanitari, adeguati in un’ottica di equità intesa come dare a tutti le medesime possibilità di sviluppo e benessere. E’ un’operazione indispensabile ed ineludibile anche per cogliere ciò che il Ministro a Catania ha definito la sfida della convivenza: «... per gli immigrati una parola forte: integrazione. ... Non è efficace l’integrazione a senso unico: non è solo la persona immigrata che si deve “integrare” col sistema salute; è anche il sistema salute che si deve integrare con i nuovi italiani! Per questo preferisco parlare di convivenza. E dunque della fatica ma anche della bellezza del conoscersi e del riconoscersi. Integrità della persona, interazione, integrazione sociale, sviluppo di una democrazia più inclusiva: questa è la sfida che ci sta di fronte.»

Bibliografia

- Baglio G., Loiudice M., Geraci S.: Immigrazione e salute: aspetti normativi. «Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità», n.7, 1995 - 165:177
- Bai A, Carradori T, Dallari GV, Petio C, De Santis F. Immigrazione e salute: dall’emergenza al diritto. Un’esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato. *Mecosan* 1997; 24(3):57-66.
- Barro G., Cislighi C., Costa G., Lemma P., Bandera L.: I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni. “*Epidemiologia & Prevenzione*”. N. 17, Milano, 1993 – 239:243.
- Caritas/Migrantes: Immigrazione. Dossier statistico 2006. Idos Centro Studi e Ricerche; Nuova Anterem, Roma 2006
- Colasanti R, Geraci S, Pittau F, eds. Immigrati e salute; paure, miti e verità. Roma: Ed. Lavoro, 1991
- Colasanti R., Geraci S.: Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale. In *Affari Sociali Internazionali*, n. 3, Milano, 1990
- Costa G., Faggiano F.: L’equità nella salute e la programmazione sanitaria. “La salute in Italia. Rapporto 1998” (a cura di M. Geddes e G. Berlinguer), EDIESSE, Roma, 1998 – 261:278
- Costa G.: Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico. “*Epidemiologia & Prevenzione*”, n. 17, Milano, 1993 – 234:238
- El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli M.C, Scolari C, Geraci S. Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. *Studi*

³ S. Geraci: Premessa al volume “Argomenti di Medicina delle Migrazioni” di Salvatore Geraci, Edizioni Associazione Peri Tecnes, Busseto (Pr), 1995, pg. XI

Emigrazione 2005; 157:133-151

- Geraci S. (con la collaborazione di Affronti M. e Baglio G.): La sfida della medicina delle migrazioni. In *Immigrazione Dossier Statistico 2005. XV Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes. Idos, Nuova Anterem, 2005; 179:188*
- Geraci S. (a cura di): *Approcci transculturali per la promozione della salute. Edizioni Anterem, Roma, novembre 2000*
- Geraci S. (a cura di): *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale. Roma: Anterem Edizioni, 1996*
- Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Annali Italiani di Medicina Interna 2001; suppl.1:167-171*
- Geraci S. La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. *Studi Emigrazione 2005; 157:53-74.*
- Geraci S., Marceca M., Mazzetti M.: *Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo. Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo. Roma, luglio 2000 - 1.295:1.379*
- Geraci S., Marceca M.: *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali. Atti Conferenza Nazionale Migrazioni e Salute. Supplemento a OER Puglia. Anno IV, n. 3, Bari 2002 – 36:51*
- Geraci S., Marceca M.: *Immigrati ed assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Agenzia per i servizi sanitari regionali, n. 18, Roma, 2006, 26:45*
- Geraci S., Martinelli B.: *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002*
- Geraci S.: *Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora "fragili". In Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes. Nuova Anterem, 2003 - 183:192*
- Granaglia E., Magnaghi M. (a cura di): *Immigrazione: quali politiche pubbliche? FrancoAngeli, Milano, 1993*
- Maciocco G.: *Tubercolosi, povertà e immigrazione. Cuamm Notizie 1995; n. 20, 12-16*
- Marceca M.: *Aree di attenzione: la salute. In Undicesimo rapporto sulle migrazioni 2005. Fondazione ISMU. FrancoAngeli, Milano, 2006, 187:201*
- Marceca M, Geraci S. *Immigrazione e salute. In Geddes M, Berlinguer G, eds. La salute in Italia. Rapporto 1997. Roma: Ediesse, 1997: 169-199*
- Marceca M, Geraci S. *La salute degli stranieri. In: Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999. Ministero della Sanità - Servizio Studi e Documentazione. Roma, 2000: 156-179*
- Marceca M., Fara G.M.: *Condizionamento dei fattori sociali, economici e culturali nell'accesso ai servizi sanitari". Annali di igiene Medicina Preventiva e di Comunità. n. 12 (Suppl. 1), 2000 – 49:57*
- Marceca M.: *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti, "L'arco di Giano", n. 22, pp. 27-35, 1999*
- Marceca M.: *Stranieri immigrati. In Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000. Ministero della Sanità – Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini. Roma, 2001: 191-19*
- Marceca M.: *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti. "L'arco di Giano" 1999; 22: 27-35*
- Marceca M., Geraci S., Martinelli B.: *Politiche regionali per la salute degli immigrati. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006 – 37:43*
- Marceca M., Geraci S., Mazzetti M.: *Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni: note a margine di una decennale esperienza. In Studi Emigrazione. Centro Studi Emigrazione, Roma, anno XLII, marzo 2005, n. 157, Roma, 2005, pp. 105:116*
- Marsico F.: *Il ruolo del Volontariato in sanità. In: Atti del Convegno "Esclusione e marginalità: un problema di sanità pubblica". Istituto Superiore di Sanità - Serie Relazioni, 00/4, Roma, 2000: 8-13*
- Mazzetti M. *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano. Torino: L'Harmattan Italia, 1996*
- Miele R., Palanca V., Palumbo V., Pelliccia L., Tomaselli M. L.: *La nuova legislazione sugli stranieri, Gli stranieri, Viterbo, Union Printing Edizioni. 1998*
- Montecchi R.: *Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri. In Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale. Edizioni S. Paolo. Milano, 2001, 190:218*
- WHO, IOM, CDC. *Health and Migration: bridging the gap. Geneva: International Organization for Migration, 2005*
- Zanfrini L. (a cura di): *La salute degli immigrati: problemi e prospettive. Atti del corso per operatori sanitari. Fondazione Cariplo - I.S.M.U.- USSL 75/prima di Milano. Quaderni I.S.M.U., n. 6, Milano, 1994*
- Zincone G. (a cura di): *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati. Bologna: Il Mulino, 2000*
- Zincone G. (a cura di): *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati. Bologna: Il Mulino, 2001*

la società italiana di medicina delle migrazioni

Salvatore Geraci
presidente@simmweb.it

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) è stata fondata a Roma, nel febbraio 1990, da un esiguo gruppo di medici che da anni, in diverse città italiane, si occupavano, direttamente e su un piano di volontariato, dell'assistenza medica ai pazienti immigrati.

La Società è sorta in modo quasi spontaneo, sospinta e sostenuta dal desiderio unanime di istituire, in primo luogo, un nucleo organizzativo che permettesse uno scambio regolare e fluido delle informazioni che si andavano accumulando presso i vari servizi di assistenza, non solo a livello epidemiologico, ma soprattutto in funzione di un costante miglioramento delle modalità di incontro, sul piano antropologico-medico, con il paziente proveniente da altri contesti socio-culturali.

Nel corso degli anni, alla SIMM hanno aderito alcune centinaia di persone: medici, psicologi, antropologi, sociologi, infermieri, mediatori culturali, assistenti sociali e altri operatori socio-sanitari. Questa scelta di pluridisciplinarietà di competenze e profili professionali, ha permesso alla Società di avviare una riflessione a tutto campo sui temi socio-sanitari riferiti alla popolazione straniera e di pianificare proposte ed interventi spesso innovativi. Momenti significativi del confronto sono i diversi Convegni Nazionali promossi dalla SIMM ed in particolare le periodiche Consensus Conferences che hanno luogo in Sicilia, dal 1990 con cadenza biennale grazie all'intuizione del past president Serafino Mansueto e all'impegno entusiasta e competente di Mario Affronti.

E significativi sono gli ultimi titoli delle Consensus: 1998: "L'Ibra delle violenze, il mosaico delle solidarietà"; 2000: "Untori e unti: dall'esotismo alla realtà"; 2002: "Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems"; 2004: "15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità"; 2006: "Salute senza esclusioni". Caratterizzate da una crescente partecipazione, testimoniate da preziose raccolte degli Atti, sono state importanti occasioni per scambi di esperienze, progetti e possibilità operative così come gli appuntamenti periodici a Milano in convegni organizzati congiuntamente con l'ISMU (Fondazione per le Iniziative e lo Studio sulla Miltietnicità) e il GLNBI (Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato).

Questi anni sono stati connotati anche da un'azione su un piano culturale e politico prima per far emergere la problematica del diritto alla salute degli immigrati e poi per orientare scelte operative di promozione della salute: l'articolato della normativa sanitaria attuale è stato proposto da un gruppo della SIMM; per anni dal 1998 fino al 2001, a livello del Ministero della Sanità c'è stata una Commissione, chiesta dalla Società (l'80% erano soci della SIMM), che ha lavorato sul Regolamento d'attuazione e su Circolari del Ministero della Sanità, ha prodotto un decalogo per gli operatori e un decalogo per utenti stranieri tradotto in 20 lingue. Nel novembre 2006, alla luce della passata positiva esperienza, il ministro della Salute, sen. Livia Turco, "... preso atto delle sollecitazioni degli operatori del settore pubblico e del volontariato e del privato sociale, impegnati nel settore ed in particolare della **Società Italiana di Medicina delle Migrazioni** che in gran parte li rappresenta, per una adeguata azione di monitoraggio degli interventi, la tutela omogenea dei diritti sanitari ed una armonizzazione delle procedure su tutto il territorio nazionale, ..." ha istituito una nuova Commissione "Salute e immigrati" con gli obiettivi dichiarati per:

- la promozione di interventi di prevenzione rivolti alla popolazione straniera;
- la promozione dell'accessibilità e della fruibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati presenti sul territorio nazionale in una prospettiva di garanzia dei percorsi assistenziali, con particolare attenzione alla componente femminile, ai bambini stranieri ed ai lavoratori;
- la valorizzazione delle competenze professionali degli stranieri in campo sanitario;
- il contrasto del pregiudizio sanitario nei confronti degli stranieri e il sostegno alla cooperazione internazionale (Decreto Ministeriale 27 novembre 2006).

Alla fine degli anni novanta, su richiesta della SIMM, è stato avviato un coordinamento di referenti regionali sul tema della salute e immigrazione che ha permesso di «esportare» esperienze virtuose verso regioni più disattente ed ancora la SIMM è stata coinvolta dal Consiglio Nazionale Economia e Lavoro (CNEL) nel raccordare esperienze e produrre un importante documento sull'accesso ai servizi. La SIMM può essere considerata un network nazionale di scambio di esperienze, dati, evidenze scientifiche e considerazioni di politica sanitaria anche locale. Per questo è

stata favorita la nascita di gruppi locali, in massima autonomia, ma nella condivisione degli obiettivi strategici della società che possono così essere riassunti:

- promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia;
- favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni;
- costituire un forum per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato;
- patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

Dal 2003 la SIMM ha dato il proprio patrocinio e fattiva collaborazione alla proposta di una Direttiva Europea per garantire l'assistenza sanitaria a tutti gli immigrati, anche irregolari, in modo omogeneo nell'Unione Europea. A luglio 2006 si è svolto un incontro a **Strasburgo** presso il Consiglio D'Europa tra i rappresentanti della SIMM e dei gruppi proponenti (da segnalare l'infaticabile attività dei soci milanesi del Naga, Olivani e Panizzut) ed alcuni parlamentari italiani e stranieri. E' stata occasione per commentare l'adesione alla proposta di 87 deputati di 19 nazioni (19 Italiani, 10 Francesi, 8 Tedeschi, 7 del Regno Unito, 6 Belgi, 5 Greci, 5 Polacchi, 5 Cechi, 4 Lituani, 2 Ciprioti, 2 Olandesi, 2 Sloveni, 1 Irlandese, 1 Maltese, 1 Finlandese, 1 Ungherese, 1 Estone, 1 Danese) e definire strategie future. Se la proposta ha avuto una buona adesione, questa non è sufficiente a condizionare le politiche dell'Unione Europea. E' necessario pertanto uno sforzo maggiore nel coinvolgere la società civile di più paesi in modo che l'azione di pressione possa essere capillare e nel contempo diffusa. Se l'Italia è ben rappresentata con l'adesione di diverse forze politiche e sociali, così non è per gli altri paesi europei. Pertanto è impegno attuale diffondere l'adesione in modo capillare negli altri paesi dell'Unione.

Infine è da segnalare la collaborazione con l'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG) che ha prodotto un interessante documento sui diritti calpestati nei CPT (Centri di Permanenza Temporanea) ed una riflessione sulla disuguaglianza nella salute degli immigrati in un contesto internazionale.

La SIMM è una società scientifica senza scopo di lucro. Per il raggiungimento degli scopi statutari, la Società si avvale di un organismo tecnico: Organismo di Collegamento Nazionale (OCN) delle organizzazioni e strutture sanitarie le cui attività si svolgono in favore degli immigrati.

L'OCN può a sua volta distribuirsi in Unità Operative Territoriali previo comunicazione al Consiglio di Presidenza, e questi sono i Gruppi Immigrazione e Salute (Gr.I.S.).

Riportiamo le considerazioni finali delle ultime due Consensus Conferenze che possiamo considerare dei veri propri Documenti Programmatici della SIMM.

Considerazioni conclusive VIII Consensus Conference Lampedusa, maggio 2004

Gli studi presentati e raccolti in un prezioso libro degli atti, mostrano come la maggior parte delle patologie di cui sono affetti gli immigrati, scaturiscano dalle scadenti condizioni abitative, lavorative, dalle difficoltà di relazione e di socializzazione, dal grado di accesso ai servizi sanitari. I dati sanitari disponibili evidenziano infatti una *fragilità sociale* di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra situazioni di sofferenza sanitaria (malattie da disagio, infortunistica soprattutto sul lavoro, alto ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza, alcune malattie infettive prevenibili, ...) in gran parte imputabile a incerte politiche di accoglienza ed integrazione, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative.

Ancora oggi persistono barriere organizzative per le quali il dibattito politico sull'immigrazione certamente non facilita la risoluzione; ancora oggi permangono atteggiamenti ostili come se un operatore potesse scegliere chi assistere e chi no, trincerandosi spesso dietro una zelante attenzione a formalismi pretestuosi quanto inutili.

E' stato riaffermato con decisione che almeno tre devono essere, ancora oggi, gli ambiti di azione privilegiata per garantire realmente agli stranieri *pari opportunità* rispetto ai cittadini italiani, per l'accesso ai servizi e per la fruibilità delle prestazioni sanitarie come sancito dalle leggi in vigore.

- **Certeza del diritto:** a livello centrale e soprattutto localmente è importante un'azione di monitoraggio del grado di applicazione della normativa per evitare discrezionalità applicative che provocano incertezze ed esclusioni (ancora oggi sono molte le segnalazioni di strettoie burocratiche amministrative spesso pretestuose che impediscono ai cittadini stranieri di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale pur avendone il diritto con particolare riferimento ai richiedenti asilo, ai regolarizzati, ai momentaneamente disoccupati, o di usufruire di percorsi assistenziali adeguati con riferimento agli stranieri temporaneamente presenti). Puntuali chiarimenti emanati centralmente o perifericamente possono correggere impostazioni arbitrariamente restrittive.

- **Garanzia dell'accessibilità:** molte sono le realtà locali (Aziende sanitarie, Ospedali, ...) dove persistono difficoltà di accesso ai servizi. Difficoltà burocratiche ma anche organizzative e comportamentali ci spingono ad insistere su un *riorientamento dei servizi* attraverso: una capillare e diffusa *formazione* del personale, *un'analisi dei dati*

disponibili (ed eventuali ricerche ad hoc), una verifica della domanda e del bisogno, un *lavoro di rete* con il territorio in particolare con le associazioni di volontariato e privato sociale con specifica esperienza e con l'associazionismo degli immigrati, la formazione specifica e l'utilizzo dei *mediatori culturali* in ambiti validati di intervento (percorsi nascita, etnopsichiatria, sportelli di orientamento), organizzazione dei servizi con maggiore flessibilità degli orari di apertura (soprattutto il pomeriggio) e la disponibilità di personale che sappia più lingue, con attenzione al genere e con un puntuale *lavoro integrato* (informazione e orientamento, accoglienza, assistenza sociale e sanitaria).

• **Promozione delle fruibilità:** è il campo delle politiche di integrazione più avanzate ed innovative. Ragionare in termini di *mediazione di sistema* dove l'intera organizzazione sanitaria sia in grado non solo di intercettare il bisogno e la domanda sanitaria più o meno originale, ma possa realmente, senza interventi straordinari, garantire livelli di comunicazione efficace e percorsi assistenziali propri. La *medicina transculturale* diventa aspetto ordinario della medicina a partire dall'ambito infermieristico e della medicina di primo livello (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) con percorsi formativi inseriti nella formazione di base e nell'aggiornamento professionale. Appaiono strategiche politiche atte a *valorizzare le competenze professionali* specifiche dei cittadini stranieri garantendo percorsi fattibili per il riconoscimento dei titoli e per il loro impiego a partire dalle strutture a maggior impatto migratorio.

Si delinea anche una progettualità specifica nell'ambito della *medicina preventiva interculturale* che possa essere culturalmente compatibile e, nel contempo, coerente con le indicazioni di maggior evidenza di criticità socio-sanitaria (per esempio prevenzione dell'ivg, degli incidenti sul lavoro, strategie per migliorare la compliance e prevenire la trasmissione di malattie infettive).

Proprio nell'attenzione alla fruibilità può avvenire il passaggio alla *reciprocità* nell'incontro con il paziente immigrato: il medico, l'operatore sanitario non più attore unico del percorso di salute, ma recettivo di saperi e valori altrui, dove l'alterità diventa patrimonio condiviso per una crescita comune.

Raccomandazioni IX Consensus Conference, Mondello, aprile 2006

L'evento ha registrato una notevole partecipazione: circa duecentocinquanta presenti, provenienti da quasi tutte le aree regionali, che per tre giorni hanno dato vita a 10 sessioni scientifiche, tra cui segnaliamo come particolarmente originali quella sui pregiudizi che vedono gli stranieri come inevitabili portatori di rischi per la salute della collettività (riassunti nella cosiddetta "Sindrome di Salgari"), quella sull'infermieristica trans-culturale, quella sui processi di costruzione delle politiche regionali per la salute degli immigrati e quella sulla condivisione di esperienze nazionali ed internazionali sull'accoglienza e trattamento di pazienti stranieri in servizi e ospedali culturalmente orientati (rete "Migrant Friendly Hospital"). Sono complessivamente pervenute oltre 150 proposte di contributi scientifici di quasi 500 autori, di cui la Commissione scientifica ha selezionato più di 50 comunicazioni, accettando le restanti proposte in forma di poster.

La grande ricchezza di contributi e stimoli ha alimentato una appassionata discussione, caratterizzata dalla multi-professionalità e multidisciplinarietà degli interventi e delle esperienze: sanitari (infermieri, medici, psicologi, epidemiologi) ma anche antropologi, sociologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, economisti, operatori dei servizi sanitari pubblici e del volontariato sociale.

In merito ai principali contenuti emersi, è stato condiviso come la salute degli stranieri, compresi i Rom, continui a dipendere, ancor prima che dall'efficienza e dalla qualità dei sistemi sanitari, dall'attuazione di adeguate e coordinate politiche di integrazione sociale, con particolare riferimento alle politiche lavorative, a quelle abitative e di supporto alla famiglia, a partire dal ricongiungimento familiare. Tali orientamenti dovrebbero essere perseguiti con la collaborazione attiva delle comunità straniere, di cui occorre favorire il progressivo "empowerment".

Tra gli ambiti che richiedono una particolare attenzione e specifici interventi di promozione si segnalano:

1) **la salute riproduttiva:** la gravidanza, pur essendo un evento fisiologico, può rivelarsi critica nelle donne immigrate per un monitoraggio intempestivo o insufficiente (in particolare un ritardo nella prima visita), cui si può ovviare attraverso proposte di *offerta attiva che migliorino l'accessibilità, l'accoglienza e la presa in carico dei servizi materno-infantili*. Si tratta di riorientare tali servizi abbassandone la soglia di accesso, anche attraverso una flessibilità di orari, e promuovendo al loro interno un approccio multidisciplinare, che si avvalga di figure sociali e psicologiche, oltre che sanitarie, particolarmente orientate alla mediazione linguistico-culturale.

La SIMM sollecita l'estensione della validità del permesso di soggiorno rilasciato per gravidanza (art. 19 del Dlgs.286/98), per ulteriori sei mesi, con la possibilità, da parte della donna, di cercare un'occupazione e ottenere un nuovo permesso di soggiorno per motivi di lavoro; tale possibilità deve essere estesa anche al padre del bambino.

La SIMM sollecita anche la parità nel trattamento nel ricevere provvidenze economiche a tutela della donna, della maternità e del bambino, tra italiani e stranieri con permesso di soggiorno della durata di almeno un anno.

Per quanto riguarda l'Interruzione volontaria di gravidanza, il cui tasso continua a rimanere triplo rispetto alle

donne italiane della stessa età, occorre intensificare interventi mirati che prevedano, insieme a misure di integrazione che contrastino la fragilità sociale, una efficace educazione alla sessualità e all'utilizzo delle misure contraccettive.

2) **la salute del minore:** un'efficace misura di tutela può essere rappresentata *dall'iscrizione obbligatoria al SSN di tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale* (esclusi i turisti) a qualsiasi titolo (sia figli di stranieri regolari che di stranieri temporaneamente presenti - STP), che comporta il diritto al Pediatra di libera scelta. Poiché i bambini hanno inoltre bisogno di stabilità familiare, è importante, da una parte, garantire il diritto al conseguimento della cittadinanza italiana, dall'altra, il rilascio, ai gruppi familiari, di permessi di soggiorno di lunga durata. Per favorire una adeguata crescita psicologica del *minore non accompagnato*, giunto in Italia anche dopo il compimento del 15° anno di età, per impostare adeguate politiche d'integrazione, per evitare l'evenienza di una "ricaduta nella clandestinità" – condizione ad alto rischio anche per la salute - per favorirne l'inserimento sociale nel caso di studio o lavoro, si sollecita anche la *possibilità di ottenere un permesso di soggiorno specifico una volta raggiunta la maggiore età*. Altre forme di tutela vanno attuate a favore dei *bambini rom*, sia sostenendone il contesto familiare, che il completamento del percorso scolastico, che il contrasto delle forme di sfruttamento, in special modo sessuale, oltre che il miglioramento delle condizioni abitative.

3) **la salute del lavoratore:** varie ricerche evidenziano una maggiore occorrenza di incidenti occupazionali nei lavoratori stranieri: per contrastare questo fenomeno è necessario *impedire la loro ricattabilità da parte del datore di lavoro*, anche favorita dal legame troppo stretto che l'attuale normativa ha posto tra l'ottenimento di un permesso di soggiorno ed il conseguimento di un contratto di lavoro; si rende inoltre necessario *ridurre la precarizzazione (e l'eventuale sfruttamento) del lavoratore straniero*, ad esempio attraverso l'eliminazione del requisito della cittadinanza italiana per l'accesso al pubblico impiego (come accade attualmente per gli infermieri di origine straniera).

Per quanto attiene invece l'accessibilità ai servizi sanitari e le effettive possibilità di tutela della salute, ancora preoccupante appare lo stato dell'applicazione della normativa in vigore sulle disposizioni sanitarie rivolte agli immigrati, con particolare riferimento a quelli irregolari, in cui si registra, complessivamente, un notevole ritardo delle regioni del sud e delle isole. Politiche incerte, spesso frammentarie, mancanza di referenti istituzionali ai diversi livelli operativi (regionale, aziendale, distrettuale...), che possano rappresentare punti di riferimento per tutti gli operatori; altrettanto essenziale è però la realizzazione di forme stabili di coordinamento, che prevedano il contributo delle realtà di privato sociale attive sul territorio. Particolarmente efficace, a questo proposito, si sono rivelate le esperienze di rete realizzate in alcuni contesti come la regione Lazio e la provincia di Trento, o le altre forme di partecipazione tra attori istituzionali e non istituzionali, che sono state riassunte nel 'modello Gr.IS' (dal nome dato ai Gruppi locali che si occupano di immigrazione e salute della nostra Società).

Sintomatica di una insufficiente integrazione nell'ambito sanitario è la percentuale di stranieri immigrati regolarmente soggiornanti che, avendone diritto, risultano effettivamente iscritti al servizio sanitario pubblico: è stato infatti riscontrato come tale percentuale si attesti, in alcuni contesti geografici, a bassi livelli. Ancora disomogenea e discrezionale è la gestione di alcune procedure amministrative collegate alla possibilità di assistere le diverse tipologie di stranieri: riconoscimento e rilascio del codice STP, possibilità di prescrizione di visite specialistiche, farmaci ed esami diagnostici su ricettario regionale per gli stranieri irregolari. Particolarmente critico è, per tutte le tipologie di stranieri, l'accesso alla riabilitazione e alla concessione di protesi ed ausili, e, per le donne straniere irregolari, quello ai programmi di screening oncologici.

Per quanto attiene le strategie di maggior efficacia, si raccomanda di:

- *promuovere un approccio epidemiologico, fondato su criteri ed indicatori condivisi a livello nazionale, nell'analisi dei bisogni di salute*, per indirizzare opportunamente gli interventi: ciò è particolarmente opportuno per ambiti quali le malattie infettive, che, alla luce dei dati presentati con il contributo di strutture scientifiche di livello nazionale quali l'ISS e diverse Università, non giustificano il periodico allarme mediatico, pur richiedendo un costante monitoraggio, una particolare attenzione anche in relazione alla complessità del fenomeno immigrazione e una rodada organizzazione;
- *migliorare l'informazione e l'orientamento sanitario rivolto agli stranieri;*
- *investire nella formazione e aggiornamento del personale, tanto assistenziale quanto amministrativo;*
- *valorizzare le competenze linguistiche e culturali già disponibili nei servizi sociosanitari pubblici*, in particolare per le figure assistenziali che hanno maggiore continuità di contatto con l'utenza straniera;
- *favorire l'istituzione e il consolidamento del lavoro in rete, ai diversi livelli istituzionali e operativi (implementazione del modello Gr.IS).*

Alla luce di quanto rappresentato, la SIMM propone:

- *l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di una Commissione Tecnica per il monitoraggio dell'applicazione delle normative nazionali in termini di accessibilità dei servizi e di fruibilità delle prestazioni, con eventuali azioni di richiamo delle inadempienze o di chiarificazione delle criticità.*
- *l'istituzione, preferibilmente presso la Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome, di uno specifico tavolo di*

collegamento, con il coordinamento della su citata Commissione, per favorire una condivisione di percorsi normativi atti ad implementare l'accessibilità alle strutture ed uno scambio di esperienze positive tra le diverse realtà territoriali, che consentirebbero di rispondere prontamente alle esigenze che questa popolazione sollecita;

- in nome del principio della continuità della cura, che nessuna misura di allontanamento possa essere presa nei confronti di un cittadino di un paese terzo - che si trovi sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno - che sia colpito da una patologia grave, (né che tale misura possa essere presa nei confronti dei suoi genitori o tutori se minore, o del coniuge). Si propone invece che durante tutto il periodo del trattamento, sia garantito uno specifico permesso di soggiorno che possa permettere adeguate possibilità di lavoro ovvero di sostentamento.

Per noi tutti, operatori per la salute degli stranieri, la prospettiva di una "salute senza esclusione" di alcuno - sia questi immigrato o appartenente ad altro gruppo sociale - rappresenta, in quanto contrasto delle disuguaglianze sulla base della dignità di ogni persona, la cartina di tornasole di una collettività realmente progredita e solidale.



Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Consigli di Presidenza 1990-2008

1990-1993 (soci fondatori)

Presidente: prof. Enrico Nunzi (Genova)
Segretario Nazionale: dr. Riccardo Colasanti (Roma)
Consiglio: M. Cuzzolaro (Rm), L. Frighi (Rm), S. Mansueto (Pa), V. Tessiore (Ge), A. Urrechua (Rm)

1993-1996

Presidente: prof. Serafino Mansueto (Palermo)
Segretario Nazionale: dr. Mario Affronti (Palermo)
Consiglio: T. Esposito (Na), L. Frighi (Rm), S. Geraci (Rm), A. Morrone (Rm), A. Urrechua (Rm)

1996-2000

Presidente: prof. Luigi Frighi (Roma)
Segretario Nazionale: dr. Salvatore Geraci (Roma)
Consiglio: M. Affronti (Pa), D. Camisa (Mi), A. Morrone (Rm), M. Mazzetti (Rm), O. Ranno (Rm)

2000-2004

Presidente: dr. Salvatore Geraci (Roma)
Segretario Nazionale: dr. Gonzalo Castro Cedeno (Roma)
Consiglio: I. El Hamad (Bs), G. Dallari (Bo), N. Lofrese (Fg), R. Malatesta (Tv), T. Esposito (Na)

2004-2008

Presidente: dr. Salvatore Geraci (Roma)
Segretario Nazionale: dr. Issa El Hamad (Brescia)
Consiglio: L. Lenguini (Ss), G. Franco (Roma), G. Sacchetti (Mi), L. Scantamburlo (Tn), M. Raspagliesi (Ct)
Tesoriere: G. Castro Cedeno (Roma)).
Revisori dei conti: N. Pasini e M. Mazzetti (Milano)

S.I.M.M.

via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
www.simmweb.it info@simmweb.it
cc postale 95570008

i gruppi locali immigrazione e salute

Il Gr.I.S. Lazio

Filippo Golfo

filippo.golfo@fastwebnet.it

“La storia dell’emigrazione non è solo la storia delle persone che emigrano ma è anche la storia dei territori in cui si recano e dell’impatto che hanno sui territori stessi”.

L’immigrazione di persone con culture diverse e con nuovi bisogni di salute ha avuto un impatto notevole sul sistema sanitario italiano, determinando nei servizi e negli operatori tanto chiusure preconette quanto aperture generose. L’impatto ha determinato l’inizio di un cambiamento organizzativo, l’elaborazione e la sperimentazione di modelli assistenziali innovativi.

In Italia, la storia dell’assistenza sanitaria agli stranieri ha attraversato tre fasi.



Prima fase: l’esclusione

A metà degli anni settanta il saldo migratorio diventa positivo per la prima volta in Italia, all’inizio degli anni ‘80 comincia ad intensificarsi l’immigrazione, prevalentemente per motivi di lavoro, ma le persone straniere presenti in Italia sono escluse dalla possibilità di accedere ai servizi sanitari a causa di ostacoli culturali, linguistici, burocratici, normativi. Non esiste alcuna normativa riguardante l’immigrazione, soltanto nel 1990 viene emanata una normativa nazionale (legge “Martelli”), una normativa regionale nel Lazio, ma entrambe non contengono alcun riferimento al diritto alla tutela della salute.

Ben presto gli operatori dei servizi sanitari pubblici si trovano di fronte una domanda di salute alla quale non sono preparati a rispondere né dal punto di vista organizzativo, né normativo. Non conoscono i bisogni di salute dei migranti, non hanno una formazione adeguata alla relazione con le diversità culturali, non hanno un mandato istituzionale. Si crea così un’ingiustizia assistenziale contro la quale cominciano a impegnarsi in varie parti d’Italia alcune organizzazioni di volontariato dell’area cattolica e laica (la Caritas, il Centro Astalli e la Casa dei Diritti Sociali a Roma, il Naga a Milano, la Croce Rossa a Genova, i salesiani del Santa Chiara a Palermo, l’Arciconfraternita Biavati a Bologna, solo per citarne alcune) svolgendo una *azione di supplenza*, nei confronti del servizio pubblico.

Queste esperienze non soltanto rispondono concretamente ai bisogni di salute dei migranti, ma hanno il merito di approfondire la riflessione sulle condizioni di esclusione e di svolgere un’azione di stimolo per il servizio sanitario pubblico, come indica don Luigi Di Liegro, direttore della Caritas romana, *“... il ruolo principale del privato sociale è quello politico. Un ruolo che significa: riproposizione dei bisogni, stimolo all’intervento, denuncia delle inerzie”*

A Roma verso la fine degli anni ‘80 ed inizio anni ‘90, iniziano esperienze nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) e il processo segue le direttrici della ricerca, della formazione e dell’assistenza sanitaria: in un quartiere periferico inizia l’esperienza del prof. Sergio Mellina (etnopsichiatria), a Trastevere inizia l’esperienza del San Gallicano, nell’attuale Distretto 6 della ASL Roma C alcuni operatori del Consultorio Familiare di via Casilina 711 cominciano a portare mensilmente l’assistenza sanitaria per i bambini al vicino Campo Nomadi di via dei Gordiani e comincia sostanzialmente ad aumentare l’utenza straniera, specie donne e bambini, nei consultori familiari; nell’attuale I Distretto della ASL Roma A inizia il corso di formazione “Approcci transculturali alla salute ed accoglienza degli extracomunitari” e viene avviato il Progetto Obiettivo “La Tutela sociosanitaria degli immigrati extracomunitari” con l’apertura dell’Agenzia Immigrati. La regione Lazio organizza i primi corsi di formazione sulla tutela della salute delle donne e bambini immigrati che impegna tra i docenti le stesse donne straniere, valorizzando le esperienze più significative del volontariato.

¹ Thomas Sewell, “Migration and culture: A word a view”, 1996

I principi delle riforme degli anni '70 (la Legge 405/75 istitutiva dei consultori familiari, la "riforma psichiatrica" Legge 180/78, la "riforma sanitaria" Legge 833/78 istitutiva del servizio sanitario nazionale) permettono agli operatori che lavorano in servizi ad alta valenza sociale (Dipartimento Materno-Infantile e Dipartimento di Salute Mentale), abituati ad una metodologia di lavoro di équipe e multidisciplinare, e all'integrazione interistituzionale, di raccogliere la sfida.

Si confrontano modelli organizzativi diversi, nella ASL Roma C prevale il *modello diffuso*, il Dipartimento Materno-Infantile e la rete dei consultori familiari lavorano sul profilo di salute delle donne e dei bambini immigrati; nella ASL Roma A prevale il *modello dedicato*, l'Agenzia Immigrati e lo Spazio Accoglienza Immigrati (operatori di vari dipartimenti) lavora sull'accessibilità ai servizi e l'iscrizione al Ssn.

Seconda fase: il mandato istituzionale

Il 1995 è l'anno della svolta: viene emanato il Decreto "Dini" che estende il diritto alle cure ordinarie e continuative, e i programmi di medicina preventiva agli stranieri presenti in modo irregolare e clandestino sul territorio nazionale e si forma il Gr.I.S. - Lazio, gruppo di collegamento regionale "Immigrazione e Salute", come *luogo d'incontro tra operatori di strutture pubbliche e di gruppi dell'associazionismo (volontariato e privato sociale)* sviluppando un processo di reciproco riconoscimento e arricchimento.

Quali sono stati gli obiettivi condivisi del Gr.I.S. - Lazio?

1) di fare informazione e attivare discussioni sugli aspetti normativi nazionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi del volontariato e del privato sociale;

2) di 'mettere in rete' gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative;

3) di elaborare proposte in termini politico-organizzativi;

4) di fare azione di 'advocacy' sulle istituzioni.

Come risposta positiva di fronte alle criticità emergenti, il Gr.I.S. - Lazio diventa il luogo di elaborazione di proposte per le istituzioni. Esempio è la vicenda della Deliberazione di Giunta Regionale n. 5122, 31 luglio 1997 "Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti", si parte dalle richieste di operatori di sanità pubblica autoconvocati in assemblea, si elabora una proposta per la Regione Lazio, ispirandosi come modello all'esperienza locale della ASL Roma C². La normativa regionale è innovativa perché riduce l'inaccessibilità ai servizi e migliora l'offerta sanitaria, istituzionalizza il tesserino STP, istituisce gli ambulatori di medicina generale per STP, prevede protocolli d'intesa tra strutture pubbliche e associazioni di volontariato.

Alla fine degli anni '90, viene emanata anche una normativa nazionale (legge "Turco-Napolitano") che garantisce il diritto alla tutela della salute degli immigrati regolari e irregolari, il *mandato istituzionale* determina una *politica dei "cento fiori"* nelle aziende sanitarie della città di Roma e delle altre province del Lazio: ASL RM/A - Gruppo di lavoro "Immigrazione e salute"; ASL RM/B - Coordinamento assistenza immigrati; ASL RM/E - Servizio di Medicina del turismo e delle migrazioni; ASL RM/D - Unità Operativa S.T.P. e Gruppo di coordinamento per la tutela socio-sanitaria dei cittadini stranieri; I.F.O. Istituto San Gallicano - Servizio di Medicina preventiva delle Migrazioni, del Turismo e Dermatologia Tropicale; Azienda Policlinico Umberto I - Centro Assistenza Ambulatoriale e Sociale per Cittadini Stranieri; Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - Progetto tutela della maternità; Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata - Progetto Kairos; ASL Rieti - Ambulatorio di medicina dell'immigrazione, Ospedale S. Camillo de' Lellis; ASL Frosinone - Consultorio multietnico per stranieri, Dipartimento 3D; ASL Latina U.O.C. Patologie Emergenti; ASL Viterbo - Ambulatorio di medicina dell'immigrazione.

L'indicazione di "riorientare i servizi" porta all'adozione di 'buone pratiche' con interventi di formazione specifica, la pianificazione di lavoro di rete intra ed extraaziendale ed a un'attenta organizzazione dei servizi a volte con strutture dedicate (ambulatori medicina generale per STP), l'attivazione (a singhiozzo) di servizi di mediazione culturale e progetti di offerta attiva. Esempio per quest'ultimo aspetto, anche per la valenza fortemente innovativa, è stata la realizzazione durante il 2002 di un progetto dal titolo "salute senza esclusione" che per la prima volta in Italia ha visto effettuare a Roma una campagna di vaccinazioni in favore di tutti i bambini nomadi presenti nei 32 insediamenti dell'area metropolitana. La campagna si è svolta tra marzo e ottobre di quell'anno e ha riguardato tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal calendario vaccinale vigente nel Lazio (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, haemophilus influenzae e morbillo). Sono stati vaccinati circa 2000 bambini, pari all'80% della popolazione pediatrica mediamente presente nel periodo. Le dosi di vaccino somministrate sono state oltre 10.500. Il numero di bambini mai vaccinati si è dimezzato, passando dal 40% prima della campagna al 20% dopo la terza settimana.

La copertura vaccinale nei campi di dimensioni medio-piccole (inferiori ai 200 abitanti) è aumentata dal 40% al 70% e in molti casi si è raggiunto un soddisfacente livello di immunizzazione, superiore all'80%. Sono state coin-

² Deliberazione ASL RM/C 2 agosto 1996, n. 911 "Recepimento e attivazione dei profili assistenziali minimi per pazienti stranieri, nomadi e immigrati provenienti dai paesi extra-comunitari. Modifica deliberazione 1591/2.8.95"

volte le cinque ASL dell'area metropolitana di Roma e numerose associazioni del privato sociale e del volontariato. Hanno contribuito alla realizzazione dell'iniziativa anche l'Istituto Superiore di Sanità, l'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, l'Assessorato alle Politiche Sociali e alla Promozione della Salute del Comune di Roma, l'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma con una mobilitazione che non ha precedenti. Hanno preso parte alla campagna complessivamente 250 operatori, appartenenti alle strutture pubbliche e del privato sociale.

Terza fase: l'accesso

All'inizio del nuovo millennio, il Gr.I.S. - Lazio mantiene una configurazione informale nonostante riunisca 39 organismi delle cinque province laziali, 15 strutture sanitarie pubbliche, 20 associazioni, 4 uffici degli enti locali, 2 gruppi tematici (Gr.I.S. - Zingari e Gr.I.S. - Rifugiati). La *leadership* è condivisa, tutti possono aderire liberamente (nessuna istituzionalizzazione), tutti possono partecipare (nessuna esclusione). Ogni incontro diviene occasione di confronto, di formazione e di informazione con l'unico scopo di costruire una rete e tornare poi nei rispettivi luoghi di lavoro con maggiore forza e consapevolezza per offrire a tutti, persone straniere e non, l'opportunità di fruire efficacemente dei servizi sanitari.

La Legge "Bossi-Fini" non ha apportato alcuna modifica agli articoli del Testo Unico sull'immigrazione che disciplinano e regolamentano le procedure di accesso al Servizio Sanitario Nazionale da parte degli stranieri, ma "*persistono ostacoli alla fruizione dei servizi, prevalentemente di carattere organizzativo*"³ e "*al tempo stesso, la multiculturalità della domanda sanitaria induce oggi la necessità nei presidi pubblici di adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza*"⁴.

Quali possono essere i nuovi obiettivi condivisi?

1) *Il Gr.I.S. - Lazio deve essere un luogo di riflessione teorica:*

- a) sull'evoluzione dei sistemi sanitari nell'economia globalizzata;
- b) sul principio di sussidiarietà e sui modelli di welfare;
- c) sulla domanda di salute di nuovi "attori": richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura, vittime della tratta.

2) *Il Gr.I.S. - Lazio deve essere un laboratorio di "modelli assistenziali innovativi":*

L'incontro e il confronto tra "pubblico" e "privato sociale" permette la condivisione di un patrimonio comune di "buone pratiche", lo sviluppo di percorsi comuni di riflessione sulle aree critiche della salute dei migranti e di elaborazione di progetti di cooperazione. Il lavoro di rete inizia già in termini di programmazione degli interventi e di pianificazione delle risorse, come nella Campagna "Salute senza esclusione" - Progetto 'accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari per Rom e Sinti' (ASP Lazio, ASL di Roma, Caritas e altre associazioni che lavorano nel progetto di scolarizzazione dei bimbi rom), nel Progetto "Salute migranti forzati" (ASL RM/A-Centro Astalli), nel Progetto "Salute donna migrante" (ASL RM/A-Caritas), nel Servizio di mediazione culturale (ASL RM/C).

3) *Il Gr.I.S. - Lazio deve essere un nodo di una rete nazionale:*

Sull'esperienza del Gr.I.S. Lazio, che di fatto è una Unità Territoriale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, in varie parti d'Italia (Trentino, Sardegna, Lombardia, Sicilia), in modo originale ma coordinato, stanno nascendo altri gruppi locali che condividono gli obiettivi della SIMM e ne vogliono dare attuabilità con particolare attenzione a promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in un determinato territorio.

10 anni fa abbiamo fatto una scommessa: lavorare insieme "pubblico" e "privato sociale". La sfida futura sarà quella di elaborare nuove strategie per sviluppare le reti locali sociosanitarie.

³ Piano Sanitario Regionale triennio 2002-2004

⁴ Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Il Gr.I.S. Trentino

Maria Licia Scantamburlo, Giulia Bigot

liciascantamburlo@hotmail.com

giulia.bigot@soc.unitn.it



Il Gr.I.S - Gruppo Immigrazione e Salute - Trentino si è ufficialmente costituito a gennaio del 2004 ed è attualmente un punto di riferimento riconosciuto e importante nella costruzione delle politiche per la salute degli immigrati nella provincia di Trento.

La designazione di Unità Operativa Territoriale della Società Italiana Medicina delle Migrazioni –SIMM- è stato il punto di arrivo di un gruppo di operatori del sanitario e del sociale, attivo nel Trentino già dal 1999 e che si riconosceva negli scopi della SIMM.

Un sintetico excursus delle origini e della storia del Gr.I.S. Trentino può essere utile per cogliere le sue peculiarità e comprendere il ruolo che riveste oggi nella realtà locale.

Il Gr.I.S Trentino costituisce la spontanea evoluzione di un gruppo di lavoro che si era costituito allo scopo di mettere in rete professionisti dell'ambito sanitario, del sociale, del privato-sociale e del volontariato per rispondere in modo appropriato e coordinato ai bisogni di salute e di cura delle persone immigrate e alle esigenze degli operatori che si confrontavano con questi nuovi utenti/pazienti e le loro peculiarità.

Prima ancora che le istituzioni socio-sanitarie rivolgersero un'attenzione specifica alla varietà di bisogni e esigenze di questa nuova fascia di popolazione, alcuni professionisti, a partire dalla loro quotidiana esperienza di prossimità, si sono attivati per affrontare in modo appropriato e adeguato i cambiamenti che la trasformazione dell'utenza comportava all'interno dei Servizi stessi.

Le problematiche emergenti con la nuova fascia di pazienti si diversificavano da quelle poste dall'utenza locale per una più complessa presentazione del malessere, influenzata da determinanti culturali e dal progetto migratorio, per le difficoltà di comunicazione dovuta alle barriere linguistiche, per un diverso approccio e utilizzo dei servizi sanitari, per nuove forme di domanda di cura. In particolare emergeva in maniera forte la necessità di una collaborazione tra servizi socio-sanitari e con il mondo delle associazioni del privato-sociale e del volontariato locale, impegnate nell'accoglienza e nell'accompagnamento degli immigrati, regolari e non.

Ancor più che per gli utenti trentini, e italiani in genere, si evidenziava quanto fosse insufficiente il solo approccio medico "alla cura" del sintomo o del disturbo e fosse invece importante prendere in considerazioni variabili sociali, quali la situazione relazionale, abitativa e lavorativa, che si rivelavano significativi determinanti nell'influenzare il processo terapeutico. Inoltre emergeva l'importanza delle variabili culturali, sociali ed economiche nel determinare l'accesso e fruibilità dei servizi sanitari e praticabilità di percorsi di cura.

L'intervento dei soli operatori sanitari si rivelava insufficiente a rispondere ai nuovi bisogni e alla domanda di cura emergente, l'ottica dell'integrazione socio-sanitaria nelle presa in carico del singolo utente/paziente si prospettava necessaria e fondamentale.

Forse non a caso il primo nucleo del futuro Gr.I.S. Trentino si è costituito all'interno del Centro Salute Mentale della città di Trento. Un servizio sanitario ancorato a livello territoriale e con abitudine consolidata, da parte del personale, al lavoro di rete con operatori del sociale e del privato-sociale, a differenza dei professionisti della salute in altri ambiti del Servizio Sanitario Trentino, soprattutto quello ospedaliero.

Chi si occupa di salute psichica, inoltre, conosce bene l'influenza degli aspetti relazionali- sociali e contestuali sulla condizione di salute o malattia e sui processi di cura, l'importanza quindi di coinvolgere di attori del sociale implicati nell'accoglienza e nell'assistenza agli immigrati.

La promozione dell'integrazione socio-sanitaria è stato, fin dall'inizio, un obiettivo del primo nucleo di lavoro, all'epoca costituito da solo quattro persone. Un solo operatore sanitario, una psichiatra del Centro Salute Mentale di Trento, un assistente sociale del Comune di Trento, il responsabile della più rappresentativa associazione di accoglienza degli stranieri, Atas Onlus –Associazione Trentina Accoglienza Stranieri Onlus-, e un rappresentante della CGIL, che si occupava degli aspetti lavorativi degli immigrati.

Già nel primo incontro del gruppo è emersa l'esigenza di una formazione adeguata e condivisa, in quanto i riuniti si scoprirono impreparati a far fronte ai bisogni di salute delle persone straniere e a dare risposte che implicavano percorsi terapeutici alternativi ai tradizionali e a prendere in considerazione aspetti nuovi del significato del malessere e dei percorsi di cura.

Ad un'analisi posteriore appare evidente come la composizione del gruppo abbia influenzato la scelta di puntare ad una formazione a carattere soprattutto antropologico-sociale e psichico-relazionale, piuttosto che ad una forma-

zione medico-specifica. Il primo corso di formazione, tenutosi nel 1999, ha attratto soprattutto operatori del sociale e di servizi sanitari distrettuali –Consultorio Familiare e Servizio di alcologia- che lavoravano maggiormente sul piano relazionale.

Quel primo corso si è rivelato strategico per la nascita di un primo vero gruppo di operatori con professionalità e appartenenze diverse e ha avuto lo straordinario effetto di motivare parte dei partecipanti a mettersi in rete con operatori di altre associazioni e del servizio sanitario e sociale. Ha inoltre evidenziato l'importanza degli eventi formativi non solo come risposta ad esigenze specifiche di formazione, ma come occasione di condivisione di esperienze ed esigenze professionali e possibilità di interazione tra servizi.

Così il neo nato gruppo, che si era denominato *Gruppo Immigrazione e Salute Mentale*, a fronte del crescente numero di membri e la varietà delle competenze rappresentate, si è dato degli obiettivi chiari e precisi: facilitare l'interazione tra vari enti, servizi e volontari coinvolti in questo settore di policy, promuovere studi e ricerche, condividere le conoscenze e l'esperienza maturata sul campo.

L'impegno nel campo della formazione congiunta tra operatori socio-sanitari è divenuta da subito uno dei capisaldi del gruppo. Una formazione che nel tempo ha risposto ad esigenze sempre più specifiche e complesse nel campo della salute degli immigrati e delle persone in condizione di emarginazione sociale.

La realizzazione di ulteriori e più articolati corsi di formazione, sempre nell'ottica di un'integrazione socio-sanitaria, ha determinato l'ingresso nel gruppo di nuovi professionisti sanitari e del privato-sociale e del volontariato, appartenenti a settori diversi dalla salute mentale e sempre più operatori hanno trovato nel Gruppo un punto di riferimento. Gli eventi formativi sono stati altresì occasione di avviare contatti e collaborazioni con la Facoltà di Sociologia dell'Università di Trento e con l'Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Trento.

Spontaneamente il Gruppo ha preso così ad occuparsi non solo della salute degli immigrati ma pure della salute delle persone in situazione di emarginazione sociale, in considerazione anche del fatto che spesso gli immigrati, soprattutto se irregolari, si trovano in una condizione di grande fragilità sociale. Data la partecipazione di professionisti di discipline diverse e l'allargamento del campo di interessi, presto si è rivelata non più appropriata la denominazione originaria di *Gruppo Immigrazione e salute Mentale*, ed il gruppo si è dato un nuovo nome, meglio corrispondente ai cambiamenti interni avvenuti, divenendo *Gruppo Immigrazione e Salute*.

Il guardare la salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale in un'ottica globale, considerandone gli aspetti fisici-psicologici, sociali, ha sollecitato il Gruppo ad occuparsi delle *politiche per la salute* in favore di questa fascia di popolazione in Trentino e a prendere familiarità con gli aspetti normativi, nazionali e locali, argomento solitamente poco conosciuto agli operatori clinici, e a verificarne l'applicazione corretta.

Questo ha condotto ad interagire in modo più stretto con Enti ed Istituzioni locali per i quali però, non essendo il Gruppo una associazione riconosciuta, lo stesso non costituiva ancora un interlocutore rappresentativo.

Nel frattempo la ricerca di una sempre più appropriata e competente formazione ha permesso negli anni ai componenti del Gruppo di approdare alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e conoscere il suo impegno a favore della salute degli immigrati; è così maturata l'idea di divenire una sua Unità Operativa Territoriale, adottandone lo Statuto e il Regolamento. La domanda è stata favorevolmente accolta dalla SIMM nel gennaio del 2004.

Il passaggio da Gruppo spontaneo a Unità Territoriale della SIMM in Trentino, oltre a consentire al Gruppo di essere riconosciuto dalle Istituzioni e Enti locali quale competente interlocutore in materia, ha dato ai partecipanti la spinta ad impegnarsi in modo "professionale" ed elettivo nella costituzione della rete locale a favore della salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale.

Al Gr.I.S., oltre ad alcuni volontari tra cui medici, operatori e attori del terzo settore, partecipano oggi rappresentanti degli enti pubblici, del terzo settore e delle associazioni di immigrati.

Attualmente molte sono le associazioni di volontariato e le organizzazioni del privato sociale attivamente presenti che coprono un ampio ventaglio delle diverse associazioni presenti sul territorio.

In specifico oggi fanno formalmente parte del Gr.I.S.:

Centro Salute Mentale di Trento; Unità Operativa 1 di Psicologia Clinica di Trento; Servizio Attività Sociali del Comune di Trento; ATAS onlus -Associazione Trentina accoglienza Stranieri-; Comunità Islamica del Trentino Alto Adige; Fondazione Comunità Solidale di Trento; Cooperativa Sociale "Punto di Incontro" S.c.ar.l. "Onlus" di Trento; Cooperativa Villa S. Ignazio; Cooperativa Sociale Kaleidoscopio di Trento; AMIC – Associazione di Mediatori Interculturali di Trento; LILA Trentino Onlus; UCIPEM –Consultorio Familiare Onlus; Associazione Agorà; Città Aperta Associazione di Mediatori Interculturali di Rovereto; Volontari di Strada; Associazione Cristiana Culturale degli Ucraini in Trentino; Casa di Accoglienza Padre Angelo di Trento.

Ne fanno parte inoltre, a titolo personale, operatori dei seguenti Servizi: Consultorio Familiare di Trento; Servizio Cure domiciliari Distretto C 5 di Trento; Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia e Unità Operativa Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso Ospedale - S. Chiara di Trento e volontari.

Il Gruppo ha un appuntamento fisso a cadenza mensile. La partecipazione dei rappresentanti degli Enti e delle

Associazioni, soprattutto quelle degli immigrati, è più o meno costante ma continua nel tempo. Per mantenere i contatti e garantire l'aggiornamento tra i membri lo strumento usato è l'e-mail. La partecipazione è più assidua in prossimità di realizzazione di eventi concreti, quali attività formative o incontri con rappresentanti Istituzionali.

Il dialogo tra Gr.I.S. e l'Assessorato Provinciale alle Politiche per la Salute, ha avuto come primo risultato nel 2004. Su proposta dell'Unità Operativa Territoriale della SIMM l'Assessorato ha colmato un vuoto che persisteva in Trentino riguardo l'implementazione piena della normativa nazionale riguardante l'assistenza sanitaria agli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno (D.L. n. 286/1998; D.P.R. n. 394/1999). Fino a quel momento non erano ancora state individuate le modalità di erogazione delle cure essenziali e continuative per gli immigrati irregolari, in possesso del codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti in Italia). Era ancora implicito che si rivolgero nei presidi di Pronto Soccorso con conseguente utilizzo improprio e sovraffollamento delle strutture. Con una circolare del maggio 2004, l'Assessorato ha disposto che gli immigrati in possesso di codice STP si possono rivolgere ai medici di medicina generale, nella zona ove sono domiciliati, per ricevere l'assistenza di cui necessitano.

Il Gr.I.S., ha inoltre svolto un ruolo importante nella introduzione della mediazione inter-culturale nel Servizio Sanitario Trentino, attualmente attiva a livello ospedaliero e distrettuale all'interno dell'APSS, adoperandosi per una qualificazione specifica dei mediatori impegnati nell'area socio-sanitaria, ancora carente a livello locale.

Oltre ad avere realizzato eventi formativi, gli unici in Trentino rivolti congiuntamente ad operatori dell'ambito sanitario e sociale, il Gr.I.S. è stato il motore delle attività sanitarie implementate negli ultimi anni nella Provincia di Trento a favore della salute degli immigrati.

Già da alcuni anni il gruppo ha avviato al suo interno una lettura, analisi e discussione dei bisogni sociali e sanitari degli immigrati e degli operatori, impegnandosi anche ad un'attenta raccolta di segnalazioni dall'esterno. Sulla base di queste osservazioni il gruppo ha elaborato la proposta di un *protocollo d'intesa* tra Gr.I.S., Assessorato Provinciale per le Politiche per la Salute, Assessorato Provinciale per le Politiche Sociali e Assessorato per le Politiche Sociali del Comune di Trento su: *"La salute degli emigrati e persone in situazione di emarginazione sociale"*.

Il documento è stato pubblicamente presentato nel settembre 2004 nel corso della *1° Consensus Conference in Trentino* su *"Una rete per la salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale"*, organizzata dal Gr.I.S. al fine di sollecitare l'apertura di un tavolo di lavoro e un confronto tra chi istituzionalmente è preposto ad occuparsi della salute delle persone immigrate e in situazione di emarginazione sociale e quanti si trovano ad operare sul campo. Il Protocollo, dopo una revisione delle parti, è stato sottoscritto il 6 ottobre 2005 da tutti i soggetti coinvolti nel corso del *1° Convegno Nazionale dei Gr.I.S., "Cadere nella rete"*, che si è svolto a Trento.

La sottoscrizione del *Documento d'Intesa* ha dato avvio alla istituzione di un gruppo permanente di confronto tra firmatari del documento: Assessorato Provinciale alle Politiche alla Salute, Assessorato Provinciale alle Politiche Sociali, Comune di Trento – Assessorato alle Politiche Sociali, Gr.I.S., allargato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, agli Enti e Associazioni del pubblico e del privato-sociale, direttamente interessati alla salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale. Obiettivo del gruppo permanente è la declinazione operativa del protocollo d'intesa.

La sottoscrizione del Protocollo d'Intesa ha avuto anche importanti risvolti sulle iniziative della Azienda Provinciale Servizi Sanitari (APSS). L'Assessorato Provinciale per le Politiche per la Salute nel 2005 ha infatti inserito per la prima volta la voce *"immigrati"* tra gli obiettivi annuali assegnati all'APSS per il 2006 e ciò ha comportato l'introduzione di una serie di iniziative in favore della loro salute.

Il mandato assegnato è stato di: *"Predisporre – anche con riferimento a quanto previsto dal Documento di Intesa (...) – un programma triennale di iniziative finalizzate a migliorare l'accessibilità della popolazione immigrata extra-comunitaria ai servizi e alle attività del Servizio sanitario provinciale nonché a favorire una efficace interazione tra operatore sanitario e paziente immigrato"*

Attualmente al Gr.I.S. Trentino è riconosciuta a livello locale la competenza specifica nel campo della salute degli immigrati e delle persone in condizione di emarginazione sociale.

Il Gr.I.S. ha dimostrato competenza nella lettura dei bisogni di salute della popolazione immigrata in Trentino e nell'individuare le necessità degli operatori e dei professionisti all'interno dei Servizi Sanitari. A partire da quanto emerso ha elaborato un'importante attività propositiva segnalando necessità e problemi alle istituzioni, elaborando delle proposte operative per un ri-orientamento dei Servizi Sanitari e richiedendo l'implementazione di servizi e attività specifiche, che in parte sono state accolte dagli organismi istituzionali competenti. Ha contribuito in maniera attiva alla rilettura delle politiche per la salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale in Trentino in considerazione del mutare delle esigenze poste da nuove fasce di popolazione. Ha saputo evidenziare la necessità di un lavoro forte di integrazione socio-sanitaria assumendo l'onere della realizzazione della formazione congiunta degli operatori.

Il Gr.I.S presenta però anche dei punti di critici, di cui i suoi componenti sono consapevoli. Nel Gruppo tutti i soggetti sono parimenti ed equamente importanti nel proporre e realizzare iniziative e attività. Ognuno dei partecipanti contribuisce in base alle proprie competenze ed esperienze professionali, determinando conseguentemente anche l'orientamento e la precedenza data ai temi affrontati. Ma ciò comporta anche che se non ci sono operatori a rappresentare alcune aree della salute queste non trovano poi espressione all'interno del Gruppo. Finora hanno preso parte al Gruppo figure sanitarie che riguardano l'ambito della salute mentale, della medicina d'urgenza, della salute della donna e dell'igiene-sanità pubblica, orientando riflessioni interne e iniziative soprattutto in tali ambiti specifici. Manca a tutto oggi la presenza di un pediatra motivo per cui la salute dei minori stranieri non è stata adeguatamente affrontata, come pure altri aspetti della salute in altri ambiti specialistici.

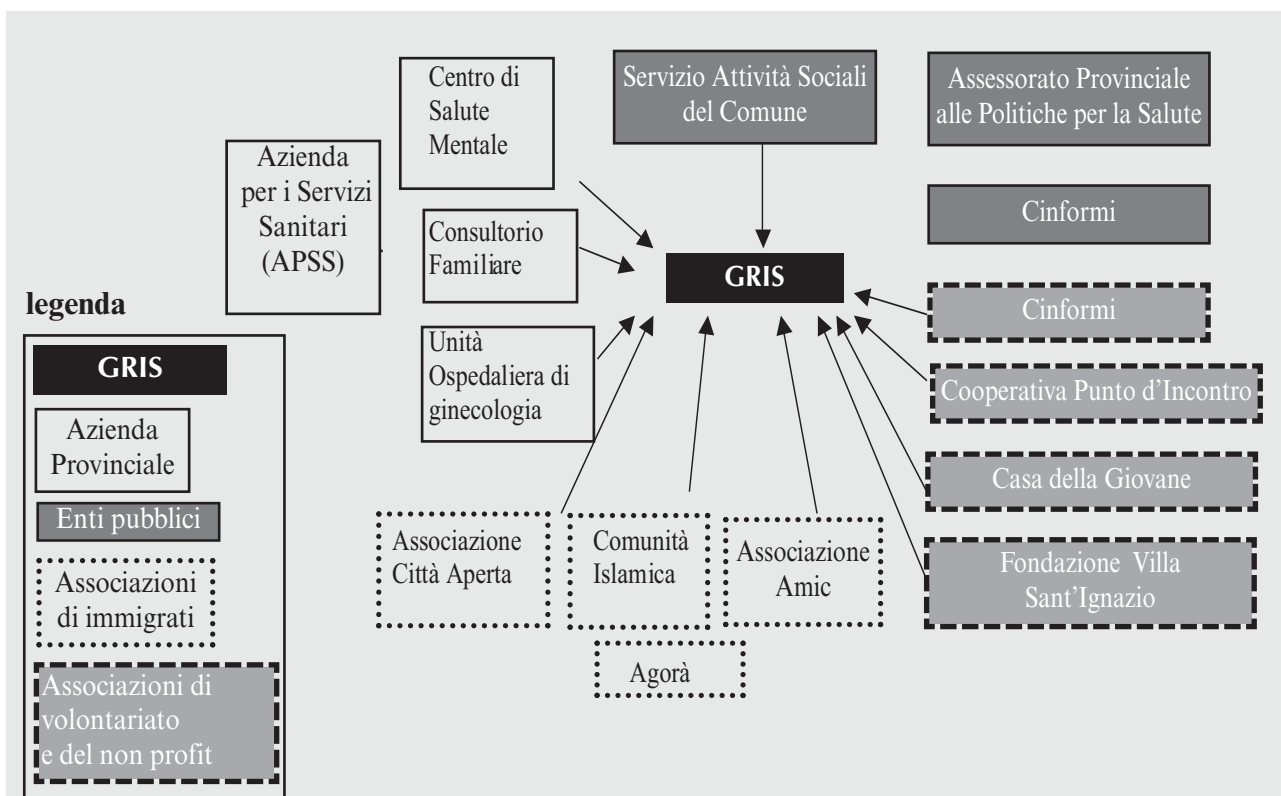
Altra area di debolezza è la partecipazione limitata e incostante dei rappresentanti delle associazioni degli immigrati, a parte il rappresentante della Comunità Islamica presente fin dall'inizio in maniera continuativa. La Comunità Islamica è del resto l'associazione presente da più tempo in Trentino e quella maggiormente radicata sul territorio. L'incostante presenza dei rappresentanti delle associazioni più piccole e di più recente costituzione può trovare una spiegazione nella minore disponibilità di persone all'interno dell'associazione in grado di assumersi impegni continuativi. Le associazioni di immigrati esistenti in tutta la provincia di Trento sono circa una ventina, ma non esiste un loro elenco aggiornato. Non esistendo un'attività di monitoraggio non è possibile verificare per ciascuna di esse la loro effettiva esistenza, il numero di appartenenti o le attività svolte. In molti casi si tratta di associazioni di piccolissime dimensioni, centrate sulla figura del loro fondatore.

Anche la partecipazione dei professionisti in campo sanitario è ristretta, mentre è molto più rappresentata è l'area del sociale e dell'associazionismo. Un'ipotesi che si può avanzare in merito a questo è che medici e operatori sanitari abbiano, in generale, una visione ancora molto "medica" della salute e non siano abituati ad operare in un'ottica di integrazione socio-sanitaria.

Infine, il contributo sovente a titolo di volontariato di una parte dei membri, con la conseguente necessità di ritagliare dei tempi al di fuori degli impegni lavorativi e personali, è anch'esso un fattore fortemente limitante, in quanto determina spesso un sensibile rallentamento dei tempi di realizzazione delle iniziative.

Attualmente all'interno del Gr.I.S. è aperta una attenta riflessione per una riorganizzazione interna, più corrispondente alle esigenze maturate dato l'aumentato numero dei membri, rappresentanti istituzionali e di associazioni e volontari. Inoltre sono oramai numerose le iniziative e le attività sia in essere che in cantiere che richiedono una nuova distribuzione e articolazione dei compiti interni. Il Gruppo è quindi avviato verso una nuova fase, che prevede nell'immediato futuro sia la realizzazione di un regolamento interno, da adottare accanto allo Statuto e Regolamento della SIMM, sia la registrazione locale come associazione semplice.

**La rete dei principali attori coinvolti nelle policy per la salute a Trento
(le frecce indicano istituzioni/organizzazioni che fanno riferimento al GrIS)**



Il Gr.I.S. Sardegna

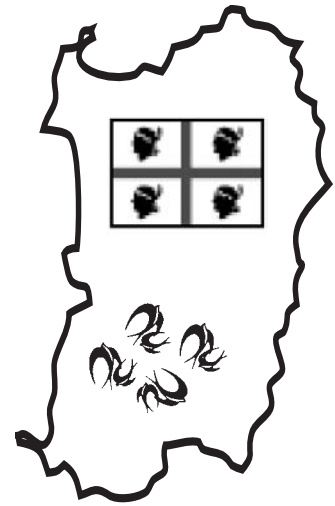
LA "NOSTRA" STORIA

Luisa Lenguini

dromella@tin.it

Premesso che:

- La Sardegna è uno dei luoghi più belli del mondo, ma la sua economia è fragile e precaria.
 - Per almeno 10 mesi l'anno siamo quasi soli e per due siamo invasi da orde di turisti.
 - Ogni famiglia sarda ha un migrante lontano o l'ha avuto.
 - Gli immigrati ci sono, ma pochi e diversi e sempre un po' dopo rispetto al resto d'Italia.
- Bè, non possiamo proprio definirci terra di immigrazione...ma tant'è...



Quando abbiamo cominciato a vederli per le strade quelli un pò più marroncini e nerini e giallini, abbiamo deciso di occuparcene... tre "ragazze", tre medici, tre curiose: Sassari, Nuoro e subito, subitissimo, Olbia.

Qualche incontro, uno, due, tre ambulatori un pò in sordina, quasi un hobby.

Collegli tirati dentro, collegli scappati fuori, qualche avvocato, infermiere, ostetriche, amici e la macchina andava da sola.

Poi, scoprire che al di là del mare, quasi ovunque, stessa idea (niente di originale, quindi), sotto colori diversi, Caritas, NAGA, Cavalieri di Malta, laici, scettici, rigorosi. Un gran calderone.

Ma poi alle Consensus sicule il miracolo: una babele dove si parla la stessa lingua e si perseguono gli stessi scopi. Ognuno convinto di essere un originalone e alla fine gli stessi percorsi.

Incontri, scontri, illusioni, delusioni, le leggi, il codice, domande e risposte e la magnifica sensazione di sapere che c'è anche qualcun altro, anzi, molti altri.

Poi Gr.I.S.-Lazio: bè sono tanti, grandi numeri, basi solide e poi, dei miti. Filippo, Bianca, Maria Edoarda, Salvatore!

Ma cos'è? Boh!

Poi a Lampedusa qualcuno, Licia, che racconta del suo Gr.I.S., del Trentino: ma che dice? Cos'è? Un'Associazione? Istituzioni?.

E infine, la domanda a noi, proprio a noi: perché non fate il Gr.I.S.?

Dici a me? Dici a noi? Ma: cos'è?

Non era facile capire: un'altra associazione, statuti, riunioni?

Ma chi? Perché?

E poi, l'illuminazione: il Gr.I.S. c'è già, ma non si vede.

Sai che c'è quando hai un dubbio e sai a chi chiedere, ci sono novità e sai a chi dirle, inizi una battaglia e sai chi combatterà al tuo fianco.

E allora la proposta: facciamo il Gr.I.S.?

"Ma non ho tempo"

"Il mio tempo è tutto occupato, non posso fare riunioni."

Ma "lui" (il Gr.I.S.) era già lì, dovevamo solo accorgercene.

E infine la parola magica: RETE!

Rete che ti sorregge, ti accoglie, ti copre le spalle, ti dà sicurezza e senso di appartenenza.

Non più illusi, isolati, cani sciolti, ma un piccolo esercito virtuale che si muove nella stessa direzione e con gli stessi intenti.

Si parla, ci si confronta ci si sorregge a vicenda e ci si pone di fronte alle Istituzioni con la consapevolezza di essere una forza.

Si, MA: chi comanda, chi è il capo?

E le riunioni? Sono obbligatorie? Dove? Quando?

Bisogna iscriversi? MA cosa comporta?

Punto I: Non c'è un capo.

Punto II: Ci si vede quando si può, quando serve, e gli altri ti tengono informato di quel che succede e viceversa e anime diverse dello stesso pensiero si affiancano, e lavorano costruendo insieme.

Sassari, la prima a partire, con coraggiosa incoscienza per rispondere all'emergenza (ancora niente Turco-Napolitano, né STP, solo il deserto, quasi).

Subito dopo Nuoro, appoggi istituzionali, elementi determinati, vicinanza della Caritas, evoluzione del pensiero assistenziale.

Poi, Olbia, ultima ad iniziare, per rispondere ad un fenomeno ormai consolidato nella Sardegna più avanti, più ricca, con più immigrati rispetto ai residenti; prima ad ottenere un protocollo d'intesa con la ASL, la nomina di un referente, un ruolo riconosciuto dentro l'istituzione.

Tre esperienze a confronto, tre anime dello stesso spirito, un solo Gr.I.S. .

Intorno perplessità e timori, riluttanze.

Ma ormai è fatta: le alleanze si sono strette, le comunicazioni fluiscono, i contatti si moltiplicano.

Dimenticati gli individualismi, si abbandona la diffidenza, si registra lo scarso interesse istituzionale.

Il Gr.I.S. è arrivato a sorpresa, come un figlio inatteso, come dice Kahlil Gibran, non nostro, ma figlio del desiderio di sé della vita, e perciò più gradito.

Ora si tratta di "aggiungere posti a tavola" perché molti amici bussano alla porta e il posto non manca.

La rete è solida, ma leggera; non occupa spazio, ma ne dà.

Le maglie si infittiscono, le alleanze crescono, la forza nel confronto aumenta.

Ora, si tratta di "uscire allo scoperto".

I compiti che ci aspettano sono tanti e gravosi: formazione, informazione, "tenere" la rete con le istituzioni, essere la voce di chi, spesso, non sa neanche di avere dei diritti, tirare fuori il nostro "senso civico" anche se in pochi sanno o ricordano cos'è (o cos'era?).

Il nostro Gr.I.S., figlio inatteso, nato prematuro è stato fin troppo in incubatrice: è ora che affronti la vita, il fuori, i rischi e i pericoli della lotta quotidiana.

E, a proposito di questo, una piccola storia che il mio vecchio amico Romano Casula mi scrisse dalla Germania, emigrato!, io 19enne, per insegnarmi a non proteggere troppo chi amavo:

"Ancora adolescente, io e mia madre emigrati in Svizzera, mi ammalai di tubercolosi e trascorsi un certo periodo in un Sanatorio: bellissimo, in montagna.

Ogni giorno facevamo la canonica passeggiata per "ossigenarci".

Un mattino, in pieno inverno, il giardino imbiancato dalla neve, vidi, ai piedi di un albero, un piccolo passerotto caduto dal nido. Immediatamente lo presi tra le mani e corsi verso la mia stanza cercando di tenerlo al caldo per proteggerlo.

Appena arrivato lo poggiavi sul mio letto, ma mi accorsi che era morto: lo avevo tenuto troppo stretto..."

E allora basta con timori e titubanze, il Gr.I.S. è nato: basta incubatrice calda e protettiva, è ora di crescere, di inventarsi modelli sociali e logiche diverse, di rischiare, controcorrente, qualche livido e più di una delusione. E allora, coraggio: è arrivato il momento di esserci.

ANALISI DELLA NORMATIVA REGIONALE

Francesca Ena

f.ena@tiscali.it

La Sardegna è rimasta il fanalino di coda nella politica dell'immigrazione in generale e in quella dell'assistenza sanitaria alle persone migranti in particolare.

Una premessa determinante per capire questo ritardo storico è la colpevole mancanza in Sardegna di un piano sanitario regionale dal 1988 (primo ed ultimo P.S.R. fino allo scorso anno). L'assenza di un documento programmatico così importante ha provocato ripercussioni gravi sulla crescita e sulla qualità della sanità sarda nel suo complesso.

La legge regionale su "Norme e tutela di promozione delle condizioni di vita dei lavoratori extracomunitari in Sardegna" risale al Dicembre 1990 (L.R. N° 46 del 29.12. 1990).

Le finalità della legge sono esplicitamente rivolte ai lavoratori extracomunitari e alle loro famiglie, promuovendo interventi di carattere sociale, culturale ed economico.

La legislazione di riferimento è la legge 943 del 39.12.1986: "Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari e contro le immigrazioni clandestine", il decreto legge n° 416 del 30.12.1989 e la

legge di conversione n° 39 del 28 febbraio 1990: "Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e di soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato" conosciuta come legge Martelli.

Di assistenza sanitaria e nomadi si parla anche all'art. 5, comma 2 della L.R. 9 Marzo 1988, n° 9, sulla "Tutela dell'etnia e della cultura dei nomadi": "L'unità sanitaria locale competente per territorio garantisce al campo di sosta la vigilanza igienica e l'assistenza sanitaria".

All'articolo 5 la legge sull'immigrazione specifica che la Regione garantisce la fruizione di alcuni servizi, nella fattispecie, i servizi sanitari di diagnosi e cura erogati dalle ASL, sempre secondo le modalità previste dalla legge Martelli che all'art. 9 comma 12 esplicita che "i cittadini extracomunitari e gli apolidi, che chiedono di regolarizzare la loro posizione ai sensi del comma 1 e che non hanno diritto all'assistenza sanitaria ad altro titolo, sono, a domanda, assicurati presso il Servizio sanitario nazionale ed iscritti alla unità sanitaria locale del comune di effettiva dimora. Limitatamente all'anno 1990, i predetti cittadini sono esonerati dal versamento del contributo dovuto ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33".

Nel titolo II della legge è istituito uno degli strumenti operativi della legge, vale a dire l'Ufficio regionale per gli immigrati, operante presso l'assessorato regionale del lavoro e organizzato secondo tre differenti aree operative:

- a) uno sportello di assistenza
- b) animazione culturale
- c) studi e ricerche.

Al titolo III viene istituita la Consulta regionale per l'immigrazione che ha compito propositivo, programmatico e di consulenza sui temi correlati al fenomeno migratorio.

Fanno parte della consulta:

l'assessore al lavoro e sei rappresentanti dei lavoratori extracomunitari eletti;

tre rappresentanti sono designati, a turno dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative a livello regionale,

tre rappresentanti designati a turno dalle organizzazioni sindacali dei datori di lavoro maggiormente rappresentativi,

tre esperti in materia di immigrazione, nominati dalla Giunta regionale su proposta dell'assessore al lavoro,

tre rappresentanti designati a turno dalle associazioni che operano nel campo dell'assistenza all'emigrazione e all'immigrazione,

un funzionario dell'assessorato che funge da segretario. In totale 13 componenti.

La consulta ha sede a Cagliari, presso l'Assessorato al lavoro e si riunisce 2 volte all'anno.

Come si può osservare è una legge assolutamente sorpassata; considera l'immigrato solo quale forza lavoro e non come risorsa che può contribuire alla crescita di tutta la comunità.

Sulla base delle ricerche effettuate non risulta che l'ufficio regionale per l'immigrazione e la Consulta regionale abbiano brillato per iniziative volte a favorire l'integrazione degli immigrati nel tessuto sociale dell'Isola.

L'attenzione della Consulta è nettamente sbilanciata a favore delle iniziative rivolte verso i sardi emigrati o ex immigrati.

Questo sbilanciamento si può ritrovare anche nel disegno di legge per il rinnovo dello statuto sardo dove ampia parte viene dedicata a ribadire ed enfatizzare i valori ed i principi della società sarda ed una sola riga nella quale "si riconosce, allo stesso tempo, il valore umano, sociale e culturale dell'immigrazione e favorisce il pieno inserimento della Comunità regionale delle persone immigrate"

Attualmente la Regione ha delegato le Province quali destinatarie dei fondi e responsabili delle iniziative in relazione all'immigrazione.

Anche in riferimento all'assistenza sanitaria la legge è ampiamente superata dal decreto legge 287/98 e nulla è stato previsto in termini di proposte di legge successiva a questa che recepisce le indicazioni di detto decreto.

L'unico atto che a tutt'oggi si è occupato di assistenza sanitaria ed immigrazione è la **circolare del 29 Luglio 2003**, prot. n° 29758/4, a firma dell'assessore regionale alla sanità.

Questa circolare, emessa tra gli ultimi atti della passata legislatura, è nata sull'onda delle innumerevoli pressioni che gli operatori esercitavano sugli organismi regionali a seguito delle difficoltà incontrate giornalmente nell'erogazione dell'assistenza alla persona immigrata oltre che dai quesiti mirati posti da molti operatori del volontariato che, conoscendo la normativa nazionale, richiama la Regione a un qualche atto che in qualche modo ne richiamasse i principi ed al quale ispirarsi nell'operatività quotidiana.

La circolare è individuata come linea di indirizzo dell'assessore alla Sanità e diretta ai D.G. delle ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari e I.N.R.C.A. con lo scopo di favorire la piena attuazione della normativa vigente (il riferimento è al D. Lgs. 286/98, articolo 35, comma 3,4,5,6, al DPR n° 394/99 articolo 43 commi 2, 3, 4, 5, 8,

alla Circolare del Ministero della Sanità n° 5 del 24.3.2000) e rendere fruibile il diritto alla salute degli stranieri.

La premessa ribadisce quindi che gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano il permesso di soggiorno in corso di rinnovo devono essere iscritti al Ssn presso le aziende USL competenti per territorio a parità di trattamento con il cittadino italiano.

La Circolare entra nello specifico per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza sanitaria agli immigrati privi del permesso di soggiorno, i cosiddetti "STP".

Questi pazienti *hanno diritto sia alle cure urgenti*, definite come quelle cure che se differite possono mettere in pericolo la vita, che a quelle *essenziali* cioè quelle cure che sono dovute per le patologie che non mettono a rischio la vita del paziente nell'immediato, ma che, se non erogate o procrastinate, possono indurre peggioramento ulteriore dello stato di salute fino al rischio della vita.

Il diritto vale anche per le prestazioni di medicina preventiva volti a salvaguardare la salute individuale e collettiva (programmi vaccinali, screening, sensibilizzazione ed educazione sanitaria).

L'assistenza viene erogata, *senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti*, mediante il rilascio di un tesserino con il codice STP.

L'esenzione totale dalla partecipazione alla spesa (pagamento del ticket) rappresenta un'anomalia rispetto a quanto indicato dalla normativa nazionale la quale indica che l'esenzione dal ticket deve essere concessa alle stesse condizioni di esonero per il cittadino italiano, vale a dire per le prestazioni sanitarie di primo livello, le urgenze, lo stato di gravidanza, per patologia, in ragione dell'età o in quanto affetti da patologia invalidante (Art. 35 comma 4 del D.Lgs 286/98, D.P.R. 394/99 e Circolare n° 5 del Marzo 2000).

Ci permettiamo di osservare che, date le scarse risorse del bilancio regionale e la filosofia complessiva della normativa nazionale, questa "manica larga" debba essere considerata come il risultato di una "svista" in fase di elaborazione della circolare stessa.

In ogni caso è una fonte di continui disguidi e diatribe in fase di erogazione dei servizi.

Il tesserino STP può essere erogato anche, a richiesta dell'interessato in forma anonima; i dati relativi agli stranieri temporaneamente presenti devono essere custoditi secondo la legge sulla privacy e non possono essere trasmessi all'autorità giudiziaria se non su esplicita richiesta del magistrato.

L'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione dell'assistito salvo che non sia necessario il referto, a parità di trattamento con il cittadino italiano.

La circolare invita i destinatari ad individuare le modalità organizzative per l'erogazione del tesserino raccomandando di decentrare presso le diverse sedi aziendali al fine di rendere più agevole l'accesso ai servizi dei pazienti immigrati.

Questo è di fondamentale importanza in considerazione delle caratteristiche geografiche del territorio sardo e della condizione non proprio ottimale della viabilità.

L'implementazione di un adeguato programma informatico di anagrafe per STP.accessibile da tutti gli uffici periferici può essere un'ottima soluzione.

In merito all'erogazione delle prestazioni la circolare, pur usando il tempo al futuro, stabilisce che le varie aziende devono attivarsi per la creazione di ambulatori per garantire la prima accoglienza, le prescrizioni per accertamenti e consulenze specialistiche.

Vengono suggerite anche varie opzioni organizzative per l'attivazione di questi servizi di base che le aziende possono scegliere (una o più) a seconda delle risorse e dell'organizzazione dei servizi preesistente.

attivazione di un ambulatorio di Medicina Generale presso i poliambulatori gestito da personale dipendente.

"Riservare" alcune ore della medicina interna presso i poliambulatori, con accesso diretto e senza impegnativa.

Stipula di protocolli d'intesa finalizzati all'offerta sanitaria di primo livello, con strutture attive del volontariato che abbiano maturato esperienza nell'ambito dell'immigrazione.

Ambulatori per la profilassi delle malattie infettive nell'ambito dei Dipartimenti di prevenzione.

Per l'assistenza pediatrica viene raccomandata l'utilizzazione delle strutture già esistenti sul territorio vale a dire Consultori familiari ed ambulatori pediatrici ospedalieri.

Il Consultorio è individuato come la struttura elettiva di ogni azienda per l'assistenza materno infantile e per l'opera di sensibilizzazione ai programmi di prevenzione e di vaccinazione da effettuare, questi ultimi presso i Dipartimenti di prevenzione.

L'ultima raccomandazione riguarda l'invito ai D.G. affinché nominino un referente aziendale al quale fare capo per le iniziative relative alla materia.

A questa circolare non è seguito nessun atto da parte delle varie aziende sanitarie della Sardegna tanto da indurre il nuovo assessore alla sanità ad inviare una lettera di richiamo datata 7 Dicembre 2004 e indirizzata ai Direttori Generali delle ASL e p.c. ai responsabili degli Uffici per i rapporti internazionali UE ed extra UE e alle associazioni di volontariato (che per altro l'avevano caldamente sollecitata attraverso il nascente Gr.I.S.).

La nota assessoriale richiama le aziende ad *adottare ogni utile iniziativa finalizzata a garantire le prestazioni fissate dal T.U. 286/98, secondo le indicazioni fornite con la Circolare Ministeriale n° 5 del Marzo 2000, con specifico*

riguardo a quelle destinate agli stranieri non in regola con la normativa sul soggiorno che costituiscono una comunità particolarmente sensibile per le condizioni di indigenza e di disagio in cui spesso vive.

Andrà inoltre assicurata e garantita, ai sensi dell'art. 5, comma 2 della legge n° 9/88, la vigilanza igienica e l'assistenza sanitaria alle comunità nomadi.

La lettera chiude con l'invito a voler fornire all'assessorato una nota sulle attività svolte.

Il Piano dei Servizi Sociali e Sanitari viene presentato nel Novembre 2005, articolato in 2 parti.

La prima parte è il Piano dei Servizi Sociali, la seconda è il Piano dei Servizi Sanitari.

È un piano fortemente innovativo, ispirato secondo le premesse dell'assessore a *principi di universalità, responsabilità e partecipazione, in linea con le normative vigenti a livello nazionale* (legge 328/2000 sul riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali. n.d.r) e *che interpreta caratteristiche e valori tipici del popolo sardo quali l'ospitalità, l'accoglienza, la capacità di condividere e prendersi cura.*

Nel piano non viene dedicato uno spazio preciso all'assistenza socio – sanitaria degli immigrati ma si possono individuare riferimenti specifici e generici sia nella prima che nella seconda parte.

Partendo dalla considerazione che in Sardegna si registra un tasso di natalità inferiore a quello nazionale, si auspica come obiettivo quello di invertire questo tasso per portarlo ai valori di quello nazionale; tra le azioni per raggiungere tale obiettivo si propongono, fra gli altri, *percorsi di integrazione sociale delle donne immigrate.*

Nelle misure da adottare per combattere le vecchie e nuove povertà si individua la strategia del *"partire dagli ultimi"* cioè dalle categorie a maggior rischio di povertà ed esclusione sociale; gli immigrati sono inclusi in questa fascia e si auspica per loro la promozione di *interventi di accoglienza e integrazione per immigrati in condizioni di disagio; supporto e mediazione linguistica culturale per migranti ed operatori.*

Percorsi di uscita e di protezione sociale, in termini di supporto psico-pedagogico, legale, sanitario, abitativo per le persone in condizioni di prostituzione e sfruttamento.

Servizi di pronta accoglienza protetta in caso di violenza, abuso o necessità temporanee.

In riferimento al sistema di offerta si auspica di

- qualificare lo sviluppo di strategie per promuovere l'integrazione, istituzionale, gestionale, professionale e comunitaria;

- predisporre linee guida e protocolli per facilitare l'integrazione, l'appropriatezza e la qualità delle risposte.

Il problema dell'accesso ai servizi è centrale nella qualificazione delle politiche sociali della Regione Sardegna e le strategie per ottimizzarlo sono improntate a garantire

l'equità nell'accesso, tutelando in maggior misura le categorie più deboli e svantaggiate.

Unitarietà della risposta, commisurata alla valutazione dei bisogni.

In tema di risorse umane da assumere in termini strategici, il piano indica la necessità di promuovere progetti formativi di interesse comune che vedano coinvolti anche altri enti o istituzioni operanti sul territorio, in particolare i soggetti non profit.

Significativo il riconoscimento ed il ruolo del volontariato che, negli anni, in assenza di iniziative dell'ente pubblico, ha vicariato a tali carenze ed ha acquisito competenze tali da essere costante stimolo per l'attività dei vari servizi ed è stato anticipatore di politiche e strategie di intervento che solo in un secondo momento sono state riconosciute di qualità dall'ente pubblico ;

è indispensabile quindi prevedere il suo attivo coinvolgimento nella partecipazione al monitoraggio, presentazione di progetti, promozione iniziative di formazione, forme di sostegno alle organizzazioni esistenti.

Nella parte dedicata al Piano dei servizi sanitari, il Distretto sanitario è individuato come la struttura che si deve attivare per facilitare l'emersione dei i bisogni soprattutto delle *persone più deboli che non sanno come e dove cercare risposte appropriate.*

Il Piano entra nello specifico a proposito della tutela materno infantile facendo esplicito riferimento ad un *altro fenomeno di cui è necessario tenere conto è l'aumento dell'immigrazione che ci pone di fronte a problemi di tutela sanitaria delle donne e di bambini provenienti da paesi con diversa formazione culturale e che vivono spesso in condizioni di disagio, per i quali deve essere comunque assicurato un grado di tutela sanitaria adeguato, anche attraverso meccanismi di facilitazione dell'integrazione e dell'accesso ai servizi, anche attraverso la presenza e il potenziamento dei servizi di mediazione culturale.*

Le donne immigrate sono esposte a tutta una serie di fattori di rischio per la salute specialmente durante il periodo della vita riproduttiva, anche a causa della scarsa conoscenza dei servizi.

La strategia per raggiungere questo obiettivo strategico è quella della riorganizzare la rete dei servizi territoriali e ospedalieri.

Il Piano promuove le riorganizzazione della rete dei consultori e ne promuove l'integrazione nell'ambito del distretto e delle attività sociali di competenza delle amministrazioni locali, tenendo conto dei nuovi bisogni e disagi emergenti in una situazione modificata sotto il profilo culturale, economico, e demografico rispetto a quello degli anni 80.

Per il percorso nascita ed uno dei suoi momenti cruciali, vale a dire l'assistenza al parto e al puerperio, raccomanda *l'attivazione di percorsi specifici per le donne straniere nel rispetto delle diverse culture di appartenenza anche mediante interventi di mediazione culturale da realizzare attraverso iniziative di formazione degli operatori.*

Complessivamente non possiamo non riconoscere la qualità del piano sanitario che offre ottime strategie d'intervento in termini di analisi dei bisogni, programmazione delle risposte ed analisi della qualità dell'offerta socio-sanitaria.

Interessante l'attenzione dedicata alla tutela della persona immigrata come "soggetto debole" e da tutelare come "madre e bambino".

Il Piano appare però "silenzioso" sulla necessità di adeguare la legislazione regionale in materia di tutela della salute della persona immigrata alla legge vigente a livello nazionale.

L'8 agosto 2006 è stata pubblicata sul Buras la legge regionale 28 Luglio 2006, n° 10: *" Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della L.R. 26 Gennaio 1995 n°5".*

E' di buon auspicio leggere all'art. 1 della legge che il principio ispiratore è *la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione e delle disposizioni statali e regionali che ne sono svolgimento.*

Il Piano Sanitario viene approvato lo scorso Gennaio dopo un mese di dibattito a momenti convulso. Con grande rammarico registriamo che i pochi, isolati riferimenti previsti nella bozza, non hanno trovato conferma nel piano definitivo.

L'unico accenno che si fa ai migranti è contenuto nella parte dedicata allo stato attuale della tutela materno infantile, laddove riprende atto del crescente presenza di donne immigrate che necessitano di tutela in particolare per quanto riguarda la salute riproduttiva: *negli ultimi 10 anni il numero di donne straniere residenti o domiciliate in Sardegna è sicuramente aumentato anche se è difficilmente quantificabile. Si tratta per lo più di giovani donne a cui è necessario facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie anche attraverso la presenza e il potenziamento dei servizi di mediazione linguistico - culturale. Infatti le donne immigrate sono generalmente esposte a tutta una serie di fattori di rischio per la salute, specie durante le varie fasi della vita riproduttiva, anche a causa della carenza di conoscenze dei servizi sanitari. La tutela della salute del bambino è garantita a tutte le persone immigrate.*

schede



ITALIA. Prospetto generale dell'immigrazione in Italia (2003-2005)

Stima complessiva presenza regolare	2003	2004	2005
Stima presenza complessiva, minori inclusi	2.598.223	2.786.340	3.035.144
Variazione annuale %	40,4	7,2	8,9
% donne	48,4	48,2	49,9
% minori	15,6	17,6	19,3
% soggiornanti per lavoro	66,1	62,5	62,6
% motivi di famiglia	24,3	27,3	29,3

Ripartizione territoriale (val. perc.)	2003	2004	2005
NORD OVEST (Lombardia, Piemonte, Liguria, Valle D'Aosta)	33,4	34,0	34,0
NORD EST (Veneto, Friuli V.G., Trentino A.A., Emilia Romagna)	24,5	25,3	25,5
CENTRO (Toscana, Umbria, Marche, Lazio)	28	27,1	27,0
SUD (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria)	10,5	9,9	9,8
ISOLE (Sicilia, Sardegna)	3,6	3,7	3,6

Provenienze per continente (val. perc.)	2003	2004 (agosto)	2005
Europa	47,9	51,9	48,8
Africa	23,5	23,8	23,1
Asia	16,8	13,1	17,4
America	11,5	10,9	10,6
Oceania/Apolidi/Ignota	0,2	0,3	0,1

Settori di inserimento	Assunzioni 2003 %	Assunzioni 2004 %	Assunzioni 2005 %
AGRIC / PESCA	7,4	7,7	11,6
INDUSTRIA	21,7	23,4	25,6
costruzioni	8,4	10,3	12,5
ind. metalli	3,1	3,1	2,8
ind. alimentare	1,9	2	2,3
ind. tessile	1,7	1,8	2,5
ind. meccanica	1	1	0,9
ind. trasformaz.	0,7	0,7	0,6
ind. conciaria	0,8	0,6	0,7
ind. gomma	0,7	0,6	0,5
ind. legno	0,6	0,6	0,5
altre industrie	2,8	2,7	2,4
SERVIZI	27,1	28,2	47,1
alberg. e rist.	9,1	10,1	12,9
att.immobiliari/pulizie	5,8	5,7	15,5
commercio al dettaglio e all'ingrosso	5,2	4,6	5,9
trasporti	3,8	3,8	4,3
serv. pubblici	1,4	1,4	3,3
sanita'	1,1	1,3	2,1
altri servizi	0,7	1,3	3,1
ATT. NON DETER.	43,7	40,7	8,4
Totale %	100	100	100
Totale v.a.	771.813	783.303	858.248

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno

principali normative nazionali d'interesse sanitario relative all'immigrazione

- **Legge 40 del 6 marzo 1998 (Legge "Turco-Napolitano")**

"Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998

Articoli sanitari: 32, 33 e 34

- **Circolare del Ministro della sanità del 22 aprile 1998 (DPS-X-40/98/1010)**

Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 1998 – Serie generale

- **Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286**

"Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 – Serie generale

Articoli sanitari: 34, 35 e 36

- **Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998**

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998 – Serie generale

- **Decreto del Ministro della Sanità del 2 novembre 1998**

Istituzione della Commissione per lo studio delle problematiche relative all'emanazione del regolamento di attuazione della legge 6 marzo 1998, n. 40, sulla disciplina dell'immigrazione (Rinnovata con Decreti ministeriali del 18 aprile 2000 e 30 maggio 2001)

- **Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394**

"Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286"

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 3 novembre 1999 – Serie generale

La parte sanitaria è trattata in modo specifico agli articoli 42, 43 e 44

- **Circolare del Ministro della sanità n. 5 del 24 marzo 2000 (DPS-X-40-286/98)**

"Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione" e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria"

Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1 giugno 2000 – Serie generale

- **Telex Ministero della sanità n° DPS-X-40-286/98-240 del 3 aprile 2000**

"Regolarizzazione ex DPCM 16 ottobre 1998 - Attività lavorativa stranieri in attesa rilascio permesso di soggiorno"

- **Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003, n. 95**

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2003-2005

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 139 del 18 giugno 2003 – Serie generale

Parte seconda, obiettivi generali: 6.6 *La salute degli immigrati*

- **Legge 30 luglio 2002, n. 189 (Legge "Bossi-Fini")**

"Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo"

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 199 del 26 agosto 2002

Non modifica le norme sanitarie

- **Telex Ministero della salute n° PSML/III/0000961 del 19 giugno 2003**

"Estensione del campo di applicazione del regolamento (CEE) n. 1.408/71 e del regolamento (CEE) 1.574/72 ai cittadini di paesi terzi cui tali disposizioni non siano già applicabili unicamente a causa delle nazionalità"

• **Decreto del Presidente della Repubblica 18 ottobre 2004, n. 334.**

“Regolamento recante modifiche ed integrazioni al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, in materia di immigrazione”

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 33 del 10 febbraio 2005 – Serie generale.

La parte sanitaria è trattata in modo specifico agli articoli 39 e 40

• **Decreto Presidente Repubblica 13 maggio 2005, n. 128**

2004-2006: “Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell’immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell’art. 3 della L. 6 marzo 1998, n 40”

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 169 del 22 luglio 2005 – Serie generale

Capitolo 4: politiche di integrazione. Salute

Precedenti documenti programmatici:

1998-2000: Decreto del Presidente della Repubblica 5 agosto 1998

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 215 del 15 settembre 1998 – Serie generale

2001-2003: Decreto del Presidente della Repubblica 30 marzo 2001

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 112 del 16 maggio 2001 – Serie generale

• **Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006**

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 149 del 17 giugno 2006 – Serie generale

Parte 5, obiettivi di salute del SSN: 5.7 *Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali*

• **Decreto del Ministro della salute del 27 novembre 2006**

Istituzione Commissione “Immigrazione e salute”

• **Legge 27 dicembre 2006, n. 296**

“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)”

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 299 del 27 dicembre 2006

Art. 1, comma 827, istituzione di un Istituto Nazionale per la promozione della salute per le popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà

• **Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica**

Deliberazione 30 gennaio 1997. “Fondo sanitario nazionale 1996 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, Ordinanza Ministeriale”, *Gazzetta Ufficiale del 26 marzo 1997 – Serie generale*

Deliberazione 5 agosto 1998. “Fondo sanitario nazionale 1997 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40”, *Gazzetta Ufficiale del 30 settembre 1998 – Serie generale*

Deliberazione 21 aprile 1999. “Fondo sanitario nazionale 1998 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40.”, *Gazzetta Ufficiale del 7 settembre 1999 – Serie generale*

Deliberazione 15 febbraio 2000. “Fondo sanitario nazionale 1999 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40.”, *Gazzetta Ufficiale del 17 aprile 2000 – Serie generale*

Deliberazione 21 dicembre 2001. “Fondo sanitario nazionale 2000 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40.”, *Gazzetta Ufficiale del 20 marzo 2002 – Serie generale*

Deliberazione 25 luglio 2003. “Fondo sanitario nazionale 2001-2002 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40”, *Gazzetta Ufficiale del 6 novembre 2003 – Serie generale*

Deliberazione 5 dicembre 2003. “Fondo sanitario nazionale 2003 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40”, *Gazzetta Ufficiale del 19 marzo 2004 – Serie generale*

Deliberazione 20 dicembre 2004. “Fondo sanitario nazionale 2004 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40”, *Gazzetta Ufficiale del 17 maggio 2005 – Serie generale*

Deliberazione 22 marzo 2006. “Fondo sanitario nazionale 2005 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40”, *Gazzetta Ufficiale del 9 giugno 2006 – Serie generale*



lazio

Popolazione residente	5.269.972
Soggiornanti stranieri (stima Dossier)	418.823
Incidenza %	7,9

PERMESSI DI SOGGIORNO PER PROVINCIA, AL 31 DICEMBRE 1995-2005 (1995-2003 ISTAT, 2004 E 2005 STIMA DOSSIER)

Provincia	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	% nazionale	di cui minori	di cui donne	incidenza %
Frosinone	2.915	5.651	5.896	6.475	6.770	13.483	14.648	0,5	19,2	53,7	3,0
Latina	5.239	8.877	8.687	9.070	8.508	17.313	18.582	0,6	16,0	49,6	3,5
Rieti	1.791	2.468	2.583	2.893	2.824	5.378	5.855	0,2	18,0	55,5	3,8
Roma	133.339	220.243	217.795	217.258	213.657	340.554	365.274	12,0	11,4	56,5	9,5
Viterbo	3.101	5.294	5.638	6.514	6.827	13.192	14.464	0,5	18,2	54,3	4,8
Lazio	146.385	242.533	240.599	242.210	238.586	389.920	418.823	13,8	12,2	56,0	7,9
ITALIA	677.791	1.340.655	1.379.749	1.448.392	1.503.286	2.786.340	3.035.144	100,0	19,3	49,9	5,2

INSERIMENTO NEL MERCATO DEL LAVORO NEL 2005 (DATI INAIL)

Settori attività	occupati			assunzioni nette			di cui nuovi % assunti
	Tot (it+str) v.a.	Stranieri v.a.	% su Tot	Tot (it+str) v.a.	solo stranieri v.a.	% su Tot	
Agricoltura	25.708	6.896	26,8	22.040	5.657	25,7	14,6
Pesca	491	39	7,9	76	6	7,9	33,3
Estrazione di Minerali	7.972	450	5,6	1.061	105	9,9	20,0
Industria	192.810	15.485	8,0	34.558	4.332	12,5	25,1
di cui industria Tessile	9.918	1.403	14,1	1.731	377	21,8	21,5
di cui Industr. Conciaria	556	47	8,5	130	15	11,5	46,7
di cui Industr. Metallurgica	23.681	2.800	11,8	5.684	801	14,1	14,2
di cui Industr. Meccanica	10.090	705	7,0	1.730	184	10,6	22,3
Elettricità Gas Acqua	36.568	449	1,2	1.203	33	2,7	24,2
Costruzioni	129.589	28.194	21,8	50.080	12.432	24,8	16,7
Commercio	211.942	20.693	9,8	54.708	7.932	14,5	25,2
Alberghi e Ristoranti	97.477	22.718	23,3	211.423	46.114	21,8	5,4
Trasporti	423.462	13.972	3,3	53.733	3.925	7,3	16,9
Intermediazione Finanziaria	81.851	2.262	2,8	6.882	409	5,9	26,2
Servizi alle Imprese	307.281	30.211	9,8	200.636	31.336	15,6	11,6
Pubblica Amministrazione	106.883	2.389	2,2	5.181	266	5,1	25,2
Istruzione	24.659	2.199	8,9	5.178	517	10,0	41,6
Sanità e Assistenza Sociale	61.415	7.148	11,6	12.034	2.559	21,3	31,3
Servizi Pubblici	141.479	11.876	8,4	185.425	12.102	6,5	14,5
Attività svolte da Famiglie	18.876	16.310	86,4	9.141	6.831	74,7	25,4
Attività Non Determinate	46.285	4.655	10,1	50.707	8.737	17,2	14,5
Totale	1.914.748	185.946	9,7	904.066	143.293	15,8	12,9

STIMA DELLE PRINCIPALI APPARTENZE RELIGIOSE

Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani	Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani
UE 15	9,0	11,2	1,3	Asia occid.	1,2	0,2	4,9
UE nuovi	7,5	9,6	0,3	Asia centro-merid.	7,7	0,4	19,7
Europa est	37,9	45,2	24,5	Asia orient.	11,9	11,3	4,1
Europa altri	0,4	0,5	0,0	ASIA	20,8	11,9	28,7
EUROPA	54,7	66,4	26,1	America sett.	1,7	2,2	0,2
Africa sett.	6,0	0,2	34,5	America merid.	11,4	15,9	0,0
Africa occid.	2,3	1,4	5,7	AMERICA	13,1	18,1	0,2
Africa orient.	2,1	1,3	4,4				
Africa meridion.	0,8	0,4	0,3				
AFRICA	11,1	3,4	45,0	TOTALE	418.823	276.754	70.035

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno

LAZIO. SOGGIORNANTI PER PROVINCIA, MOTIVI DEL SOGGIORNO (2005)

Motivo del soggiorno	Frosinone	Latina	Rieti	Roma	Viterbo	Lazio	ITALIA
Lavoro subordinato	49,0	62,2	58,8	57,6	54,1	57,3	55,6
Lavoro autonomo	5,3	3,4	2,8	4,6	4,7	4,5	7,0
Motivi familiari	34,5	27,5	29,3	20,3	30,4	21,6	29,3
Motivi di studio	3,0	1,4	1,3	3,1	2,7	3,0	2,1
Residenza elettiva	2,5	2,0	0,9	1,4	2,9	1,5	1,7
Motivi religiosi	2,3	0,6	2,9	9,7	2,0	8,7	1,6
Altri motivi	3,3	2,9	4,1	3,3	3,2	3,3	2,9
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

PERMESSI DI SOGGIORNO PER PROVINCIA, AL 31 DICEMBRE 1995-2005 (1995-2003 ISTAT, 2004 E 2005 STIMA DOSSIER)

	ROMA (provincia)			LAZIO			ITALIA				
	Permes	Stima	%	Permess	Stima	%	Permessi	Stima	%		
Romania	53.093	74.570	20,	Romania	63.879	89.601	21,4	Romania	270.845	361.870	11,9
Filippine	23.027	32.342	8,9	Filippine	23.456	32.901	7,9	Albania	255.704	341.641	11,3
Polonia	18.052	25.354	6,9	Polonia	20.089	28.178	6,7	Marocco	235.000	313.979	10,3
Ucraina	11.801	16.575	4,5	Ucraina	14.730	20.661	4,9	Ucraina	118.000	157.657	5,2
Albania	9.457	13.283	3,6	Albania	14.460	20.283	4,8	Cina Popolare	112.358	150.119	4,9
Peru'	9.371	13.162	3,6	Peru'	9.726	13.642	3,3	Filippine	77.015	102.898	3,4
Bangladesh	7.447	10.459	2,9	India	8.103	11.366	2,7	Polonia	72.229	96.504	3,2
Cina Popolare	7.338	10.306	2,8	Bangladesh	7.842	11.000	2,6	Tunisia	60.337	80.615	2,7
India	6.468	9.084	2,5	Cina Popolare	7.826	10.977	2,6	India	51.399	68.673	2,3
Egitto	6.223	8.740	2,4	Egitto	6.425	9.012	2,2	Serbia - Mont.	51.093	68.264	2,2
Ecuador	5.527	7.763	2,1	Marocco	6.403	8.981	2,1	Peru'	50.593	67.596	2,2
Moldavia	5.125	7.198	2,0	Moldavia	6.037	8.468	2,0	Ecuador	47.742	63.787	2,1
Spagna	5.090	7.149	2,0	Ecuador	5.761	8.081	1,9	Egitto	47.185	63.043	2,1
Sri Lanka	5.020	7.051	1,9	Sri Lanka	5.399	7.573	1,8	Senegal	46.327	61.897	2,0
Francia	4.710	6.615	1,8	Spagna	5.262	7.381	1,8	Moldavia	44.886	59.971	2,0
Brasile	4.253	5.973	1,6	Francia	5.079	7.124	1,7	Sri Lanka	42.227	56.419	1,9
Regno Unito	4.225	5.934	1,6	Brasile	4.678	6.562	1,6	Macedonia	38.782	51.816	1,7
Marocco	4.165	5.850	1,6	Regno Unito	4.627	6.490	1,5	Bangladesh	36.309	48.512	1,6
Germania	3.826	5.374	1,5	USA	4.491	6.299	1,5	Pakistan	33.802	45.162	1,5
USA	3.743	5.257	1,4	Germania	4.203	5.895	1,4	Germania	32.139	42.940	1,4
Colombia	2.983	4.190	1,1	Tunisia	3.499	4.908	1,2	Brasile	30.691	41.006	1,4
Bulgaria	2.920	4.101	1,1	Bulgaria	3.474	4.873	1,2	USA	28.379	37.917	1,2
Serbia - Mont.	2.637	3.704	1,0	Colombia	3.259	4.571	1,1	Nigeria	25.121	33.564	1,1
Tunisia	2.472	3.472	1,0	Macedonia	3.196	4.483	1,1	Ghana	23.750	31.732	1,0
Messico	2.223	3.122	0,9	Serbia - Mont.	2.928	4.107	1,0	Francia	23.159	30.942	1,0
Macedonia	2.104	2.955	0,8	Messico	2.302	3.229	0,8	Regno Unito	22.301	29.796	1,0
Nigeria	1.896	2.663	0,7	Nigeria	2.197	3.082	0,7	Croazia	20.213	27.006	0,9
Etiopia	1.854	2.604	0,7	Russia	2.023	2.838	0,7	Russia	20.059	26.800	0,9
Russia	1.725	2.423	0,7	Etiopia	1.959	2.748	0,7	Spagna	18.249	24.382	0,8
Argentina	1.632	2.292	0,6	Argentina	1.838	2.578	0,6	Bosnia - Erzeg.	17.739	23.701	0,8
Capo Verde	1.582	2.222	0,6	Cuba	1.766	2.477	0,6	Bulgaria	17.470	23.341	0,8
Cuba	1.555	2.184	0,6	Capo Verde	1.640	2.300	0,5	Algeria	15.773	21.074	0,7
Eritrea	1.360	1.910	0,5	Eritrea	1.433	2.010	0,5	Colombia	15.132	20.218	0,7
Giappone	1.184	1.663	0,5	Pakistan	1.269	1.780	0,4	Dominicana, R.	14.383	19.217	0,6
Grecia	1.162	1.632	0,4	Giappone	1.216	1.706	0,4	Cuba	13.472	18.000	0,6
Portogallo	1.080	1.517	0,4	Grecia	1.203	1.687	0,4	Argentina	12.708	16.979	0,6
Pakistan	1.049	1.473	0,4	Dominicana, R	1.131	1.586	0,4	Costa D'Avorio	10.399	13.894	0,5
Congo	976	1.371	0,4	Portogallo	1.130	1.585	0,4	Turchia	9.655	12.900	0,4
Iran	958	1.346	0,4	Congo	1.103	1.547	0,4	Svizzera	8.051	10.757	0,4
Paesi Bassi	949	1.333	0,4	Iran	1.051	1.474	0,4	Eritrea	7.843	10.479	0,3
Corea Del Sud	929	1.305	0,4	Paesi Bassi	1.024	1.436	0,3	Giappone	7.526	10.055	0,3
Irlanda	881	1.237	0,3	Algeria	983	1.379	0,3	Rep. Slovacca	7.020	9.379	0,3
Dominicana, R	852	1.197	0,3	Corea Del Sud	965	1.354	0,3	Austria	6.205	8.290	0,3
Croazia	851	1.195	0,3	Croazia	938	1.316	0,3	Maurizio	6.131	8.192	0,3
Belgio	827	1.162	0,3	Irlanda	933	1.309	0,3	Paesi Bassi	6.025	8.050	0,3
Svezia	800	1.124	0,3	Belgio	900	1.262	0,3	Iran	5.910	7.896	0,3
Austria	787	1.105	0,3	Venezuela	848	1.189	0,3	Etiopia	5.565	7.435	0,2
Algeria	772	1.084	0,3	Svezia	838	1.175	0,3	Burkina Faseau	5.529	7.387	0,2
Indonesia	726	1.020	0,3	Austria	818	1.147	0,3	Rep. Ceca	4.977	6.650	0,2
Libano	704	989	0,3	Indonesia	795	1.115	0,3	Grecia	4.803	6.417	0,2
Altri paesi	19.679	27.640	7,6	Altri paesi	21.454	30.093	7,2	Altri paesi	133.470	178.326	5,9
TOTALE	260.070	365.274	100,0	TOTALE	298.589	418.823	100,0	TOTALE	2.271.680	3.035.144	100,0

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno

normativa lazio

Legge Regionale

n. 17 del 16.02.1990

Provvidenze a favore degli immigrati da paesi extracomunitari.

Piano sanitario regionale

Del. G. R. n. 2035 del 21.12.2001

Preso d'atto del documento "Proposta di indirizzi per la programmazione sanitaria regionale per il triennio 2002-2004" (Piano Sanitario Regionale).

Delibere Giunta Regionale

n. 5122 del 31.07.1997

Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti

n. 1358/1998

Individuazione Centro riferimento regionale per la formazione salute immigrati.

n. 4323/1999

Assistenza sanitaria ai minori extracomunitari temporaneamente soggiornanti per recupero psico-fisico.

n. 2444/2000

Approvazione "Linee Guida per l'Assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti all'UE".

n. 2445/2000

Approvazione del progetto di sorveglianza sanitaria per il controllo della circolazione di microrganismi patogeni nella popolazione extracomunitaria residente nel rione Esquilino.

n. 521/2001

Integrazione alla Del. 2445 del 5.12.2000 (integrazione e definizione delle finalità e delle modalità organizzative del Gruppo di Lavoro per la Salute degli Immigrati).

n. 1614/2001

Disposizioni normative per i soggetti affetti da nefropatie in trattamento dialitico.

n. 2031/2001

Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella regione Lazio. Sperimentazione di un modello organizzativo e relative tariffe.

n. 2032/2001

Programma umanitario per prestazioni sanitarie di alta specializzazione a favore di cittadini extracomunitari.

n. 281/2002

Approvazione Progetto del CRS promosso dalla Caritas Diocesana di Roma per un "Poliambulatorio a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale".

n. 21/2005

Programma umanitario per prestazioni sanitarie di alta specializzazione a favore di cittadini extracomunitari. Anni 2005 e 2006.

n. 427/2005

Assistenza protesica per STP.

Decreto Presidente Giunta Regionale n. 2439/1997

Costituzione gruppo regionale di valutazione e monitoraggio.

Decreto Presidente Giunta Regionale n. 81/2002

Nomina dei componenti il Gruppo di Lavoro per la Salute degli immigrati.

Circolari ed altri documenti

n. 49/1997

Trasmissione delibera 5122/97 e chiarimenti applicativi.

n. 11/1998

Assistenza sanitaria immigrati regolari (disoccupati et al.); STP e farmaceutica.

n. 24/1998 e integrazione prot. 5915/1998

Chiarimenti applicativi.

n. 18/1999

Assistenza sanitaria persone provenienti da zone di guerra (e asilo politico).

n. 24/1999

Iscrizione temporanea regolarizzandi e documenti necessari per regolari.

n. 33/1999

Assistenza sanitaria ai Minori extracomunitari Temporaneamente soggiornanti. Deliberazione n. 4323/99.

n. 45/1999

Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri indigenti non iscritti al SSN.

n. 4/2000

Assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari con permesso di soggiorno per Cure Mediche.

Assessore Sanità prot. 2203/57-56/2329/1998

Attribuzione oneri prestazioni urgenti.

Lettera Assessorato alla Sanità prot. 2364/2000

Prestazioni di dialisi per STP.

Lettera Assessorato alla Sanità prot. 18548/2002

Iscrizione al SSN sacerdoti stranieri non comunitari che svolgono attività lavorativa per le Diocesi del Lazio.

Nota n. 352 del 20.04.2000

Iscrizione temporanea al SSN dei lavoratori extracomunitari in attesa di rilascio del permesso di soggiorno.

Decisione n. 96 del 22.06.2001 dell'Agencia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP)

Organizzazione interna dell'Agencia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, ai sensi dell'art. 14 della L.R. 16/99.

Nota prot. n. 44695 del 1.10.2002

Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea.

Nota prot. n. 5806 del 22.01.2003

Iscrizione SSR figli minori degli stranieri in attesa di regolarizzazione.

Nota prot. n. 36005 del 9.04.2003

Rilascio Libretti di Idoneità Sanitaria (L. 283/62) ai lavoratori immigrati in attesa di regolarizzazione.

Nota prot. n. 94681 del 9.09.2003

Estensione delle disposizioni dei Regolamenti CEE n. 1408/71 e n. 574/72 ai cittadini stranieri di nazionalità non comunitaria regolarmente soggiornanti ed iscritti al SSN.

Nota prot. n. 125820 del 18.11.2003

Iscrizione al Servizio sanitario nazionale dei richiedenti asilo e dei rifugiati politici

Nota prot. n. 125821 del 18.11.2003

Iscrizione al Servizio sanitario regionale per i minori, soggiornanti in Italia, a carico degli stranieri che hanno beneficiato della regolarizzazione (L. 189/02; L. 222/02)

Nota prot. n. 3151 del 13.01.2004

Mediazione Culturale. Invio delle "Indicazioni per la mediazione linguistico culturale nelle strutture sanitarie della Regione Lazio".

Nota prot. n. 13645 del 4.02.2004

Relazione sulle attività riferite al programma umanitario ai sensi delle DGR n. 2032/01 e n. 408/03 -anno 2003-

Nota prot. n. 102899 del 9.09.2004

Rinnovo iscrizione al Ssn per stranieri in attesa di rilascio/rinnovo permesso di soggiorno

Nota prot. n. 55597 del 29.04.2005

Nuova codifica esenzioni: "Richiedenti asilo politico"

Nota prot. n. 53205 del 26.04.2005

Assistenza protesica per stranieri temporaneamente resenti (STP). Invio deliberazione Giunta Regionale n. 427/05

Determinazione prot. n. D0162 del 26.01.2006

Istituzione di un Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati

Nota prot. n. 42013 del 5.04.2006

Iscrizione obbligatoria al SSR per cittadini stranieri con permesso di soggiorno pe "Motivi umanitari", "Asilo politico" e "Richiedenti asilo"

Determinazione prot. n. D01689 del 14.06.2006

Nomina dei componenti del Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati

Nota prot. n. 15642 del 8.02.2007

Assistenza sanitaria ai cittadini bulgari e rumeni

PERMESSI DI SOGGIORNO PER PROVINCIA, AL 31 DICEMBRE 1995-2005 (1995-2003 ISTAT, 2004 E 2005 STIMA DOSSIER)

Grado scolastico	Italia		Lazio	
		2003-2004	2004-2005	2005-2006
Scuola dell'infanzia	5,0	3,3	4,3	4,4
Scuola primaria	6,0	4,6	6,0	6,4
Second. I grado	5,5	4,3	5,2	5,9
Second. II grado	3,1	2,2	2,7	4,0
Incidenza media	4,8	3,6	4,5	5,2
Totale (v.a.)	424.683	23.078	33.823	41.326

FONTE: Caritas/Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Elaborazioni su dati del Sistema Informativo del Miur



trentino alto adige

Popolazione residente	974.613
Soggiornanti stranieri (stima Dossier)	61.811
Incidenza %	6,3

PERMESSI DI SOGGIORNO PER PROVINCIA, AL 31 DICEMBRE 1995-2005 (1995-2003 ISTAT, 2004 E 2005 STIMA DOSSIER)

Provincia	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	% nazionale	di cui minori	di cui donne	incidenza %
Bolzano	11.791	16.729	17.331	19.482	20.224	27.609	30.238	1,0	17,9	45,0	6,3
Trento	7.012	11.954	13.512	17.015	17.868	28.619	31.573	1,0	24,3	48,3	6,3
Trentino A.A.	18.803	28.683	30.843	36.497	38.092	56.228	61.811	2,0	21,2	46,6	6,3
ITALIA	677.791	1.340.655	1.379.749	1.448.392	1.503.286	2.786.340	3.035.144	100,0	19,3	49,9	5,2

INSERIMENTO NEL MERCATO DEL LAVORO NEL 2005 (DATI INAIL)

Settori attività	occupati			assunzioni nette			di cui nuovi assunti %
	Tot (it+str)	Stranieri		Tot (it+str)	solo stranieri		
	v.a.	v.a.	% su Tot	v.a.	v.a.	% su Tot	
Agricoltura	52.700	25.428	48,3	35.719	25.665	71,9	26,0
Pesca	64	10	15,6	25	6	24,0	16,7
Estrazione di Minerali	1.847	399	21,6	370	107	28,9	15,9
Industria	67.482	9.151	13,6	15.233	3.717	24,4	18,1
di cui industria Tessile	2.788	380	13,6	620	141	22,7	21,3
di cui Industr. Conciaria	396	44	11,1	89	23	25,8	13,0
di cui Industr. Metallurgica	11.372	1.889	16,6	2.903	796	27,4	17,6
di cui Industria Meccanica	8.327	773	9,3	1.504	281	18,7	23,5
Elettricità Gas Acqua	5.202	117	2,2	1.070	56	5,2	7,1
Costruzioni	39.018	7.611	19,5	17.842	5.076	28,4	21,0
Commercio	54.174	5.486	10,1	20.366	3.680	18,1	20,1
Alberghi e Ristoranti	72.083	23.773	33,0	70.701	27.818	39,3	16,3
Trasporti	18.344	3.997	21,8	8.636	1.953	22,6	20,7
Intermediazione Finanziaria	8.747	224	2,6	946	55	5,8	20,0
Servizi alle Imprese	33.461	5.489	16,4	15.545	4.021	25,9	19,1
Pubblica Amministrazione	18.150	524	2,9	3.328	130	3,9	19,2
Istruzione	3.435	272	7,9	1.181	142	12,0	21,8
Sanità e Assistenza Sociale	16.073	1.396	8,7	5.521	609	11,0	19,2
Servizi Pubblici	15.273	1.550	10,1	7.992	1.314	16,4	19,5
Attività svolte da Famiglie	1.475	899	60,9	1.637	921	56,3	22,3
Attività Non Determinate	4.763	670	14,1	6.332	1.634	25,8	18,2
Totale	412.291	86.996	21,1	212.444	76.904	36,2	20,6

STIMA DELLE PRINCIPALI APPARTENZE RELIGIOSE

Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani	Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani
UE 15	17,1	25,8	1,5	Asia occid.	0,5	0,1	1,2
UE nuovi	8,5	9,4	1,1	Asia centro-merid.	6,8	0,2	16,0
Europa est	42,6	50,2	36,7	Asia orient.	2,3	0,7	0,3
Europa altri	0,6	0,9	0,0	ASIA	9,5	1,0	17,5
EUROPA	68,8	86,3	39,3	America sett.	0,4	0,6	0,0
Africa sett.	12,9	0,2	39,8	America merid.	6,5	11,1	0,0
Africa occid.	1,4	0,4	2,9	AMERICA	6,9	11,6	0,0
Africa orient.	0,3	0,3	0,3				
Africa meridion.	0,1	0,1	0,0				
AFRICA	14,8	1,0	43,1	TOTALE	61.811	33.195	19.716

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno

ITALIA. LAZIO. INCIDENZA DI ALUNNI NON ITALIANI SUL TOTALE DEGLI ISCRITTI. SERIE STORICA DEGLI ULTIMI TRE ANNI

Paese	Trento		Trentino A. A.		ITALIA	
	Tot.	F	Tot.	F	Tot.	F
UE 15	8,3	7,4	17,1	16,8	5,8	7,0
UE nuovi	4,9	6,4	8,5	10,4	4,3	6,1
Europa centro-orientale	51,8	53,7	42,6	44,1	38,2	41,2
Europa altri	0,4	0,5	0,6	0,8	0,4	0,5
EUROPA	65,4	68,0	68,8	72,1	48,8	54,8
Africa settentrionale	16,1	12,0	12,9	9,2	15,9	9,8
Africa occidentale	1,5	1,2	1,4	1,0	5,5	3,7
Africa orientale	0,6	0,7	0,3	0,4	1,3	1,5
Africa centro meridionale	0,2	0,2	0,1	0,1	0,5	0,5
AFRICA	18,4	14,1	14,8	10,8	23,1	15,5
Asia occidentale	0,4	0,3	0,5	0,4	0,8	0,6
Asia centro-orientale	4,6	2,9	6,8	3,9	7,4	4,7
Asia orientale	2,5	2,8	2,3	2,7	9,2	10,0
ASIA	7,5	6,0	9,5	7,0	17,4	15,3
America settentrionale	0,4	0,5	0,4	0,4	1,4	1,7
America centro-meridion.	8,3	11,3	6,5	9,6	9,3	12,5
AMERICA	8,7	11,8	6,9	10,0	10,6	14,2
OCEANIA	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
APOLIDI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno

PERMESSI DI SOGGIORNO PER MOTIVO E INSEDIAMENTO. PRIME 20 NAZIONALITÀ (31.12.2005)

Nazionalità	Totale	Lavoro subordinato	Lavoro autonomo	Motivi familiari	Motivi di studio	Residenza elettiva	Motivi religiosi	Totale motivi inserimento stabile	Altri motivi
Albania	3.536	1.790	132	1.439	144	3	0	3.508	28
Romania	3.041	1.935	58	894	44	1	4	2.936	105
Marocco	2.622	1.428	194	949	30	3	0	2.604	18
Macedonia	1.704	860	113	701	17	3	0	1.694	10
Serbia-Montenegro	1.390	770	48	456	27	7	0	1.308	82
Ucraina	1.261	1.064	6	171	12	0	0	1.253	8
Tunisia	1.016	626	56	317	9	4	0	1.012	4
Germania	1.011	645	62	162	7	130	3	1.009	2
Polonia	837	592	12	213	14	2	3	836	1
Pakistan	773	453	41	255	21	0	0	770	3
Moldavia	762	579	8	156	16	0	0	759	3
Bosnia ed Erzegovina	623	350	20	241	5	2	0	618	5
Croazia	495	312	21	139	12	2	1	487	8
Brasile	470	99	7	182	15	1	9	313	157
Algeria	402	266	19	114	2	0	0	401	1
Cina Popolare	399	215	63	104	17	0	0	399	0
Colombia	314	112	16	171	6	0	1	306	8
Ecuador	294	210	3	75	2	0	1	291	3
India	211	112	7	61	21	0	8	209	2
Francia	207	142	7	38	2	17	1	207	0
Altri Paesi	4.101	1.923	147	1.576	194	111	13	3.964	137
Totale	25.469	14.483	1.040	8.414	617	286	44	24.884	585

normativa trentino

Legge Provinciale

n.13 del 02.05.1990

Interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria

Piano sanitario provinciale

Del. G. Prov. n. 1354 del 02.06.2000

Disegno di legge n. 87: Approvazione del piano sanitario provinciale per il triennio 2000-2002

Delibere Giunta Provinciale

n. 4589 del 04.06.1999

L.P. 2 maggio 1990 n. 13. Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri extracomunitari: assistenza sanitaria ai minori di nazionalità rumena.

n. 961 del 20.04.2000

Allegato A: Legge provinciale 2 maggio 1990, n. 13 (art. 16 comma 1)
Interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria.

Allegato B: Legge provinciale 2 maggio 1990, n. 13 (art. 16 comma 1 bis)
Interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria.

n.01860 del 23.07.2000

Assistenza sanitaria ai cittadini detenuti presso Istituti di pena della Provincia autonoma di Trento; recepimento dell'art.1, commi 5 e 6 del decreto legislativo 22 Giugno 1999, n.230.

Note

Prot. n. 3699/C.25 del 29.04.1998

Legge 6 marzo 1998, n. 40: "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".

Prot. n. 516/ASS/25/LP/AT/mp del 15.07.1999

Ordinanza 26 marzo 1999. Disposizioni urgenti per fronteggiare un eventuale eccezionale esodo delle popolazioni provenienti dalle zone di guerra dell'area balcanica.

DPCM 12 maggio 1999. Misure di protezione temporanea, a fini umanitari, da assicurarsi nel territorio dello Stato a favore delle persone provenienti dalle zone di guerra dell'area balcanica.

Prot. n. 1318/ASS/25/LP/AT/mp del 05.05.2000

Decreto Legislativo 25 luglio 1998 n. 286 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". Disposizioni in materia di assistenza sanitaria.

Prot. n. 9253/C.25 del 12.11.2002

Legge 30 luglio 2002, n. 189 e legge 9 ottobre 2002, n. 222. Iscrizione al S.S.P. di cittadini extracomunitari per i quali è stata presentata la dichiarazione di emersione di lavoro irregolare

Prot. n. 1148/E.1 del 31.05.2004

Decreto Legislativo 25 luglio 1998 n. 286 – modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie cittadino straniero extracomunitario in possesso di STP

Prot. n. 1.00/ Class.I 3.8 fasc.n.2/2005

Attivazione del servizio di mediazione culturale per tutte le strutture aziendali.

Documento di Intesa 6 ottobre 2005

"La salute degli immigrati e persone in situazione di emarginazione sociale in Trentino"

Sottoscritto da: Assessorato Provinciale alle Politiche per la Salute, Assessorato Provinciale alle Politiche Sociali, Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Trento e GR.I.S.



sardegna

Popolazione residente	1.650.052
Soggiornanti Dossier	19.955
Incidenza %	1,2

PERMESSI DI SOGGIORNO PER PROVINCIA, AL 31 DICEMBRE 1995-2005 (1995-2003 ISTAT, 2004 E 2005 STIMA DOSSIER)

Area	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	% nazionale	di cui minori	di cui donne	incidenza %
Cagliari	3.020	6.307	5.486	5.340	5.434	8.284	9.014	0,3	16,6	50,1	1,2
Nuoro	1.147	1.268	1.233	1.344	1.379	2.081	2.272	0,1	16,7	46,5	0,9
Oristano	353	572	546	599	616	1.051	1.152	0,0	18,5	61,3	0,7
Sassari	3.359	4.520	4.065	4.607	4.276	6.952	7.517	0,2	18,6	54,0	1,6
Sardegna	7.879	12.667	11.330	11.890	11.705	18.368	19.955	0,7	17,4	51,7	1,2
ITALIA	677.791	1.340.655	1.379.749	1.448.392	1.503.286	2.786.340	3.035.144	100,0	19,3	49,9	5,2

INSERIMENTO NEL MERCATO DEL LAVORO NEL 2005 (DATI INAIL)

Settori attività	occupati			assunzioni nette			di cui nuovi ass. %
	Tot (it+str)	Stranieri		Tot (it+str)	solo stranieri		
	v.a.	v.a.	% su Tot	v.a.	v.a.	% su Tot	
Agricoltura	10025	600	6,0	7268	414	5,7	31,2
Pesca	988	49	5,0	147	5	3,4	40,0
Estrazione di minerali	2949	78	2,6	634	26	4,1	7,7
Industria	52959	1623	3,1	15797	680	4,3	23,9
di cui Tessile	2611	155	5,9	402	39	9,7	15,4
di cui Conciaria	272	31	11,4	62	15	24,2	26,7
di cui Metallurgica	10238	299	2,9	3056	144	4,7	16,7
di cui Meccanica	3661	95	2,6	856	26	3,0	23,1
Elettricità gas acqua	3869	60	1,6	747	29	3,9	13,8
Costruzioni	49663	1594	3,2	21840	887	4,1	18,3
Commercio	51248	1834	3,6	15869	714	4,5	29,8
Alberghi e ristoranti	37938	2626	6,9	32356	2741	8,5	18,1
Trasporti	19993	745	3,7	6186	395	6,4	18,2
Intermediaz. finanz.	6768	83	1,2	1217	30	2,5	40,0
Servizi alle imprese	48499	1797	3,7	19636	1037	5,3	24,6
Pubblica amministraz.	34771	513	1,5	5446	114	2,1	28,9
Istruzione	9677	254	2,6	2023	33	1,6	15,2
Sanità e assist. soc.	13660	434	3,2	4048	162	4,0	34,6
Servizi pubblici	17913	660	3,7	8530	375	4,4	28,5
Attività famiglie	2646	401	15,2	2311	263	11,4	28,9
Attività non det.	15403	495	3,2	8303	394	4,7	20,3
Totale	378969	13846	3,7	152358	8299	5,4	22,0

STIMA DELLE PRINCIPALI APPARTENZE RELIGIOSE

Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani	Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani
UE 15	18,6	32,3	1,5	Asia occid.	1,1	0,2	1,9
UE nuovi	6,6	11,2	0,4	Asia centro-merid.	4,4	0,2	9,0
Europa est	18,0	27,8	6,9	Asia orient.	11,4	6,6	1,1
Europa altri	1,4	2,5	0,1	ASIA	16,8	7,0	12,1
EUROPA	44,5	73,8	8,9	America sett.	1,6	2,8	0,1
Africa sett.	17,5	0,4	49,5	America merid.	6,8	13,4	0,0
Africa occid.	11,7	1,5	29,2	AMERICA	8,4	16,2	0,1
Africa orient.	0,3	0,4	0,2				
Africa meridion.	0,4	0,2	0,0				
AFRICA	30,0	2,5	78,9	TOTALE	19.955	9.235	6.970

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno

normativa sardegna

Legge Regionale n. 46 del 24.12.1990

Norme di tutela e di promozione di condizioni di vita dei lavoratori extracomunitari in Sardegna

Piano regionale dei servizi sociali e sanitari 2006 - 2008 Del.G.R. 4/21 del 10.2.2005 e 38/21 del 2.8.2005

Legge regionale n. 10 del 28 Luglio 2006

Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della L.R. 26 Gennaio 1995 n° 5

Note Assessorato dell'Igiene Sanità e dell'Assistenza Sociale

Nota prot. n. 29758 del 29.7.2003

Assistenza sanitaria agli stranieri

Lettera Assessorato Sanità del 7 Dicembre 2004 Prot. N. 43681/4

Assistenza sanitaria agli stranieri immigrati

SARDEGNA - TITOLARI DI PERMESSO DI SOGGIORNO AL 31.12.2005 PER MOTIVO E PROVINCIA DI INSEDIAMENTO.

Motivo del soggiorno	Cagliari	Nuoro	Oristano	Sassari	Sardegna	ITALIA
Lavoro subordinato	6,0	23,3	7	27,2	25,8	55,6
Lavoro autonomo	22,1	25,2	20,0	16,0	20,2	7,0
Motivi familiari	31,7	32,6	38,6	33,2	32,7	29,3
Motivi di studio	3,5	1,7	1,6	1,4	2,5	2,1
Residenza elettiva	12,9	12,9	6,6	18,1	14,4	1,7
Motivi religiosi	1,0	,4	3,5	0,7	1,1	1,6
Totale motivi inserimento stabile	97,1	97,1	90,9	96,6	96,6	97,1
Altri motivi	2,9	2,9	9,1	3,4	3,4	2,9
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Elaborazioni Caritas/Migrantes su dati del Ministero dell'Interno

SARDEGNA - DISTRIBUZIONE PROVINCIALE DEGLI ALUNNI STRANIERI PER CONTINENTE D'ORIGINE. A.S. 2005/06

Provincia	Europa				Africa		America		Asia		Oceania		Totale	di cui femm
	UE		Non UE		v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%		
	v.a.	%	v.a.	%										
Cagliari	106	12,2	153	17,6	223	25,6	71	8,1	319	36,4	1	0,1	873	42,5
Nuoro	32	12,9	51	20,6	116	46,8	18	7,2	27	10,9	4	1,6	248	44,3
Oristano	22	12,7	59	34,2	41	23,7	22	12,7	27	15,6	2	1,1	173	48,0
Sassari	197	20,9	210	22,3	273	29,0	145	15,4	114	12,2	2	0,2	941	47,8
SARDEGNA	357	15,9	473	21,2	653	29,3	256	11,4	487	21,8	9	0,4	2.235	45,4
ITALIA	20.035	4,7	185.524	43,7	105.746	24,9	49.567	11,7	63.228	14,9	583	0,1	424.683	47,0

FONTE: Elaborazioni Caritas/Migrantes su dati del Sistema Informativo del MIUR

I nuovi Gr.I.S. Lombardia



Popolazione residente	9.393.092
Soggiornanti stranieri (stima Dossier)	711.059
Incidenza %	7,5

PERMESSI DI SOGGIORNO PER PROVINCIA, AL 31 DICEMBRE 1995-2005 (1995-2003 ISTAT, 2004 E 2005 STIMA DOSSIER)

Provincia	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	% nazionale	di cui minori	di cui donne	incidenza %
Bergamo	10.693	25.196	27.733	29.306	30.522	65.783	71.732	2,4	23,2	40,5	6,9
Brescia	13.639	40.519	41.396	48.395	56.036	110.786	120.996	4,0	22,9	38,8	10,2
Como	10.497	12.326	12.941	14.852	15.310	28.049	30.638	1,0	21,4	48,2	5,4
Cremona	2.557	7.368	8.541	10.705	11.231	20.634	22.738	0,7	28,4	45,0	6,5
Lecco	-	5.665	6.122	7.165	7.750	12.049	13.312	0,4	25,9	44,3	6,3
Lodi	-	3.573	4.075	5.047	5.368	14.577	16.039	0,5	26,0	41,8	4,9
Mantova	3.947	9.737	11.266	13.973	15.175	29.084	31.573	1,0	26,6	45,6	8,0
Milano	82.847	169.679	172.045	168.639	170.300	308.640	334.681	11,0	17,8	49,7	8,7
Pavia	3.445	8.281	8.874	10.570	11.086	21.887	24.183	0,8	21,7	49,3	4,7
Sondrio	1.104	2.131	2.402	2.591	2.914	4.653	5.126	0,2	20,7	50,2	2,9
Varese	6.802	16.816	16.859	20.126	21.076	36.423	40.041	1,3	27,0	49,3	4,7
Lombardia	135.531	301.291	312.254	331.369	346.768	652.563	711.059	23,4	21,1	46,2	7,5
ITALIA	677.791	1.340.655	1.379.749	1.448.392	1.503.286	2.786.340	3.035.144	100,0	19,3	49,9	5,2

INSERIMENTO NEL MERCATO DEL LAVORO NEL 2005 (DATI INAIL)

Settori attività	occupati			assunzioni nette			di cui nuovi assunti %
	Tot (it+str)	Stranieri		Tot (it+str)	solo stranieri		
	v.a.	v.a.	% su Tot	v.a.	v.a.	% su Tot	
Agricoltura	33.668	9.234	27,4	22.947	6.990	30,5	19,2
Pesca	181	31	17,1	70	21	30,0	-
Estrazione Di Minerali	6.962	334	4,8	711	71	10,0	8,5
Industria	110.9027	103.593	9,3	143.298	27.988	19,5	17,6
di cui industr. Tessile	135.087	15.075	11,2	16.046	4.550	28,4	15,6
di cui Industr. Conciaria	13.582	1.761	13,0	2.018	476	23,6	18,9
di cui Industr. Metallurgica	227.080	32.893	14,5	34.579	9.385	27,1	15,6
di cui Industr. Meccanica	155.681	9.827	6,3	18.140	2.528	13,9	14,6
Elettricità Gas Acqua	21.326	396	1,9	1.843	84	4,6	11,9
Costruzioni	246.845	64.087	26,0	91.459	34.571	37,8	13,4
Commercio	479.402	30.781	6,4	105.585	11.111	10,5	20,2
Alberghi e Ristoranti	148.701	33.953	22,8	169.331	53.209	31,4	6,9
Trasporti	153.004	30.928	20,2	45.504	15.155	33,3	13,8
Intermediazione Finanziaria	168.573	4.140	2,5	13.644	769	5,6	26,0
Servizi alle Imprese	569.200	86.964	15,3	567.826	121.375	21,4	9,2
Pubblica Amministrazione	76.331	1.453	1,9	6.593	232	3,5	25,4
Istruzione	52.184	4.612	8,8	27.286	4.210	15,4	28,5
Sanità e Assistenza Sociale	161.899	13.717	8,5	29.292	6.154	21,0	18,6
Servizi Pubblici	139.917	17.254	12,3	93.698	13.357	14,3	13,2
Attività svolte da Famiglie	22.085	17.273	78,2	14.605	9.976	68,3	17,9
Attività Non Determinate	55.895	10.315	18,5	77.273	24.261	31,4	11,3
Totale	344.5200	429.065	12,5	1.410.965	329.534	23,4	11,7

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno

STIMA DELLE PRINCIPALI APPARTENZE RELIGIOSE

Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani	Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani
UE 15	6,2	11,3	0,4	Asia occid.	0,9	0,3	1,6
UE nuovi	1,8	3,0	0,1	Asia centro-merid.	10,2	0,8	12,1
Europa est	27,4	38,5	21,0	Asia orient.	10,6	10,7	1,0
Europa altri	0,5	1,0	0,0	ASIA	21,7	11,7	14,7
EUROPA	35,9	54,0	21,5	America sett.	0,6	1,1	0,0
Africa sett.	19,5	1,1	50,2	America merid.	13,7	28,3	0,0
Africa occid.	7,1	2,3	12,2	AMERICA	14,2	29,4	0,0
Africa orient.	1,2	1,1	1,2				
Africa meridion.	0,4	0,3	0,1				
AFRICA	28,1	4,8	63,7	TOTALE	711.059	314.660	268.137

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno



Il Gr.I.S. Lombardia è istituito su iniziativa di alcuni soci SIMM di Milano, Brescia e Bergamo il 29 novembre 2006.

I nuovi Gr.I.S. Sicilia



Popolazione residente	5.013.081
Soggiornanti stranieri (stima Dossier)	90.235
Incidenza %	1,8

PERMESSI DI SOGGIORNO PER PROVINCIA, AL 31 DICEMBRE 1995-2005 (1995-2003 ISTAT, 2004 E 2005 STIMA DOSSIER)

Provincia	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	% nazionale	di cui minori	di cui donne	incidenza %
Agrigento	2.259	2.778	2.693	2.661	2.327	4.277	4.648	0,2	22,0	50,5	1,0
Caltanissetta	742	1.321	1.188	1.324	1.318	2.186	2.394	0,1	17,3	45,0	0,9
Catania	10.236	13.667	11.469	13.252	12.563	18.587	19.858	0,7	17,4	52,7	1,8
Enna	402	608	590	603	672	1.176	1.282	0,0	14,7	62,1	0,7
Messina	4.282	8.316	8.004	8.436	7.723	13.496	14.577	0,5	20,9	53,9	2,2
Palermo	7.291	13.624	12.993	13.235	12.956	21.343	23.011	0,8	21,3	48,9	1,9
Ragusa	3.248	7.154	6.035	5.991	5.552	11.500	12.352	0,4	19,5	28,8	4,0
Siracusa	1.721	2.431	2.374	2.557	2.858	4.595	4.921	0,2	18,4	50,6	1,2
Trapani	1.690	4.028	3.371	4.057	3.737	6.591	7.192	0,2	30,9	37,4	1,7
Sicilia	31.871	53.927	48.717	52.116	49.706	83.749	90.235	3,0	20,6	46,7	1,8
ITALIA	677.791	1.340.655	1.379.749	1.448.392	1.503.286	2.786.340	3.035.144	100,0	19,3	49,9	5,2

INSERIMENTO NEL MERCATO DEL LAVORO NEL 2005 (DATI INAIL)

Settori attività	occupati			assunzioni nette			di cui nuovi assunti %
	Tot (it+str)	Stranieri		Tot (it+str)	solo stranieri		
	v.a.	v.a.	% su Tot	v.a.	v.a.	% su Tot	
Agricoltura	69.903	8.850	12,7	77.804	11100	14,3	8,9
Pesca	2.959	431	14,6	130	7	5,4	28,6
Estrazione di Minerali	2.536	92	3,6	871	38	4,4	26,3
Industria	112.974	5.545	4,9	33.340	2365	7,1	22,0
di cui industria Tessile	4.852	293	6,0	995	107	10,8	15,9
di cui Industria Conciaria	681	43	6,3	122	20	16,4	45,0
di cui Industr. Metallurgica	18.438	907	4,9	7.203	460	6,4	17,2
di cui Industria Meccanica	7.479	291	3,9	2.045	122	6,0	17,2
Elettricità Gas Acqua	15.858	222	1,4	1.278	38	3,0	21,1
Costruzioni	123.691	5.523	4,5	83.780	3911	4,7	15,1
Commercio	136.685	7.410	5,4	45.700	3152	6,9	26,8
Alberghi e Ristoranti	52.490	5.093	9,7	97.347	5592	5,7	15,2
Trasporti	40.706	2.028	5,0	13.003	1048	8,1	16,6
Intermediazione Finanziaria	16.063	292	1,8	992	60	6,0	43,3
Servizi alle Imprese	80.533	3.793	4,7	25.061	1753	7,0	24,6
Pubblica Amministrazione	53.283	1.044	2,0	4.477	131	2,9	28,2
Istruzione	39.172	1.145	2,9	8.056	332	4,1	38,0
Sanità e Assistenza Sociale	58.678	2.316	3,9	12.049	744	6,2	33,9
Servizi Pubblici	49.558	1.986	4,0	17.188	880	5,1	26,3
Attività svolte da Famiglie	8.064	2.068	25,6	8.373	1.213	14,5	25,6
Attività Non Determinate	37.431	1.515	4,0	23.442	1.501	6,4	18,7
Totale	900.584	49.353	5,5	452.891	33.865	7,5	16,5

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno

STIMA DELLE PRINCIPALI APPARTENZE RELIGIOSE

Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani	Aree continentali	Soggiornanti	cristiani	musulmani
UE 15	4,6	11,3	0,3	Asia occid.	0,7	0,2	0,9
UE nuovi	5,0	12,8	0,1	Asia centro-merid.	14,8	2,6	9,7
Europa est	16,6	30,4	11,4	Asia orient.	8,3	12,5	0,8
Europa altri	0,4	0,9	0,0	ASIA	23,8	15,2	11,4
EUROPA	26,7	55,4	11,8	America sett.	1,9	4,8	0,1
Africa sett.	31,0	0,7	67,1	America merid.	4,1	11,3	0,0
Africa occid.	4,3	3,2	4,9	AMERICA	6,0	16,1	0,1
Africa orient.	7,8	8,9	4,7				
Africa meridion.	0,3	0,2	0,0				
AFRICA	43,3	12,9	76,7	TOTALE	90.235	29.835	40.956

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat, Inail e del Ministero dell'Interno

Alta Scuola Universitaria "Paolo Diacono"
Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Scienze della Salute
per la Medicina del Lavoro, del Turismo e del Welfare

Associazione
Centri Assoc. del volontariato
Palermo Catania

Alta Scuola Universitaria "Caracciolo", Catania
Associazione di Medicina della Migrazione

SEMINARIO NAZIONALE

Gr.I.S.

SICILIA

UN PATTO PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI

8,30 Registrazione partecipanti

09.00 Apertura dei lavori
Saluto delle autorità

09.30 - 10.45 I sessione "Immigrazione e Salute"
Presidente: S. Mansueto
Moderatori: R. Giuliani G. Giunta S. Iacolino
Politiche per la salute dei migranti
S. Geraci
La Sindrome di Salgari... oggi
I. El Hamad
Politiche per la salute in Sicilia:
a che punto siamo?
M. Affronti M. Raspagliesi
Coordinamento Servizi Immigrati,
Rifugiati e Rom - DSS 42
M. Rizzuto
Progetto Laposs & Health System
C. Pennisi
Coffee break

11.00 - 12.00 II sessione "Esperienze in rete"
Presidente: G.C. Cadeno
Moderatori: P. Benedetti - G.B. Mammana
Gr.I.S Lazio: Il bilancio di 10 anni
di esperienza
F. Grillo
Gr.I.S. Trentino: l'efficacia della rete
M. L. Scantamburlo
Gr.I.S. Sardegna: come nasce una nuova rete
L. Lenguini
Gr.I.S. Lombardia: il perchè di una rete
P. Olivani

12.00 - 13.30 III sessione. Tavola rotonda con R. Lagalla:
una nuova rete per la Regione Sicilia
Presidente: M. Affronti
Moderatori: V. Amani S. La Placa C. Lo Giudice
Conclusioni: S. Geraci S. Mansueto
Light lunch

15,30 Consiglio Direttivo della Società Italiana
Medicina delle Migrazioni

Patrocini:
Regione Siciliana
Presidenza della Regione
Assessorato alla Sanità
Dipartimento Osservatorio Epidemiologico
Provincia Regionale di Palermo
Comune di Palermo
Assessorato Igiene e Sanità
Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia di Palermo
Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
FADOI - Sicilia
HPH - Sicilia



2006
Palermo, 16 dicembre

Auditorium CEI
Centro Educativo Ignaziano
Via P. Mattarella 38 - Palermo



Il Gr.I.S. Sicilia è istituito su iniziativa di alcuni soci SIMM di Palermo e Catania, con un'iniziativa pubblica dal titolo "Gr.I.S. Sicilia: un patto per la tutela della salute dei migranti" il 16 dicembre 2006.

allegati

Statuto della SIMM (La Società è stata costituita il 27 febbraio 1990)

1. Scopi: è costituita una Società scientifica denominata SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI (S.I.M.M.) avente per scopi:

- a) Promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia.
- b) Favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni.
- c) Costituire un 'forum' per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato.
- d) Patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

La S.I.M.M. è una società scientifica senza scopo di lucro.

2. Sede: è decisa, su proposta del Presidente ed approvata dal Consiglio di Presidenza, ad ogni rinnovo del Consiglio stesso. Essa può cambiare ogni tre anni o rimanere invariata.

3. Soci: possono essere Soci della S.I.M.M. persone che si occupano dei problemi socio-sanitari degli immigrati. Sono previste le seguenti categorie di soci:

- a) Soci fondatori: Sono le persone fisiche che hanno dato vita alla società sottoscrivendone l'atto costitutivo;
- b) Soci ordinari: Sono le persone che hanno fatto richiesta di iscrizione previa presentazione di almeno due altri Soci e la cui domanda con allegato curriculum vitae sia stata accettata dal Consiglio di Presidenza.
- c) Soci onorari: sono le persone fisiche che a giudizio del Consiglio di Presidenza hanno contribuito al perseguimento degli obiettivi della S.I.M.M. e la cui nomina viene convalidata dall'assemblea.

I Soci fondatori ed ordinari sono tenuti al versamento della quota associativa stabilita annualmente dall'assemblea e ratificata dal Consiglio di Presidenza.

4. Per il raggiungimento degli scopi della società viene istituito come organismo tecnico della S.I.M.M. un Organismo di Collegamento Nazionale delle organizzazioni e strutture sanitarie le cui attività si svolgano in favore degli immigrati. La partecipazione al collegamento nazionale avviene dietro presentazione di domanda scritta del responsabile della struttura con allegata documentazione dell'attività svolte nel campo della medicina della migrazione. Le domande sono vagliate ed accettate dal Consiglio di Presidenza. Almeno un responsabile/referente della struttura deve essere socio S.I.M.M. .

L'Organismo di Collegamento Nazionale può a sua volta distribuirsi in Unità Operative Territoriali previo comunicazione al Consiglio di Presidenza.

5. Sono organismi della S.I.M.M.:

- L'ASSEMBLEA DEI SOCI, a cui partecipano di diritto tutti i Soci. Viene convocata ordinariamente almeno una volta ogni 2 anni dal Presidente. Può essere inoltre convocata in via straordinaria su richiesta del Presidente o dalla maggioranza dei membri del Consiglio di Presidenza o di almeno un quarto dei Soci. Essa provvede alla nomina del Presidente, del Consiglio di Presidenza e del Collegio dei Revisori dei Conti; all'approvazione della relazione annuale predisposta dal Presidente ed all'approvazione del bilancio della Società.

- Il PRESIDENTE rimane in carica quattro anni e non può essere eletto più di due volte consecutive. E' il rappresentante legale della Società ed è il portavoce dei pareri espressi dall'assemblea dei Soci. Il Presidente convoca l'assemblea dei Soci ed il Consiglio di Presidenza e la riunione dell'Organismo di Collegamento Nazionale almeno una volta ogni 2 anni. Il presidente può delegare proprie singole facoltà ad un membro del Consiglio di Presidenza. Redige inoltre l'Ordine del Giorno delle Assemblee e delle riunioni del Consiglio di Presidenza.

- Il CONSIGLIO DI PRESIDENZA è composto dal Presidente, dai Past President e da altri sei membri. Il Consiglio dura in carica 4 anni, è incaricato dell'ordinaria e straordinaria amministrazione della Società; provvede ad elaborare un Regolamento interno per l'attività della Società e per quanto non espressamente previsto dal presente statuto; nomina un Consigliere Segretario ed un tesoriere. Il Consiglio viene convocato su richiesta del Presidente o di uno dei componenti. All'inizio di ogni anno dovrà stabilire un bilancio di previsione delle spese correnti.

- L'ORGANISMO DI COLLEGAMENTO NAZIONALE è costituito dal Consiglio di Presidenza da un rappresentante per ogni ente che partecipa al Collegamento. Il Collegamento nazionale è riunito in assemblea dal presidente almeno una volta ogni 2 anni per lo scambio di esperienze e per esprimere raccomandazioni tecniche.

- Il SEGRETARIO mantiene i contatti con i Soci e con le organizzazioni collegate dalla Società e su mandato del Presidente convoca in riunione le organizzazioni facenti parte dell'Organismo di Collegamento Nazionale e l'Assemblea dei Soci. Il Segretario presenta ad ogni riunione una relazione sull'attività della Società e rende operative le indicazioni formulate dall'Assemblea e dal Consiglio di Presidenza. Il Presidente sentito il Consiglio di Presidenza può delegare il Segretario alla firma.
- Il COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI è composto da 3 persone non appartenenti necessariamente alla Società.

6. La Società potrà stipulare convenzioni, a nome delle Associazioni che partecipano all'Organismo di Collegamento Nazionale, previo assenso formale delle stesse, se finalizzate a progetti di interesse nazionale che coinvolgono due o più associazioni.

7. Il fondo comune della società è costituito dalle quote associative stabilite dall'assemblea, da donazioni e da lasciti.

8. Le modifiche di Statuto dovranno essere formulate dal Consiglio di Presidenza all'unanimità oppure proposte per iscritto da almeno un terzo dei Soci: risulteranno accolte soltanto le variazioni approvate da almeno due terzi dei presenti votanti all'assemblea generale dei Soci.

Regolamento per la SIMM

Il Consiglio di Presidenza della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), in conformità all'articolo 5 dello Statuto, il 15 aprile 2002, approva all'unanimità il seguente Regolamento interno per l'attività della Società.

1. La sede legale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è costituita presso la Segreteria Nazionale della SIMM, attualmente in via Marsala n.103 a Roma. Il Consiglio di Presidenza (CdP), in conformità all'articolo 2 dello Statuto, può deliberare l'istituzione di una nuova sede della Segreteria Nazionale su proposta del Presidente, ad ogni rinnovo del Consiglio stesso.

2. Possono essere associati come soci ordinari della SIMM tutti coloro che, in conformità a quanto stabilito dallo Statuto della Società, ne condividono gli scopi e che, previa domanda motivata con allegato curriculum vitae e previa presentazione di almeno altri due soci, vengono ammessi dal CdP con apposita delibera; il CdP può delegare il Presidente ed almeno un altro consigliere ad esaminare ed accettare le domande di ammissione a socio della Società che saranno ratificate al primo CdP utile. All'atto di ammissione gli associati verseranno la quota di associazione che verrà annualmente stabilita dal CdP. In assenza di delibera specifica la quota rimane quella dell'anno precedente.

I soci sono tenuti a versare entro l'anno solare la quota associativa relativa all'anno stesso. È possibile versare quote per gli anni successivi se il CdP ha deliberato il mantenimento invariato della quota associativa, comunque non oltre al mandato del CdP stesso.

Tra i soci vige una disciplina uniforme del rapporto associativo e delle modalità associative. È espressamente esclusa la temporaneità della partecipazione alla vita associativa (dal momento che ci si iscrive alla società, non è possibile interrompere e poi riprendere i versamenti con dei vuoti contributivi: nel caso che il socio avesse interrotto il versamento della quota, verrà considerato decaduto ed eventualmente iscritto nuovamente cominciando da capo in termini d'anzianità d'iscrizione). Dopo tre anni di inadempienza del versamento sociale, il socio è dichiarato decaduto.

Può essere votato per incarichi di rappresentanza (presidente, consigliere, tesoriere), di coordinamento delle realtà locali, di referenza in gruppi di lavoro chi è iscritto alla Società da almeno tre anni ed in regola con le quote associative.

3. Le attività della SIMM sono svolte, in conformità con gli scopi riportati nell'articolo 1 dello statuto della Società, secondo un **Programma biennale** elaborato dal Presidente in collaborazione con i membri del CdP in base agli orientamenti espressi dall'Assemblea dei soci. Tale documento programmatico contenente le indicazioni e le previsioni di lavoro per gli anni di riferimento, sarà discusso e formalmente approvato all'inizio del relativo biennio in occasione della riunione del CdP per stabilire il bilancio di previsione annuale delle spese correnti di cui all'articolo 5. Questa riunione del CdP deve essere svolta entro e non oltre il mese di febbraio.

4. Il CdP nomina un *tesoriere* che rimarrà in carica per il periodo di validità del CdP stesso. Esso viene scelto tra i soci

della Società, non necessariamente facente parte del CdP. Il tesoriere gestirà il **Libro cassa** della Società e fornirà un elenco analitico delle uscite e delle entrate e delle somme complessive utilizzabili al Consigliere segretario in modo che possano essere dati disponibili ad ogni incontro del CdP. Il Consigliere segretario informerà il tesoriere delle riunioni del CdP almeno 15 prima delle stesse. Non c'è incompatibilità delle cariche di Consigliere segretario e tesoriere.

5. L'Organismo di Collegamento Nazionale, di cui agli articoli 4 e 5 dello Statuto SIMM, può istituire, previa comunicazione e successiva delibera di accettazione da parte del CdP della SIMM, le **Unità Operative Territoriali** presso la sede formale di una organizzazione e/o struttura sanitaria la cui attività si svolge a favore degli immigrati e che è parte dell'Organismo di Collegamento suddetto.

Alle Unità Operative Territoriali possono far parte rappresentanti di strutture locali (cittadine, regionali o interregionali) la cui attività si svolge a favore degli immigrati; almeno la metà di queste strutture devono aderire all'Organismo di Collegamento Nazionale e comunque tutte devono far richiesta formale di adesione all'Unità Operativa Territoriale. Le Unità Operative Territoriali hanno funzioni esecutive delle deliberazioni degli organi della SIMM e quindi realizzano a livello territoriale gli scopi della SIMM così come definiti dalle lettere a, b, c, d, dell'articolo 1 dello Statuto. Le Unità Operative Territoriali, proporranno un *Coordinatore* tra i soci SIMM, che deve essere nominato dal CdP. È lui il portavoce, firma documenti locali ed è responsabile di una eventuale segreteria locale.

Tali funzioni possono preferibilmente essere realizzate tramite la creazione di *Consigli Direttivi* delle Unità Operative Territoriali, i quali hanno funzione puramente operativa e di raccordo con la struttura centrale. I componenti dei Consigli Direttivi delle Unità Operative, devono essere almeno per i 2/3 soci SIMM come da punto 2 comma 3 di questo regolamento. Questi Consigli saranno composti da 3 o 5 o 7 appartenenti in base al numero di associazioni che ne fanno parte. L'ambito territoriale di intervento delle singole Unità Operative Territoriali è definito con apposita delibera del CdP della SIMM.

Nell'ambito delle **Linee Programmatiche** della SIMM, le Unità Operative Territoriali attraverso il proprio Consiglio Direttivo e il Coordinatore, possono promuovere proposte di politiche locali, supervisionare ricerche o progetti, raccogliere documentazione, effettuare consulenze specifiche, partecipare o favorire percorsi formativi e dare patrocinio gratuito ad iniziative che riterranno adeguate secondo gli scopi statutari. Almeno una volta l'anno la documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata al CdP con una relazione dell'attività svolta (entro e non oltre il mese di gennaio).

La SIMM locale non ha un bilancio proprio. L'intera attività locale è su base volontaria di singoli e di strutture.

Tutti gli incarichi scadono alla scadenza del CdP: c'è tempo sei mesi per i rinnovi dei vari incarichi ed organi statutarî; nel frattempo il coordinatore uscente è garante di eventuali attività.

Tutti gli incarichi non possono essere rinnovati più di due volte consecutive per lo stesso ruolo.

6. Il Collegio dei Revisori dei Conti è composto da tre persone non appartenenti necessariamente alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Essi hanno il compito di curare il controllo delle spese e sorvegliare la gestione amministrativa per poi riferire all'Assemblea in sede di approvazione del bilancio. I componenti del Collegio durano in carica quattro anni. L'incarico di Revisore dei Conti è incompatibile con la carica di componente del Consiglio di Presidenza.

I Revisori dei Conti curano la tenuta del **Libro delle Adunanze** dei Revisori dei Conti, partecipano di diritto alle adunanze dell'Assemblea e, con facoltà di parola ma senza diritto di voto, a quelle del CdP. Essi verificano la regolare tenuta della contabilità della Società e dei relativi Libri, danno pareri sui bilanci.

7. Il Presidente convoca l'Assemblea e il Consiglio di Presidenza mediante comunicazione scritta, contenente l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora della riunione sia di prima sia di seconda convocazione e l'ordine del giorno da trattare, spedita a tutti gli aderenti all'indirizzo risultante dal **Libro Soci della SIMM**, nonché ai Revisori dei Conti, almeno trenta giorni prima dell'adunanza e che comunque giunga al loro indirizzo almeno dieci giorni prima dell'adunanza stessa. L'Assemblea può riunirsi anche in un luogo diverso dalla sede sociale, purché in Italia.

8. Possono partecipare con diritto di voto all'assemblea generale tutti i soci che risultano regolarmente iscritti alla SIMM ed in regola con le quote associative. Ai soci assenti, in regola con le quote associative, è consentita la rappresentanza per delega per un massimo di due deleghe per ciascun socio presente.

Le proposte e le mozioni ammesse al voto, vengono adottate se votate dalla maggioranza dei soci presenti, deleghe comprese. Le modifiche dello Statuto necessitano del voto dei due terzi dei presenti, deleghe comprese. Tutte le votazioni sono di norma per alzata di mano tranne quelle per l'elezione del Presidente e del CdP che sono per scrutinio segreto (ad eccezione di eventuale acclamazione). In particolare l'elezione del CdP prevede una scheda dove poter apporre 5 nominativi diversi tra i soci che si sono candidati. Saranno eletti i 5 soci più votati. Garanti delle procedure di voto e della correttezza delle votazioni sono il Presidente, il segretario e un socio scrutatore scelto tra i presenti.

9. La SIMM è interessata a stabilire rapporti di collaborazione e di confronto sulle tematiche di comune interesse con altre associazioni o organizzazioni simili operanti al livello nazionale ed internazionale. Ciascun membro del CdP e su mandato dello stesso, può ricevere l'incarico di elaborare una proposta di collaborazione che dovrà essere preventivamente discussa ed approvata.

10. Allo scadere del mandato, il CdP uscente ha tempo sei mesi per fare un dettagliato passaggio di consegne al Consiglio entrante attraverso il Presidente uscente che relazionalerà alla prima riunione possibile.

Raccomandazioni della SIMM sulla Formazione (maggio 2004)

Nella fase di elaborazione del progetto formativo si raccomanda di:

- identificare il livello formativo più congruo alle esigenze locali, prevedendo eventuali aggregazioni in moduli successivi;
- curare la completezza e l'equilibrio interno delle tematiche trattate.

Con riferimento alla proposta di **Corsi di Base**, vengono individuate come indispensabili le seguenti tematiche:

- Aspetti socio-demografici.
- Aspetti clinico-epidemiologici.
- Aspetti normativi.
- Aspetti relazionali.
- Aspetti relativi all'organizzazione e integrazione dei servizi in un'ottica di 'percorsi assistenziali'.

Tutte le tematiche dovrebbero essere affrontate affiancando al contesto generale (nazionale e regionale) quello specifico locale.

Tentare di coinvolgere, nella promozione dei Corsi, i diversi attori istituzionali e non istituzionali (Università, Asl, Enti Locali, Comunità straniere, Terzo Settore, altre realtà locali significative);

promuovere il più possibile la realizzazione di proposte formative che si rivolgano, in qualità di destinatari, a tutti i possibili attori coinvolti nel percorso di vita e di assistenza del paziente straniero (figure amministrative, con particolare riferimento agli operatori addetti all'orientamento ai servizi; personale di assistenza socio-sanitaria: infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, volontari...);

privilegiare le soluzioni residenziali per facilitare la conoscenza tra i partecipanti e la condivisione delle esperienze, anche allo scopo di favorire la messa in rete;

contenere il numero dei partecipanti in modo da renderne effettivamente possibile il coinvolgimento diretto attraverso interventi, testimonianze, etc. e in modo da agevolare la conduzione di lavori di gruppo/esercitazioni;

prevedere spazi effettivi per gli interventi e le interazioni tra e con i partecipanti;

prevedere momenti di valutazione iniziale e finale attraverso strumenti semplici e affidabili (pre- e post-test);

nel caso che le proposte formative già accreditate vengano reiterate, sottoporle a rivalutazione critica, nell'ottica di un adattamento e aggiornamento.

Nella fase di realizzazione dell'evento formativo si raccomanda di:

- supportare sempre, laddove possibile, il messaggio formativo con solide basi scientifiche, rigore metodologico e informazioni aggiornate;
- agganciare i contenuti formativi alle proprie esperienze dirette (anche attraverso il ricorso a storie esemplari e casi specifici);
- stimolare e valorizzare le esperienze e le testimonianze dei partecipanti;
- saper lavorare sui pregiudizi ed evitare la "trappola" della contrapposizione ideologica;
- utilizzare approcci e modelli pedagogici 'centrati sul discente' e che valorizzino l'apprendimento attivo basato sull'esperienza;
- promuovere e supportare iniziative ulteriori di cui si rendano protagonisti gli stessi partecipanti (ad es. progetti di ricerca e formazione, gruppi di studio, circoli di qualità, etc.).

Per quanto riguarda le richieste di **patrocinio**, la SIMM, in coerenza con il proprio Regolamento, valuta, attraverso le proprie Unità Territoriali (ove presenti) o direttamente a livello centrale, la possibilità di concederlo, anche con riferimento alle garanzie di ordine generale che l'iniziativa sembra offrire relativamente allo spirito delle Raccomandazioni enunciate e alle proprie Linee Programmatiche.

Stampa : Nuova Anterem
Via A. Sommovigo, 19,d - 00155 Roma
finito di stampare nel febbraio 2007