Caritas Diocesana di Roma

Immigrazione e salute: un diritto di carta?

VIAGGIO NELLA NORMATIVA INTERNAZIONALE ITALIANA E REGIONALE

a cura di
Salvatore Geraci

Presentazione dell'on. Rosy Bindi

Introduzione di mons. Luigi Di Liegro

anterem

E' possibile riprodurre in parte o in toto gli articoli di questo volume,
citandone la fonte ed informando il curatore:
Salvatore Geraci c/o Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma
Via Marsala, 97 - 00185 Roma
Tel. 06/446.32.82 - Fax 06/445.47.91

Edizioni Anterem
Via A. Sommovigo, 19/d - 00155 Roma
Finito di stampare nel Dicembre 1996 dalla Tipolitografia S.T.C. per conto della Anterem.

A tutti i volontari

Indice

Presentazione di Rosy Bindi
Ministro della Sanità.....IX

Riconoscimento dei diritti: rispetto della dignità
introduzione di Luigi Di Liegro
Direttore della Caritas Romana.....XI

Un diritto di carta?
introduzione di Salvatore Geraci
Responsabile Area Sanitaria Caritas Romana XIV

CAPITOLO 1
Immigrati in Italia:
lo scenario socio-sanitario di riferimento

- L'immigrazione in Italia 21
- L'esperienza della Caritas di Roma 24
- Le malattie degli immigrati: dati Caritas 32
- Il profilo di salute dell'immigrato.....43
- Alcune "aree critiche".....52
  - *tubercolosi* 52
  - *malattie sessualmente trasmesse e aids* 56
  - *prostituzione*.....63
  - *carcere*.....65
- Strategie relazionali d'intervento: la medicina transculturale 70
- Il viaggio continua... 77

CAPITOLO 2
Immigrazione e salute: la normativa italiana

- L'organizzazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri....81
Stranieri residenti 84
Stranieri non residenti 86
Rifugiati politici e apolidi....88
- Conclusioni....89
- Tabella riassuntiva....94
- Riferimenti normativi....96

CAPITOLO 3
Articolo tredici. Un diritto ritrovato?

- Ieri: una politica dell'oblio....101
- Oggi o quasi. L'articolo 13: lo "sdoganamento" di un diritto....110
- Domani: la politica che vogliamo....118

CAPITOLO 4
Viaggio tra le politiche sanitarie per le popolazioni immigrate in diversi Paesi sviluppati

- Introduzione....125
- La meta del viaggio....126
- Quale strada abbiamo percorso....126
- Un commento a ciò che abbiamo visto....128
Entità del fenomeno nei diversi Paesi....128
Accessibilità e sistema sanitario....131
L'accessibilità per gli irregolari e clandestini....137
Controlli sanitari: utili per?....138
- Conclusioni....147
- Allegato: Modulo raccolta dati....150
- Schede Nazionali....152

CAPITOLO 5
Il diritto alla salute degli immigrati nelle Leggi regionali italiane

- Alla ricerca di risposte adeguate 169
- Perché una ricerca sul diritto alla salute degli immigrati?....170
- Il quadro di riferimento 172
- In che direzione muoverci?....174
- Come si é proceduto....175
- Gli ostacoli del percorso....178
- Ragionando sui risultati: le schede-regioni e le griglie comparative 180
- Un cantiere aperto 185
- Griglie comparative 186
- Riferimenti normativi....189
- Allegati
    1. Obiettivi specifici della ricerca 193
    2. Referenti regionali....194
    3. Guida alla compilazione delle schede regionali....198
- Schede Regionali 200

Bibliografia....237

Appendici
- Regione Veneto....249
- Roma....257
    Azienda USL RM C....257
    Azienda USL RM A 268
    Istituto S. Gallicano 270
    SIMM. Gruppo di collegamento "Immigrazione e Salute" Lazio 273
- Schede statistiche regionali....275
- Le prime 30 comunità straniere 287

Indirizzi utili 296

Ringraziamenti....301

Presentazione

di Rosy Bindi
Ministro della Sanità

Qual'è il senso, l'utilità di una raccolta giuridica sul tema delle leggi - e quindi delle politiche - riguardanti la salute dei migranti? Il libro che avete tra le mani, frutto evidente di un faticoso, paziente lavoro di équipe della Caritas di Roma, è indubbiamente una completa, scrupolosa raccolta di fonti giuridiche nazionali e regionali sulla materia - nonchè una vasta panoramica sulle politiche internazionali - che va a colmare un vuoto conoscitivo essenziale per tutti gli operatori che operano nell'area della salute.

Tali riferimenti normativi, preceduti da un particolareggiato scenario socio-sanitario, vengono proposti e commentati, spesso con l'ausilio di schede e tabelle che ne possano agevolare la fruizione.

Qualcuno potrebbe comprensibilmente giudicarlo, ad una prima, veloce consultazione, molto tecnico, settoriale, forse di scarso coinvolgimento.

Ma insieme all'obiettivo informativo ed oltre questo, esso trasmette con forza questa provocazione e questo rischio: quello di un diritto "di carta".

L'esperienza di questi pochi mesi come Ministro della Sanità mi ha reso particolarmente consapevole dei limiti connessi alle sole affermazioni di principio, anche quando tali enunciazioni di diritti e doveri trovino la forma auspicabile, anzi ineludibile in una società democratica, quella cioè dei provvedimenti legislativi.

Ritengo che chi, con diversi gradi di responsabilità, si trova a gestire la 'cosa pubblica', non debba allontanare da sè la provocazione che emerge

da questo testo, ma farne al contrario un dubbio costante, un punto di riferimento critico, uno scrupolo di lavoro quotidiani, e di ciò va dato ringraziamento alla Caritas.

E' opinione comune, ampiamente condivisibile, che il nostro Paese si sia caratterizzato per una pletora di leggi, di cui talune ottime, molte largamente inapplicate. Questo non può, non deve togliere forza e significato all'importanza delle stesse, vera essenza di uno stato di diritto; gli Autori dimostrano di crederci, essendosi materialmente impegnati e continuando a farlo ogni giorno, nella difesa di molte persone storicamente costrette ad una "clandestinità sanitaria", ed avendone chiesto alla società intera il riconoscimento formale - e sostanziale - dei diritti fondamentali, tra cui quello alla salute è sicuramente centrale.

In un periodo che vede il tentativo di produrre una legge (che sarebbe errato considerare tra le tante) che affronti in modo più organico e meno precario il tema complesso dell'immigrazione, un testo di questo tipo si segnala per la competenza e l'acutezza, ed insieme l'ampiezza, della visione.

Non sfugga al lettore inoltre che la metodologia adottata nel suo concepimento ha previsto un dialogo continuo e ripetuto con tutte le Regioni e le Provincie Autonome, dimostrando che il necessario federalismo cui dobbiamo tendere non può significare in alcun modo iniziativa isolata e discrezionale, ma può al contrario dare i suoi frutti migliori nel confronto e nel riferimento reciproco agli orientamenti più attenti ed alle soluzioni tecnico-giuridiche più complete ed adeguate.

Le esperienze proposte in Appendice dimostrano infine come il viaggio percorso nel libro preveda di affiancare all'esposizione (e talora alla denuncia), l'indicazione di tragitti che, nel loro insieme, fanno intuire come - con la volontà - il diritto "di carta" possa diventare diritto "di carne".

X

Riconoscimenti dei diritti: rispetto della dignità

Introduzione di Luigi Di Liegro
Direttore Caritas Diocesana di Roma

L'Italia si è abituata ad essere il paese di formalismi dove basta che certe soluzioni vengano enunciate solo sul piano formale per sbarazzarsi concretamente del problema e pensare ad altro. Per effetto di questa deprecabile filosofia abbiamo visto accrescersi la schiera dei poveri e degli emarginati e diminuire le risorse destinate al sociale nel contesto di leggi finanziarie preoccupate di non urtare eccessivamente le categorie forti e impotenti nel tagliare le aree di privilegio.

Questo formalismo si accompagna ad un altro, non meno pericoloso, tipico del mondo occidentale. In non pochi ambienti decisionali basta dire che è aumentato il prodotto interno lordo e il reddito pro-capite per liquidare quanti si lamentano di come vanno le cose. Viene considerato con sufficienza chi non si accontenta delle semplici constatazioni statistiche e rimane perplesso di fronte ai criteri di distribuzione della ricchezza che stanno creando nuove schiere di emarginati.

Tra di essi purtroppo vanno inclusi in gran parte i lavoratori stranieri, anche se sono giovani, ben disposti nei nostri confronti, vogliosi di lavorare, di inserirsi proficuamente nella nostra società e di aiutare i familiari che hanno lasciato nei paesi di origine.

Una delle tante forme di emarginazione, con le quali teniamo a debita distanza gli immigrati, è proprio la mancanza di tutela sanitaria.

E' risaputo che il Servizio Sanitario Nazionale ha previsto inizialmente la copertura solo delle persone assicurate in forza dell'esercizio di un'attività lavorativa o dei titolari di un reddito sufficiente per pagare in proprio l'iscrizione volontaria. L'andamento dei flussi, le regolarizzazioni che nel frattem-

po sono intervenute, il disagio di chi si trovava ad essere senza lavoro, hanno convinto man mano della necessità di garantire la copertura anche dei disoccupati e dei loro familiari.

Il cammino compiuto è stato positivo ma non esauriente. Cosa fare degli altri che non rientrano in queste ipotesi, ma che comunque si trovano nel nostro paese e hanno bisogno urgente di copertura? Ai più avveduti è apparso disumano misconoscere un diritto fondamentale, qual'è quello alla salute, attenendosi alle previsioni restrittive in materia di permesso di soggiorno.

Ultimamente si è arrivati a contemplare anche questa ipotesi che, nonostante l'opposizione di certi benpensanti, è un'espressione di civiltà. Oltre tutto non pesa molto sulle tasche degli italiani: basti pensare che già in precedenza si interveniva, anche se formalisticamente si provava a chiedere (inutilmente) il rimborso alle strutture diplomatiche dei paesi di origine. Bisogna anche aggiungere che una corretta concezione della sanità pubblica e della prevenzione, pena la sua efficacia, per certe azioni deve necessariamente coprire tutta la popolazione presente: questo nell'interesse non solo degli stranieri ma degli stessi italiani.

Si può finalmente dire di essere arrivati al termine del percorso? Per niente affatto. Intanto si tratta di un'apertura giuridica che abbisogna di essere definitivamente avallata. A parte ciò, le strutture sanitarie non sempre seguono le disposizioni emanate dalle autorità sanitarie. Più che di una norma di legge o di una ordinanza ministeriale certe strutture e certi impiegati hanno paradossalmente bisogno di una circolare interna alla struttura di appartenenza, o quanto meno, della indicazione del rispettivo dirigente. Da un'indagine, condotta dalla Caritas di Roma nell'area metropolitana, è emersa un'estrema discrezionalità nell'affrontare il problema della salute degli immigrati, anche per quanto riguarda aspetti già precisati a livello ministeriale.

Il quadro, quindi, non è certo tra i più soddisfacenti. Non mancano però gli sforzi di apertura e, de ultimo, è stata dichiarata la disponibilità del governo a inquadrare in una maniera organica anche la tutela sanitaria dei cittadini stranieri. Ciò sarà più agevole se, nel contempo, si rivedrà l'impalcatura dell'ingresso e del soggiorno in Italia, prevedendo delle quote per la ricerca del posto di lavoro in Italia e garantendo loro più diritti e in particolare quello alla salute.

Finora l'esercizio più frequente è stato quello della latitanza, perché è consistito nel giustificare questa mancata presa in carico degli stranieri col ritenerli un pericolo per la nostra salute. Raccogliendo organicamente i dati a livello romano e collegandoci con altre strutture di volontariato sanitario, abbiamo più volte ripetuto che, più che di untori, si tratta di vittime: vengono sani e si ammalano da noi a causa delle pregiudizievoli condizioni di vita.

Sarebbe ora quanto mai necessario porre fine ai vari formalismi, che pre-

giudicano ogni seria politica sociale, e attivare un'accoglienza veramente rispondente ai bisogni degli immigrati. Facendolo seriamente ci apriremo a nuove prospettive interculturali anche sul campo della medicina, tenuto conto che la scienza sanitaria, per essere pienamente efficace, abbisogna di una mediazione tra la nostra cultura e quella dei nuovi venuti.

Questo nuovo volume della Caritas parte da un esame delle condizioni sanitarie degli immigrati, per fare il punto sulla situazione normativa, evidenziare l'evoluzione possibile tenuto conto dei riferimenti esistenti a livello internazionale e nei vari contesti regionali. Le numerose tabelle statistiche mostrano quanto sia stato profondo l'impegno nel leggere la realtà. I riferimenti a quanto si potrebbe fare indicano come non si possa essere soddisfatti e bisogni andare avanti.

I responsabili politici, gli amministratori, i funzionari, gli operatori socio-sanitari, gli studiosi, i rappresentanti degli immigrati potranno seguire, nell'articolazione del volume, un discorso rigoroso e appassionato che unisce critiche e prospettive d'intervento.

Un libro di studio, un manuale operativo: mi auguro che questa iniziativa editoriale sia fruttuosa su entrambi i versanti. Certamente, se ponessimo fine al complesso di autocommiserazione per cui - spesso e senza alcun fondamento - pensiamo di essere un paese invaso dagli immigrati ai quali già diamo troppo, potremo liberarci dai formalismi e attivare una politica di accoglienza degna di tal nome. E, in tale percorso, la sanità dovendosi occupare del bene prezioso della salute, è un campo prioritario d'intervento.

Un diritto di carta?

Introduzione di Salvatore Geraci
Responsabile Area Sanitaria Caritas Romana

Da anni la Caritas di Roma è impegnata sul fronte della tutela sanitaria per gli immigrati con particolare riferimento nei confronti di coloro che non possono usufruire delle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale. Un impegno all'inizio (era il 1983) quasi isolato, in qualche modo "profetico", ma che ha visto progressivamente un diffuso, ma non troppo, interessamento. Dalla "strada" abbiamo colto che un diritto inalienabile come quello alla salute è quotidianamente calpestato se non ignorato: da un impegno socio-assistenziale abbiamo progressivamente maturato la consapevolezza della necessità di un impegno politico perchè un diritto venisse riconosciuto, che la dignità di uomini e donne non potesse essere condizionata da status giuridici spesso legati a politiche miopi, a situazioni frequentemente caratterizzate da stati emotivi e paure infondate più che da una seria analisi del fenomeno con un ottica di reale pianificazione. Non ci stancheremo mai di affermare come l'immigrazione nel nostro paese non sia un fatto momentaneo ma che piuttosto ormai sia un fatto strutturale, sicuramente necessario, ed anche su un piano culturale stimolante ed arricchente; e come sia un dovere per una società moderna adeguare le proprie politiche sociali, e nel nostro caso sanitarie, perchè si possa pacificamente ed in modo equo avviare un percorso prima di accoglienza, poi di integrazione e finalmente di condivisione delle risorse nel senso più ampio del termine.

Non deve sorprendere questa nostra ricerca sulle politiche sanitarie nei confronti degli immigrati, perchè rientra in un ottica di conoscenza, riflessione e stimolo sociale, politico, e per alcuni versi pastorale, su cui la Caritas in questo ambito specifico da anni è impegnata.

Il titolo proposto per questo volume riprende alcune riflessioni da noi

presentate al Convegno "Per una sanità multiculturale: quale politica per gli immigrati?" svoltosi a Roma, presso l'Istituto d'Igiene dell'Università La Sapienza l'8.11.1996 e che riportiamo:

"La salute non è solo assenza di malattia, ma è pieno benessere fisico, psichico e sociale..."; carta.

"L'obiettivo è raggiungere la salute per tutti entro l'anno 2000..."; carta. "La salute è un diritto dell'individuo e interesse della collettività..."; carta. "I minori hanno il diritto al godimento dei più alti livelli di salute ..."; carta.

Alma Ata, New York, ed ancora la Costituzione, le carte dei diritti internazionali ... tante dichiarazioni di carta. Dietro di loro, dentro di esse, centinaia di migliaia di persone, anche in Italia, a Roma, la cui tutela della salute è annunciata ma non realizzata, ... carta.

La salute degli immigrati una salute di carta, una salute fragile di diritti legati alla carta del permesso di soggiorno che a volte non c'è o alle pratiche burocratiche spesso illeggibili anche per noi autoctoni. Come se il virus, il batterio, il freddo o lo stress fossero in grado di distinguere le persone in base allo status giuridico.

La carta decide se un diritto è negato o nascosto, se un bambino, un uomo o una donna possono avere garantito il benessere sperato e soltanto intravisto.

Noi crediamo al senso di quelle carte dei diritti annunciati, e per questo non ci rassegnamo a leggerle o citarle: la tutela e la promozione della salute la scriviamo con la nostra attività, con un esercizio della solidarietà che è servizio, attenzione, rispetto ma anche impegno politico perchè la carta diventi prassi, il diritto cercato diventi un diritto goduto.

Al convegno sopracitato partecipò anche l'allora Ministro della Sanità prof. Elio Guzzanti che da tempo era impegnato ad attuare una politica seria di promozione della salute nei confronti degli immigrati anche se irregolarmente presenti in Italia; esattamente 10 giorni dopo, con il decreto 489/95 sull'immigrazione, un articolo, il n.13, affrontava il tema e ci faceva affermare che finalmente "*un diritto era stato ritrovato*".

Ma ad oltre un anno di distanza le affermazioni sul "diritto di carta" ancora purtroppo permangono: è la storia di un decreto più volte reiterato con l'articolo 13, divenuto poi art. 11, diffusamente non applicato; la necessità di circolari ministeriali esplicative anch'esse spesso cadute nel vuoto; ed ancora la non possibilità di reiterare il decreto, l'assenza di una Legge organica che lo sostituisse, il tamponare la situazione con un'ordinanza ministeriale che certamente esprime una attenzione sperata ma che si "dimentica" di indicare interventi sui minori, ...; tutta carta, il diritto è ancora un'altra cosa.

In questa fase storica e politica di estrema attualità del fenomeno migratorio e di un ripensamento del sistema sociale e sanitario, ci sembra giusto dare uno stimolo perchè finalmente il tema della promozione della salute negli immigrati possa essere trattato in modo organico e strutturale; mettiamo a disposizione questa ricerca forse ancora incompleta, e la pensiamo comunque strumento utile sia all'operatore che deve rispondere a domande specifiche sui diritti acquisiti, concessi o nascosti, sia all'amministratore ed al politico che deve programmare, gestire e pianificare risposte e risorse specifiche.

Questo volume, che a noi piace definire un rapporto, prosegue una tradizione della Caritas che da anni pubblica le proprie riflessioni partendo dai fatti di una esperienza ricca e stimolante. Ricordiamo già nel 1991 il libro "Immigrazione e Salute: paure miti e verità" (Edizione Lavoro - Iscos) dove per la prima volta in maniera organica vengono affrontati i temi delle problematiche cliniche, relazionali e giuridiche degli immigrati in Italia; nel 1992 sono stati pubblicati gli atti del Congresso Internazionale "Medicina e Migrazioni" (collana Società e Istituzioni della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria) dove esperti di tutto il mondo affrontano le varie tematiche; dal 1992 iniziava anche il Corso Residenziale di Medicina delle Migrazione organizzato dalla Caritas e dalla Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo, che ha formato in questi anni centinaia di operatori sanitari di tutta Italia ed i cui contributi scientifici sono stati raccolti nel volume "Argomenti di Medicina delle Migrazioni" del 1995 (Ed. Associazione Peri Tecnes). Infine a novembre del 1995 è uscito un numero monografico della rivista Annali d'Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità dal titolo "Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale" (Società Editrice Universo) realizzato grazie ad una proficua collaborazione tra Caritas ed Istituto d'Igiene G. Sanarelli dell'Università La Sapienza, dove viene fatto il punto in particolare su tematiche di sanità pubblica e di politica sanitaria. A ciò vanno aggiunti i Dossier statistici sull'Immigrazione che annualmente la Caritas pubblica per fornire un quadro aggiornato sulla consistenza numerica, e non solo, degli immigrati in Italia.

Questi libri sono strumenti e, parafrasando il titolo di questo volume, sono "carta" ma una carta che nasce da un impegno quotidiano di centinaia di operatori e volontari che ascoltano, accolgono, assistono, curano, orientano migliaia di immigrati. Sono strumenti che hanno imposto in primo luogo a noi stessi delle riflessioni, dei ripensamenti, degli aggiustamenti operativi e che speriamo possano essere altrettanto utili a chi vorrà e saprà servirsene.

Il nostro viaggio del 'diritto di carta" si articola in cinque capitoli e tre appendici. Il primo fa il punto sulle tematiche della salute degli immigrati

partendo dall'esperienza di 13 anni di attività della Caritas ed in particolare affronta alcune "aree critiche". Il secondo capitolo analizza e commenta la normativa sanitaria nazionale per gli immigrati, ancora troppo complessa, articolata e soprattutto poco conosciuta; il terzo illustra il già citato articolo 13 del Decreto sull'Immigrazione, vera novità nell'ambito delle possibilità assistenziali per gli immigrati. Il quarto capitolo affronta in modo analitico le politiche sanitarie per le popolazioni immigrate in alcuni paesi sviluppati ed il quinto ripercorre invece le politiche locali a livello regionale. Questo ipotetico viaggio nel mondo difficile e complesso delle normative e delle politiche, troppo spesso lasciato in mano solamente agli addetti ai lavori, si conclude con due situazioni applicative in qualche modo esemplari: quella della Regione Veneto dove l'Assessorato alla Sanità ha pienamente governato la tematica proponendo dei percorsi originali ed operativi, e quella di Roma, dove in assenza di una politica comune e coordinata alcune Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere si sono attivate in modo più o meno completo e dove il volontariato ha assunto un ruolo importante come "catalizzatore" per un impegno per collegare le realtà pubbliche e private e per stimolare le Istituzioni.

Il tutto è condito da statistiche aggiornate sulla presenza degli immigrati con particolare riferimento ai contesti regionali.

Il viaggio da noi, non del tutto agevolmente percorso, e che proponiamo con questo rapporto, è un viaggio non solo per gli addetti ai lavori, certamente più esperti di noi ma spesso lontani dalle problematiche reali, dalle necessità che al di là della della correttezza formale delle norme che quotidianamente ogni persona incontra per accedere e fruire di un servizio; è un viaggio che deve vedere tutti protagonisti con le proprie competenze e professionalità e che ha come obiettivo quello di fornire alcune indicazioni per una normativa non solo giusta, equa e solidale ma che sappia tracciare in modo chiaro, percorribile ed attento le reali possibilità di promozione e tutela della salute per tutti perchè *"la condizione di irregolarità legale non consente sconti sulla dignità del migrante, il quale è dotato di diritti inalienabili, che non possono essere violati nè ignorati"* (Giovanni Paolo II).

Capitolo 1

Immigrati in Italia: lo scenario socio-sanitario di riferimento

di Salvatore Geraci* e Maurizio Marceca* °

** Caritas Diocesana di Roma*

° Istituto di Igiene "G. Sanarelli", Università degli Studi di Roma La Sapienza

L'immigrazione in Italia

L'Italia da tipico paese di emigrazione solo recentemente (dalla fine degli anni '70) è diventata meta di immigrazione internazionale. In cento anni di storia dell'emigrazione sono usciti dal nostro paese più di 27 milioni di italiani. Nel primo decennio del '900 erano in media 600.000 gli italiani che espatriavano ogni anno. La cifra record si è registrata nel 1913 con quasi 900.000 individui. Attualmente ci sono nel mondo quasi 5 milioni di italiani a tutti gli effetti e con tutti i diritti (compreso quello di voto) e ben 58 milioni e mezzo di persone di origine italiana.

L'immigrazione in Italia è caratterizzata da una estrema dinamicità sia temporale (flussi migratori diversi come tipologia di provenienza di anno in anno), sia spaziale (estrema diversità di presenza in rapporto al "territorio": città o campagna, coste, ...), variegato per paese di provenienza, status giuridico e progetto migratorio (per lavoro, studio, asilo politico, migrazione ulteriore, ricongiungimento familiare, ...); è comunque ormai da ritenere un situazione strutturale della nostra società, una componente "ordinaria" e non solo emergenziale, una condizione probabilmente necessaria sia dal punto di vista economico che demografico; un fenomeno ricco di significati simbolico-culturali e proiezioni politico-ideologiche. Tutto questo non permette semplificazioni, anche sul piano sanitario, che possano alimentare ulteriori pregiudizi e paure.

Un primo dato da chiarire è la reale presenza quantitativa degli stranieri e il loro impatto sulla popolazione residente. Certamente non ci troviamo di fronte ad una "invasione" ed i dati lo confermano: gli stranieri presenti al 1.1.1996 erano **991.419** così ripartiti: ***comunitari 164.003 (16,5%), extracomunitari 827.416 (83,5%)*** *di cui 101.594 provenienti da paesi a sviluppo avanzato (psa: 10,3% sul totale) e 725.822 (73,2%) da paesi "cosiddetti" in via di sviluppo e dall'Europa dell'est*. Comparando questi dati a quelli al 1.1.1995 si nota un aumento di 63.713 unità (7,4%); dal 1991 al 1995 il tasso complessivo di aumento della popolazione straniera è stato del 14,9% dato che denota un andamento assolutamente fisiologico. La graduatoria delle prime 10 comunità di cittadini stranieri in Italia, all'inizio del 1996, è così composta (viene riportata tra parentesi la percentuale rispetto al totale): Marocco (9,5%), Stati Uniti (6,1%), ex federazione Jugoslava ed attuale Jugoslavia (5,2%), Filippine (4,4%), Tunisia (4,1%), Germania (4,0%), Albania (3,5%), Gran Bretagna (2,8%), Francia (2,7%), Romania (2,5%).

I dati nazionali riguardanti gli stranieri ripartiti per età sono: da 0 a 18 anni il 3,1%; da 19 a 40 anni il 69,4%; da 41 a 60 anni il 20,2%; oltre i 60

anni il 7,3%. La ripartizione per sesso tra gli extracomunitari ci aiuta ad interpretare la strutturazione dei flussi e può essere utile per finalizzare l'intervento sociale: i maschi sono il 55,5% (erano il 56,5% nel 1994), le femmine il 44,5%; Se consideriamo la presenza straniera complessiva le percentuali si modificano al 53,1% per i maschi e 46,9% per le femmine e comunque permane una differenza rispetto alla popolazione italiana, dove le percentuali sono rispettivamente del 48,5% e 51,5% (dati relativi al Censimento 1991). La consistente presenza femminile è da addebitare al suo inserimento privilegiato come collaboratrici domestiche. Al nord i maschi sono il 58,3% (percentuale giustificata dall'impiego industriale in lavori pesanti); al centro vi è una tendenza al maggior equilibrio (51,5% di maschi), spiegabile con la cospicua presenza delle comunità capoverdiana e filippina impegnate nel lavoro domestico; al sud si registra complessivamente una media vicina a quella nazionale, ma con un andamento molto differenziato da regione a regione; nelle isole è omogeneamente forte la presenza maschile, che arriva circa al 60,3% (impiego nella pesca ed in agricoltura) ma era del 62,4% all'inizio del 1995.

Gli stranieri presenti regolarmente sul territorio nazionale possono essere così ripartiti per aree geografiche: il nord, cui spetta una preponderanza nella capacità produttiva e di conseguenza nelle possibilità occupazionali, ha attirato progressivamente un numero maggiore di immigrati attestandosi al 51,2%; il centro rappresenta complessivamente il 32,2%; il sud il 10%, da riferire alle prospettive da esso offerte per i lavori agricoli a carattere stagionale (oltre che a circostanze particolari, come le vicissitudini politiche della vicina Albania); le isole, grazie alle possibilità offerte dalla Sicilia nella pesca e nell'agricoltura ed alla vicinanza geografica di questa con i paesi del Magreb, rappresentano il 6,6%.

L'impatto degli immigrati sulla popolazione residente è abbastanza contenuto, impatto che diventa ancora più modesto quando dai dati complessivi vengono sottratti quelli relativi ai cittadini comunitari. L'incidenza degli extracomunitari (dati al 1.1.1996) sulla popolazione residente (dati ISTAT) è così ripartita: 0,7% al sud, 1% nelle isole, 2% al nord, 2,9% nel centro (4,1% nel Lazio). E' risaputo che gli immigrati tendono a concentrarsi nelle città, dove si crede sia più agevole trovare lavoro e così a Roma essi sono il 5,2%, la "capitale" dell'immigrazione. A livello nazionale la percentuale degli stranieri sul totale dei residenti è del **1,7%** (la stessa del 1993) mentre considerando gli extracomunitari è dell'**1,4%** (la media dell'unione europea è del 4,7%!).

I dati fin qui riportati indicano comunque una sottostima del fenomeno complessivo poiché gli stranieri si presentano come una popolazione difficile da censire data la loro mobilità sul territorio e per la componente irregola-

re e clandestina. Con la recente sanatoria introdotta dal Decreto Dini sull'immigrazione sono "usciti dall'irregolarità e dalla clandestinità" quasi 250.000 immigrati le cui domande, ad oggi (ottobre 1996), sono state quasi tutte accolte: in particolare sono state presentate 248.950 domande così ripartite: 43,7% al nord; 29,8% al centro; 18,8% al sud e 7,7% nelle isole. Il tasso medio di irregolarità a livello nazionale è risultato pari al 25% e cioè un irregolare ogni quattro stranieri titolari di permesso di soggiorno; esso va dal 21,4% delle regioni del nord e dal 23,1% di quelle del centro, al 29,5% nelle isole ed al 47,4% al sud. Roma è risultata la città con il maggior numero di istanze di regolarizzazione (47.644), totalizzando poco meno di un quinto del totale; di tali richieste 46.049 fanno riferimento a motivi di lavoro mentre 1.595 (pari al 3,3%) riguardano la possibilità di ricongiungimento familiare.

Numerosi studiosi affermano che oggi la componente irregolare e clandestina non supera le 150-200.000 unità. Da tener presente come questi numeri possono gonfiarsi o ridemensionarsi in rapporto a situazioni internazionali particolari o in rapporto a periodi dell'anno e/o a politiche più o meno adeguate.

ITALIA. Provenienza degli stranieri per continenti (31-12-1995)

			Variazione1995/94	
	Numero	*% sul totale*	*%*	*Numerica*
EUROPA	*404.265*	*40.8*	*10.1*	*37.049*
Unione Eur.	164.003	16.6	15.8	22.426
Europa Est	215.177	21.7	13.0	24.758
Altri Paesi	25.085	2.5	-29.8	-10.135
AFRICA	*265.026*	*26.7*	*2.1*	*5.429*
Africa Sett.	161.957	16.3	1.2	1.893
Afr. Centro Or.	46.865	4.7		
Africa Occ.	55.311	5.6	13.6	13.536
Afr. Centro Mer.	893	0.1		
ASIA	*164.218*	*16.6*	*9.2*	*13.796*
Vicino e Medio Or.	28.681	2.9	18.3	4.437
Paesi Ex Urss	1.924	0.2		0
Subcont. Indiano	47.273	4.8	-4.5	-2.215
Estremo Oriente	86.340	8.7	31.4	20.638
AMERICA	*152.496*	*15.3*	*8.6*	*12.108*
Settentrionale	64.549	6.5	6.7	4.045
Centro Meridionale	87.947	8.8	10.1	8.063
OCEANIA	*4.543*	*0.5*	*6.8*	*288*
APOLIDI	*871*	*0.1*	*1.5*	*13*
TOTALE	***991.419***	***100.0***	***7.4***	***68.713***

fonte : Elaborazioni Caritas Roma - Dossier Statistico Immigrazione su dati Ministero dell'Interno

L'esperienza della Caritas di Roma nella tutela della salute degli immigrati

La malattia è di per sé un elemento emarginante, soprattutto per chi non è in alcun modo tutelato. Pur essendo il diritto alla salute uno dei diritti irrinunciabili per l'uomo migliaia di persone anche a Roma ne sono esclusi. Da queste considerazioni si è partiti nel 1983 organizzando un servizio di medicina di base per coloro che non avevano garantita l'assistenza sanitaria pubblica e gratuita con gli obiettivi di: assicurare un diritto a chi non ce l'ha, stimolare le autorità a prendersi carico di alcune problematiche, verificare il fenomeno ed individuare le risposte più adeguate, sensibilizzare la comunità ed in particolare il mondo sanitario ad una maggiore disponibilità e solidarietà con gli emarginati. L'emergenza di allora erano le decine di migliaia di immigrati che vivevano clandestinamente in città. Ad oltre 13 anni di distanza, nonostante alcuni sforzi legislativi, la problematica resta più o meno la stessa (si stimano in diverse decine di migliaia gli immigrati, oltre a gran parte dei circa 6.000 zingari presenti a Roma, che non hanno diritto al Servizio Sanitario Nazionale - SSN - ed altre decine di migliaia che pur avendo questo diritto non riescono ad esercitarlo - problemi di lingua, difficoltà burocratiche, lontananza culturale, pregiudizi, ...).

La funzione del Poliambulatorio della Caritas ed in seguito degli altri centri sanitari sorti a completamento ed integrazione si riassume nel servizio ad una popolazione connotata da due caratteristiche salienti:

a) utenza priva di diritti sanitari per accedere ai servizi sanitari pubblici,

b) utenza multietnica e multiculturale.

Queste specificità hanno generato due portanti della risposta. La prima è stata *assistenziale*. Fornire cioè servizi medici ai privi di diritto. La seconda *transculturale*, modulare cioè, una sanità specifica per popolazioni provenienti da altri ambiti culturali, sociali, di fedi e tradizioni diverse. In tal senso all'emarginazione dell'istituzione sanitaria pubblica negata, si può aggiungere quella di una sanità concessa ma non leggibile per un ammalato proveniente da altri orizzonti socio-culturali.

Se in un primo momento è stato certamente più urgente coprire il problema medico degli irregolari, ora appare sempre più necessario offrire una medicina specifica tramite strumenti interpretativi, utili al medico occidentale che non conosce le coordinate culturali interiori del paziente straniero e al paziente che si trova di fronte alla filosofia di un sistema assistenziale

totipotente ma ben tappato alle esigenze individuali tanto da essere sempre scandaloso anche a chi come noi locali siamo usi a riconoscerne i vizi.

Schematicamente possiamo così riassumere gli ambiti dell'impegno della Caritas in questo campo:

Assistenza sanitaria di base e specialistica: per garantire il diritto negato; in particolar modo ad alcune categorie più deboli (donne in gravidanza e bambini).

Studio del fenomeno (rilevamento e banca dati): per migliorare le risposte e formare volontari ed operatori (pubblici e privati) alla peculiarità della problematica.

Orientamento ed integrazione sanitaria: per far esercitare un diritto a chi ce l'ha ma non riesce a goderlo.

Sperimentazione di nuovi modelli d'assistenza (medicina transculturale): per fornire degli stimoli al gestore pubblico.

Approfondimento delle problematiche politiche e sociali riguardante l'accesso e la fruibilità dei servizi e tradurre il tutto in proposte politiche percorribili.

Condivisione di un'esperienza di una attività specifica in uno spirito di fraterna cooperazione e servizio, in rapporto alla propria professionalità e disponibilità.

Dal 1983, negli ambulatori della Caritas Romana sono passati oltre 40.000 pazienti prevalentemente immigrati irregolari e clandestini, anche se l'utenza sta progressivamente cambiando con l'arrivo d'italiani "nuovi poveri" e di nomadi.

Durante il 1995 sono stati 3.032 i nuovi pazienti visitati presso gli *Ambulatori Medici*, e quasi 1.000 quelli seguiti presso il *Centro Odontoiatrico* portando complessivamente rispettivamente ad oltre 36.000 e 8.000 persone l'utenza seguite dalle due strutture (solo il 20% degli utenti del Centro Odontoiatrico sono comuni al poliambulatorio). Nello stesso anno sono state effettuate 11.592 visite mediche di cui 5.865 specialistiche. Specificatamente le specialistiche più "utilizzate" sono state: ostetricia e ginecologia 1.181, dermatologia 797, pneumologia 750, oculistica 675, pediatria 404, chirurgia 383, ortopedia 283; il servizio d'igiene mentale ha effettuato 91 visite. Sono state complessivamente effettuate anche oltre 9.723 prestazioni in campo odontoiatrico tra cui 1.323 visite, 1.275 estrazioni, 1.005 cure canalari e sono state realizzate 123 protesi, 110 scheletrati, 19 ponti e 33 apparecchietti ortodontici.

A supporto dell'attività clinica durante il 1995 sono state eseguite presso le strutture Caritas oltre 7.000 indagini diagnostiche tra cui circa 475 eco-

grafie (di cui 208 in donne in gravidanza), oltre 400 radiografie, 159 endoscopie digestive, ...; mentre esternamente, in strutture convenzionate, sono stati effettuati oltre 2.800 prelievi per analisi del sangue.

Tra i nuovi pazienti il 44,5% sono femmine, 292 di loro sono state visitate presso il *Centro Salute per la Donna ed il Bambino Straniero,* il 63,8% (186) era in gravidanza; le gravidanze iniziate nel 1995, seguite dal nostro Centro sono state 278, complessivamente oltre 330, mentre le donne visitate 580. Nello stesso Centro i bambini visitati sono stati 169: 106 bambini sono quelli visitati per la prima volta nel 1995, il 61% con età compresa nel primo anno di vita.

Per la prima volta nella graduatoria delle 10 nazioni più rappresentate tra i nostri utenti sia tra gli uomini che tra le donne compaiono gli italiani, complessivamente 154 (il 5,1% sul totale complessivo): 103 maschi (6,4%) e 51 femmine (3,9%). Gli utenti italiani sono caratterizzati per una età media più alta rispetto alla popolazione straniera, con un basso livello d'istruzione, e la quasi totalità in condizione di disoccupazione.

Nel triennio 1993-1995 sono stati 11.083 (4.398 nel 1993, 3.653 nel 1994, 3.032 nel 1995) i nuovi pazienti visitati presso gli ambulatori medici; il centro odontoiatrico ha visitato 3.278 nuovi pazienti (956 nel '93, 1.375 nel '94 e 947 nel '95; il 25% comuni al poliambulatorio). Il calo progressivo del numero dei pazienti del poliambulatorio va letto in un ottica di maggiore selezione dell'utenza (effettuata dal Centro stranieri della Caritas) a cui è corrisposto un intervento sanitario più attento e specializzato: le prestazioni specialistiche, di II livello, sono infatti aumentate sia in numeri assoluti e in modo molto consistente in rapporto percentuale; le stesse considerazioni valgono per le prestazioni diagnostiche con particolare riferimento al controllo della gravidanza. Discorso inverso per il Centro Odontoiatrico dove è stata preferita una politica di maggiore tutela di base (cura del dolore, delle condizioni compromettenti per l'alimentazione) e quindi maggiori accessi alla struttura (il picco del 1994 è da mettere in relazione alla presenza consistente di sfollati dalla ex Yugoslavia che ha portato un ulteriore eccezionale impegno della struttura), mantenendo comunque una qualità di servizio e prestazioni di ottimo livello e quantitativamente consistenti.

Il 55,8% dei nuovi pazienti hanno utilizzato per la prima volta il poliambulatorio entro un anno dal loro arrivo in Italia; il 10,5% (8% tra le donne) è in Italia da almeno 3 anni al momento dell'utilizzo della struttura sanitaria.

Vale la pena sottolineare che circa l'85% dei nuovi assistiti non hanno il diritto all'iscrizione al SSN, e coloro che hanno questo diritto in molti casi per incomprensione non sono riusciti ad ottenerlo.

Esaminiamo dettagliatamente gli utenti degli ambulatori Caritas nei 13

anni di attività: complessivamente sono prevalentemente africani (moltissimi sono provenienti dal Corno d'Africa, comunque quasi tutti i paesi di questo continente sono presenti), seguono europei (dai paesi dell'est, in particolare dalla Polonia, ultimamente dalla Romania) ed una parte (attualmente in aumento) sono asiatici (Bangladesh, Pakistan, Filippine...) e soprattutto del sud America. E' da considerare comunque che una caratteristica della popolazione straniera più o meno regolare, accanto ad una forte diversificazione etnica, è l'estrema dinamicità dei flussi per paese di provenienza legata a situazioni politiche, sociali ed economiche che i singoli paesi attraversano. Così nel 1983 le prime rilevazioni hanno mostrato una popolazione quasi esclusivamente africana, negli anni più recenti si è invece riversata a Roma una popolazione proveniente anche in misura più o meno elevata, dai paesi dell'est Europa (47% sul totale 1986, 23% nel 1987), il 1989 ha visto nuovamente prevalere gli africani ed in particolare etiopi e somali, il 1990 ha fatto notare un costante aumento degli immigrati dall'estremo Oriente, in particolare dal Bangladesh e dal Pakistan, il 1991 ha presentato l'incremento di europei (albanesi e rumeni), ancora somali, asiatici e peruviani, ed infine attualmente c'è una vera "ondata" di persone provenienti dall'America Latina, soprattutto donne, e dalla Romania e Bangladesh, uomini (dati 1993 - 1995) e gli africani stanno subendo un forte ridimensionamento. Dal 1994 si è registrato il già citato aumento degli italiani, soprattutto tra i 45 e 55 anni ed in alcuni casi senza fissa dimora che hanno usufruito dei nostri servizi poichè non riuscivano ad accedere per problemi economici alle strutture pubbliche.

Comparazione di diverse rilevazioni di popolazione effettuate presso il poliambulatorio per Immigrati Caritas di Roma (Valori percentuali)

	1983-84	*1986-88*	*1991*	*1993*	*1994*	*1995*
Nord Africa	10,10	7,90	7,70	7,00	6,00	6,10
Corno Africa	56,90	34,90	46,10	20,60	11,60	6,80
Africa Nord Equat.	12,80	12,10	6,10	7,50	6,20	6,70
Africa Sud Equat.	9,30	8,20	2,20	1,90	1,40	2,00
Medio Oriente	1,40	3,40	1,00	1,30	1,00	1,20
Estremo Oriente	2,30	3,70	12,10	19,20	23,70	19,00
America Cen.-Mer	1,80[1]	1,40	8,60	22,30	24,50	22,50
Est Europa	5,40[2]	28,40	16,20	20,20[3]	25,60[4]	35,70[5]

[1] compreso 1% nord America - [2] compreso 3,3% italiani - [3] compreso 1,9% PSA - [4] compreso 3% PSA - [5] compreso 5,6% PSA

Confronto della provenienza per Continente dei nuovi pazienti in 5 rilevazioni (Valori percentuali)

	1995	*1994*	*1993*	*1992*	*1991*
Africa	21,6	25,2	37	42,6	61
Asia	20,2	24,7	20,5	21,6	13,1
America	22,5	24,5	22,3	18,5	8,6
Europa est	30,1	22,6	18,3	17,3	16,2
di cui	5,6 PSA	3 PSA	1,9 PSA		

Sono persone giovani: tra i 16 e 45 aa sono stati l'87,5% nel 1993, l'86,6% nel '94 e l'80,5% nel '95; solo, rispettivamente dal 1993 al '95, il 7,1%,l'8,7% e il 7,6% sopra i 46 anni. I più giovani provenienti dal Corno d'Africa e dall'America Latina, i più "vecchi" nord africani, medio-orientali e recentemente coloro che provengono dall'Albania e dai paesi dell'est. E' da notare che, lentamente ma progressivamente, aumentano i pazienti di età "estreme": i più piccoli (sotto i 5 anni sono passati dal 2,4% del 1993 al 3,6% del 1995), spesso nati in Italia, e gli anziani.

Il livello d'istruzione degli utenti dei servizi sanitari esaminati per oltre il 50% è di tipo "superiore" e circa il 10% addirittura universitario; solo tra il 4 ed il 9% non ha titolo di studio. I dati complessivi maschili e femminili si sovrappongono: gli immigrati con i livelli di scolarità più alta tra gli uomini provengono dal Medio Oriente, dall'America Latina e dal Corno d'Africa, tra le donne dall'Europa dell'est e dall'America Latina; i livelli più bassi si trovano tra coloro che provengono dal nord Africa e da alcuni paesi dell'est (Albania, Romania).

Gli immigrati sono spesso occupati in lavori ormai rifiutati dagli italiani, sottopagati e mal tutelati. In un campione degli ultimi 6 anni circa il 50 % sono disoccupati, con un picco nel 1994 di quasi il 72% tra gli uomini, e gli altri si adeguano a vari semplici lavori (colf per le donne, ambulanti e operai per gli uomini).

Le donne straniere. Quando iniziò l'attività sanitaria della Caritas nel 1983, l'utenza era quasi esclusivamente maschile ed africana. Progressivamente, con l'arrivo prima di immigrati dal Corno d'Africa e poi dall'Europa dell'Est e dall'America Latina, le donne cominciarono a presentarsi nei nostri centri. La presenza femminile nel 1984 era pari al 27,4% tra gli etiopi, scendeva al 5,1% tra i tunisini ed addirittura al 3,3% tra gli algerini. L'età media registrata era tra 20-25 anni con punte di maggiore anzianità tra le nord-africane. Nel 1987 la percentuale femminile etiope è salita al 29,1% e dal 1988 addirittura al 45,5%. Nel 1993 circa il 48% dell'utenza complessiva dei servizi sanitari Caritas è stata composta da donne con la percentuale più alta

rispetto ai maschi in coloro che provenivano dall'America Latina (70,9%) e dal Corno d'Africa (prevalentemente somale: 60,8%); il rapporto era nettamente a favore degli uomini tra coloro che provenivano dal nord Africa (83,8%) e dall'estremo Oriente (64,2%) che sale al 90,8% se si escludono i filippini. Analoghe rilevazioni sono state effettuate durante il 1994 ed il 1995 anche se la percentuale femminile ha conosciuto un leggero calo passando dal 48% del 1993 al 46,7% ed infine al 44,5% nel 1995.

Dai dati precedentemente riferiti, appare comunque evidente, seppur con un ridimensionamento negli ultimi tempi, che sempre di più l'immigrazione, almeno a Roma e nelle grandi città, abbia assunto una connotazione al femminile: donne che con più facilità degli uomini trovano lavoro (come colf, almeno in una prima fase irregolarmente) ma che con la stessa facilità possono perderlo soprattutto in relazione ad uno stato di gravidanza.

Rapporto Uomini/Donne (valori percentuali)

	1986-88	*1991*	*1993*	*1994*	*1995*
Uomini	68	57	52	53	54
Donne	32	43	48	47	46

Delle 4.903 donne immigrate che per la prima volta sono state visitate presso il poliambulatorio Caritas nel triennio 1993-'95, quasi l'86% ha un'età compresa tra 16 e 45 aa. I paesi di provenienza più rappresentati, tra i 95 complessivamente registrati, sono il Perù: 1.037 soggetti (pari a ca. il 21%); le Filippine: 603 (12%); l'Etiopia: 488 (10%); la Polonia: 436 (9%) e la Somalia: 396 (8%).

Prime 10 nazioni rappresentate tra le Donne nel triennio 1993-95

Donne: 4.903 da 95 nazioni

1. Perù	1.306
2. Filippine	603
3. Etiopia	488
4. Polonia	436
5. Somalia	396
6. Romania	175
7. Ecuador	142
8. Albania	111
9. Colombia	92
10. Sri Lanka	67

Nei tre anni considerati rispettivamente dal 1993 al 1995, il 55,8%, il 55,8% ed il 50,7% delle donne non ha mai lavorato in Italia, complessivamente circa l'87% non ha permesso di soggiorno e poco più dell'1% è o è stato iscritto al SSN ma per vari motivi non è riuscito a fruire delle prestazioni. Il 50,6% nel '93, il 55,8% nel '94 e il 51,1% nel '95 delle donne ha un diploma di scuola superiore, rispettivamente il 10,7%, il 9,3% ed l'8,8%una laurea. In questi anni oltre 1.800 donne hanno usufruito del servizio ostetrico-ginecologico, il 53,5% di esse era in gravidanza (967, quasi il 20% sul totale di tutte le donne assistite): circa 3.700 le visite e le consulenze effettuate.

Dai primi dati di una recente ricerca sulla condizione di gravidanza delle donne immigrate, coordinata dal prof. M. Grandolfo dell'Istituto Superiore della Sanità e che vede impegnati oltre alla Caritas altri 3 centri di volontariato della Capitale, sta emergendo come le donne che si rivolgono alle strutture del privato sociale oltre che caratterizzate da una condizione di irregolarità giuridica, si trovano spesso in ritardo nel normale monitoraggio della gravidanza: solo il 50% ha eseguito più di una ecografia rispetto all'80% di un campione di immigrate, presumibilmente regolari, intervistate al momento del parto in ospedale, e al 92% delle italiane intervistate a due mesi dal parto. Inoltre la prima visita nel campione di immigrate seguito è stata effettuata generalmente con due mesi di ritardo rispetto agli altri due gruppi.

Marginalità sociale e soprattutto la non capacità/possibilità di accesso ai servizi sembrano le problematiche emergenti.

I bambini immigrati e figli di immigrati. Nel 1989 170 bambini al di sotto dei 10 anni sono stati visitati per la prima volta nelle strutture Caritas; nel 1990 e '91 si sono presentati quasi 450 bimbi, nel 1992 oltre 200. Dall'ottobre 1992 ogni genitore che accompagna un bimbo a visita, viene sottoposto ad un dettagliato questionario da cui emergono dei dati estremamente interessanti di cui riporteremo i più significativi elaborati dalla dottoressa F. Di Tullio e dalle sue colleghe pediatre volontarie: da un campione di 70 bambini intervistati tra il 1992 e '93 (52,2% maschi), il 75,4% è nato in Italia (il 97,8% a Roma), il 95,6% da gravidanza a termine; il 27,7 con parto distocico (88% con taglio cesareo); al momento della prima visita l'età media è 1,47 anni (range 1 mese - 11,2 anni, mediana 8 mesi); l'82,1% ha ricevuto latte materno per almeno 2 mesi ed il 42,8% per almeno 4 mesi, il 51% dei bimbi sono venuti in ambulatorio per un bilancio di salute (valutazione della crescita), 39,7% non erano stati mai visitati prima ed il 31,7% sono stati visitati solo in ospedale, ed infine l'81,2% delle madri erano prive di permesso di

soggiorno. Nel 1993 il 5,4% dei nuovi assistiti sono stati bambini di età inferiore ai 15 anni per un totale di 227 di cui 115 maschi, 112 femmine provenienti da 24 nazioni le più rappresentate il Perù (66) e la Somalia (41); sotto i 5 anni 101: 51 maschi e 50 femmine. Sono stati 113 i bambini che per la prima volta hanno utilizzato nel 1993 l'ambulatorio pediatrico, il 67% di età inferiore ai 12 aa. Il 40% dei bambini ha avuto durante il 1993 più di una visita (range 2 visite-23 bambini, 9 visite-1 bambino).

Di 90 bambini è stato possibile rilevare con precisione la nazione di nascita: 76 (84,4%) in Italia (22,2% con t.c., 75% eut., 2,8% forcipe), 14 all'estero (16,7% t.c., 83,3% eut.). Dei 70 bambini nati in Italia si hanno notizie sull'allattamento: il 14,2% ha avuto il latte materno per meno di un mese, il 28,5% per meno di 3 mesi. Se dal punto di vista delle patologia c'è una sovrapposizione con quella che si trova nella popolazione autoctona, la domanda emergente è quella di accesso ai servizi, necessità sociali e di orientamento nella sanità pubblica (spesso negata) ed infine di educazione sanitaria secondo i nostri parametri che possano tener conto dell'*imprinting culturale* e delle possibilità sociali di questi nuovi pazienti.

Durante il 1994 i minori seguiti per la prima volta sono stati 218 (103 maschi e 115 femmine) pari al 6,3% dei nuovi pazienti: presso il servizio pediatrico sono state effettuate 318 visite e sono stati 76 i nuovi bimbi seguiti (il 70% con età inferiore ad 1 anno): 19 provenivano dal Perù, 11 dalle Filippine e 11 dalla Polonia, 8 dallo Zaire. Dei 55 parti noti, 9 (16%) sono avvenuti con taglio cesareo. Il 78% dei bambini ha avuto allattamento materno per almeno 3 mesi.

Infine nel 1995 sono stati 175 i minori fino a 15 anni (81 maschi e 94 femmine) visitati per la prima volta presso gli ambulatori Caritas. Complessivamente 169 bambini (85 maschi, 83 femmine) sono stati visitati presso la sezione di pediatria per un totale di 404 le visite complessivamente effettuate (2,4 visite/bambino).

Di 92 dei 106 bambini visitati per la prima volta nel 1995, il 60% aveva meno di 12 mesi, 51 bambini avevano meno di 6 mesi e di questi 33 avevano meno di 60 giorni. Il 74% di essi era nato in Italia, il 25% con taglio cesareo (il 20% tra quelli nati all'estero). Per quanto riguarda l'allattamento il 24% (dato su 78 interviste valide) è stato allattato per meno di un mese ed il 10% per oltre 7 mesi.

Il 64% delle visite complessive sono state effettuate per la valutazione del bilancio di salute, vaccinazioni e certificazioni. Il 20% delle diagnosi è stato per affezioni delle alte vie respiratorie, il 2% bronchiti ed asma, il 2,5% per patologie dell'apparato digerente, il 3% per problemi

dermatologici, il 2% per disturbi psicologici e meno del 2% per malattie infettive (varicella, infezioni vie urinarie, ossiuriasi, ...).

Complessivamente 52 bambini erano peruviani, 28 polacchi, 20 filippini, 14 dello Zaire e gli altri provenivano, almeno giuridicamente visto che la maggior parte sono "stranieri ma non immigrati" poiché nati in Italia, da 21 nazioni.

Le malattie degli immigrati: dati Caritas

Esaminando i dati sulle diagnosi effettuate sulla popolazione utente dei servizi della Caritas di Roma, si nota la netta prevalenza delle patologie acute spiegate dalla giovane età e dalla storia immigratoria relativamente recente, ed il ruolo limitato delle patologie infettive e parassitarie; rare in particolare si sono dimostrate le patologie esotiche d'importazione; basso è anche stato il riscontro di patologie psichiatriche.

Diagnosi per gruppi di malattie più frequenti in diverse rilevazioni
(studio effettuato su circa 21.000 pazienti provenienti da 155 nazioni)

	1983-84	*1986-88 (ICD9)*	*1991 (ICD9)*	*1993-95 (ICD9)*
Respiratorio	21,5%	6,1%	14,6%	16,5%
Digerente	16,0%	8,7%	13,0%	13,7%
Ostetr. Ginec.	6,4%	6,2%	7,4%	5,2%
Ortopediche	9,6%	5,3%	10,4%	12,3%
Infettive	13%	11,6%	7,2%	8,1%
Genito-Urinarie	3,6%	2,9%	6,6%	8,7%
Dermatologiche	5,0%	5,4%	7,6%	7,5%
Psichiatriche	-- -	1,1%	1,4%	2,9%
....	....	....	.....	.....

fonte: Area Sanitaria Caritas Roma - 1996

Dal 1986, per la codifica delle diagnosi di malattia, si è utilizzato l'ICD9 dell'O.M.S. (Istat, ediz. 1984) realizzando uno specifico data-base "MedMig Bank" su 4ª Dimension per computer Macintosh.

In particolare nel triennio 1993-1995 è stato attivato un sistema di codificazione delle cartelle cliniche "quotidiano", riguardante sia i dati sociali sia le diagnosi. In questo periodo sono state 19.888 le diagnosi di malattie fatte su 10.585 pazienti provenienti da 127 nazioni; il 45,5% sono state donne.

Nella casistica degli ultimi anni del servizio d'igiene mentale transculturale del poliambulatorio Caritas coordinato dal dr. M. Mazzetti, si nota come la maggior parte dei disturbi sia costituita da forme relativamente lievi; si tratta per lo più di disturbi d'ansia e di depressione di tipo reattivo o altri disturbi dell'umore, di cui alcuni legati alla sfera sessuale (tipica è la "Dhat Syndrome" nei bengalesi).

La distribuzione in percentuale delle diagnosi è stata la seguente:

Diagnosi servizio d'igiene mentale poliambulatorio Caritas
Periodo di osservazione 1989-1994
(valori percentuali)

	1989-1992	*1993*	*1994*
Disturbi dell'Umore			
Sindrome Depressiva	19	30,3	39,2
Sindrome Ansioso-Depressiva	14,7	15,2	9,8
Disturbi d'Ansia			
Disturbo d'Ansia Generalizzata	20,7	9,1	9,8
Fobia Semplice	0,9	3	-
Dist. Post-Traumatico da Stress	3	-	
Disturbi Psicotici	9,5	12,1	3,9
Disturbo Paranoide	3,4	3	5,9
Disturbi della sfera sessuale	8,6	3	3,9
Disturbi di Personalità			
Border Line	3	2	
Istrionico	1,7	3	2
Non altrimenti specificato	-	-	5,9
Insonnia	-	3	2
Sindromi Dismorfogenetiche	3	-	-
Disturbi Somatoformi	14,7	3,9	-
Altre diagnosi	6,9	5,9%	-
Nessun disturbo	9,1	5,9	-

fonte: M. Mazzetti, Caritas Roma - 1995

Per ulteriori commenti si rimanda al paragrafo sui fattori di rischio ed ai testi citati in bibliografia.

Interessante è anche la valutazione dei dati rilevati presso il servizio di neurologia della Caritas romana, raccolti dai dott. G. Santone e R. De Simone su una casistica di oltre 300 soggetti inviati per "problemi neurologici":

Diagnosi sezione neurologia poliambulatorio Caritas
Anni 1990-1994

Patologia:	*N. pazienti*	*Val. %*
Cefalea vasomotoria, tensiva, post-traumatica	89	29,4
Disturbo d'ansia con eventuale associazione di disturbo distimico, del sonno, e presenza di somatizzazioni	71	23,4
Epilessia e disturbi di coscienza di natura sincopale	35	11,6
Sequele di trauma cranico.	16	5,3
Paresi periferiche, isolate, di nervi cranici (VII,VI)	9	3
Radicolopatie	12	4
Emisindrome motoria	3	
Parkinson	2	
Encefalopatia da soff. perinatale	2	
Vestibolopatia periferica	2	
Tremore essenziale	1	
Distonia focale	1	
Meralgia parestesica	2	
Spasmo del faciale	1	
Atetosi	1	
Paraparesi spastica	1	
Parassitosi cerebrale non identificata	1	
Esiti di intervento NCH	1	
Segni neurologici in ipertiroidismo	1	
Nevralgia trigeminale	2	
Polineuropatia diabetica	1	
Polineuropatia alcoolica	1	
Neuropatia tomaculare	1	
Sindrome del tunnel carpale	1	
Sindrome atasso-spastica non Friedreich	1	
Neuro-AIDS	1	
Procedimento diagnostico interrotto, patologia non classificabile, diagnosi dubbia	44	14,5
	Tot. 303	**pazienti**

fonte: R. De Simone, G. Santone, Caritas Roma - 1995

In un'elevata percentuale di questi pazienti (circa il 70-80 %) si è ottenuto un tangibile risultato terapeutico.

"Il rapporto medico-paziente, particolarmente a chi è impegnato a prestare il proprio Servizio in Strutture Pubbliche", notano i due medici, "è apparso decisamente buono, sicuramente migliore rispetto alla media nazionale, anche tenendo presenti le frequenti difficoltà linguistiche che si sono incontrate nel raccogliere le anamnesi. Molto spesso si è solo potuta confermare una diagnosi già effettuata correttamente nel paese di origine: ciò a dimostrazione della buona preparazione medica in molti paesi del terzo mondo, preparazione che purtroppo non può trovare espressione a causa dell'enorme carenza di mezzi diagnostici. Da sottolineare, sempre restando nel tema del rapporto medico-paziente, l'estrema fiducia mostrata nei confronti del medico e delle terapie, che sono state generalmente effettuate attenendosi scrupolosamente alle indicazioni: non è mai accaduto che un paziente variasse di sua iniziativa o su consiglio di altri medici la terapia proposta, cosa questa che purtroppo avviene sempre più spesso nel nostro paese, causa la diffusa sfiducia, talvolta motivata, nella classe medica. Rilevante appare anche il fatto che per forza di cose si è stati costretti ad operare con scarsa disponibilità economica e quindi con il minor numero di esami strumentali possibili; nonostante ciò si sono ottenuti lo stesso degli apprezzabili risultati, e ciò ha portato anche a considerare (ovvero, a ri-considerare) l'importanza veramente centrale che assume una corretta semeiotica e una buona anamnesi nel campo neurologico. Dall'attento esame delle statistiche emerge comunque quello che è il disturbo "leit-motiv" del paziente con recente immigrazione, e cioè il disturbo di adattamento, inteso come enunciato dal DSM IIIR, "reazione ad una o più molteplici eventi stressanti psicosociali identificabili con insorgenza entro 3 mesi dall'esordio dello stress". Ciò ha comportato sovente una sensibile compromissione nel rendimento lavorativo, nelle attività sociali o nelle relazioni interpersonali, e la comparsa di una sintomatologia, talora sotto forma di reazione ansioso-depressiva, talora mascherata da somatizzazioni multiple o da cefalea di vario genere".

Per quanto, come abbiamo visto, la maggior parte delle patologie riscontrate negli immigrati sia considerabile di tipo "routinario", con un peso relativamente basso dei disturbi neuro-psichiatrici, sulla base della nostra esperienza ci sembra importante dedicare uno spazio autonomo alla la tubercolosi, patologia carica di significati e paure che vanno ben oltre la malattia stessa: "*Non pensavo mai di ammalarmi così, eppure la tubercolosi nel mio paese è conosciuta, di questa malattia si pensa*

molto male, è per gente povera ...; quando mi sono accorto di avere questa malattia mi sono sentito una persona ... la più disgraziata ...; questa malattia si prende pure per la preoccupazione, si perde l'appetito, ***è una ... è la mancanza del permesso di soggiorno****, la polizia ti trova e ti manda via*". Questa è stata la risposta data da un ragazzo venticinquenne peruviano, da tre anni in Italia ed in cura presso la Caritas, alla domanda della sociologa R. Marchetti che indagava sulla percezione della malattia in culture 'altre'.

L'immigrato che si ammala di tubercolosi, nell'esperienza del servizio di tisiologia della Caritas di Roma, riportata dal suo referente dr. M. Scano, è un giovane di età media intorno ai 30 anni, nella maggior parte dei casi di sesso maschile ed in buona salute all'arrivo in Italia. Le forme extrapolmonari incidono all'incirca per il 21% dei casi (le più frequenti sono le linfoadeniti laterocervicali), quelle polmonari per il 70% (la forma clinica più frequente è l'infiltrato tisiogeno; fra queste notevole è l'incidenza di forme escavate, indice di alta reattività), mentre le forme disseminate (cioè con plurilocalizzazioni) rappresentano il 9% dei casi.

L'esperienza della Caritas di Roma nel periodo 1.1.1990-31.12.1995

Nuovi utenti del Centro Stranieri Caritas
- 55.467 provenienti da 111 Nazioni
- 63,2% uomini, 36,8% donne

Nuovi pazienti Poliambulatorio Caritas
22.366 provenienti da 98 Nazioni
- 57,7% uomini, 42,3% donne
- (94% non iscrivibili al S.S.N.)
(tempo medio trascorso dall'arrivo in Italia ed utilizzo dei servizi sanitari: 10 mesi)

Pazienti affetti da tubercolosi
- 184 provenienti da 29 Nazioni
- 58,2% uomini, 41,8% donne
- 0,33% sul totale nuovi utenti Centro Stranieri
- 0,82% sul totale nuovi pazienti Poliambulatorio

fonte: Area sanitaria Caritas Roma - 1996

Forme cliniche rilevate (184 casi dal 1990 al 1995)
di cui 47 (25,5%) di primo accertamento

129 CASI TBC POLMONARE 70,1%

a) forme essudative - 92 casi

a.a) tbc localizzata:	infiltrato (47 casi)
	lobite (39 casi)
	biapicale degli apici (2 casi)
a.b.) tbc diffusa:	broncopolmonite dissem. (16 casi)
	tbc nodulare diffusa (15 casi)
	polmonite caseosa (1 caso)

b) forme produttive - 3 casi miliare
c) forme croniche - 6 casi

39 CASI TBC EXTRAPOLMONARE 21,2%

a) forme linfoadenitiche - 25 casi
14 laterocervicali, 7 mediastiniche, 1 ascellare, 2 sottomandibolare, 1 cervicale-sovraclaveare
b) forme pleuritiche - 6 casi
c) forme peritonitiche - 5 casi
d) forme renali - 3 casi

16 CASI TBC DISSEMINATA 8,7%

a) tbc polmonare + linfoadenite tbc - 3 casi
2 laterocervicali e 1 mediastinica
b) tbc polmonare + pleurite - 3 casi
c) tbc polmonare + pleuroperitonite - 1 caso
d) tbc polmonare + epididimiti - 1 caso
e) pleuro-peritonite - 3 casi
f) pleuro-pericardite - 1 caso
g) pleuro-osteite - 1 caso
h) linfoadenite + osteite - 2 casi
i) linfoadenite + pericardite - 1 caso

fonte: M. Scano, Caritas Roma - 1996

Le condizioni di disagio ambientale sembrano esporre tali individui ad un più elevato rischio di malattia, che a sua volta viene mantenuto alto dal costante sovraffollamento delle strutture alloggiative di cui gli immigrati riescono ad usufruire: tale situazione sembra giustificare il fatto che la diffusione della patologia riguardi soprattutto gli stessi gruppi di immigrati o le proprie comunità, che tendono a ricostituirsi

anche in terra straniera ed, in maniera assai meno rilevante, la popolazione italiana. Su un gruppo di 135 pazienti trattati tra il 1990 ed il 1994 per il 64,4% è stato verificato il completamento della terapia, gratuitamente disponibile presso il poliambulatorio Caritas tramite consegna periodica ai pazienti (il dato è probabilmente sottostimato in quanto un certo numero di pazienti ha verosimilmente proseguito il trattamento altrove).

Evoluzione anatomo-clinica di 135 casi di Tbc: 1990-1994

	n. casi	% su totale
Trattamento completato (guarigione)*	87 casi	(64,4%)
Guarigione con gravi esiti**	2 casi	(1,5%)
Guarigione dubbia***	21 casi	(15,6%)
Fallimenti terapeutici****	9 casi	(6,6%)
Pazienti persi*****	16 casi	(11,9%)
	135 casi	**(100%)**

* pazienti che hanno completato la terapia programmata con indici clinico-laboratoristici e radiologici in armonia con un quadro di risoluzione anatomo-clinica;

** a) enfisema bolloso lobo superiore sn (eseguita lobectomia);
b) caverna detersa colonizzata da megamicetoma (lobectomia lobo sup. dx);

*** pazienti che hanno eseguito una terapia > o = a 4 mesi, nei quali la mancanza di dati oggettivi di valutazione (strumentali e laboratoristici) impedisce l'accertamento di guarigione;

**** pazienti che nonostante abbiano eseguito la terapia programmata dopo 5 mesi mostrano indici di attività del processo patologico;

***** osservazioni uniche o sporadiche, impossibile valutarne l'esito.

fonte: M. Scano, Caritas Roma - 1996

Infine, un altro ambito estremamente interessante e relativamente frequente, è quello della patologia dermatologica. Essa è espressione sia di una condizione di marginalità sociale, come alcune malattie infettive e parassitarie (per prima la scabbia), sia di un disagio psicologico dove la pelle diviene luogo di "contrattazione sintomatologica", espressione di identità ma nel contempo riconoscibilità di diversità. Ciò si traduce in sintomi senza base organica e dove il trattamento terapeutico spesso è l'ascolto, il sostegno psicologico o l'intervento sociale.

Nell'esperienza pluriennale nel servizio di dermatologia della Caritas, la dottoressa L. De Conno, che ha seguito oltre 5.000 pazienti,

ha sottolineato questo inscindibile legame tra sintomatologia cutanea, malessere psicologico e disagio sociale. Riportiamo una recente statistica delle più frequenti patologie riscontrate:

Diagnosi servizio dermatologia poliambulatorio Caritas
Anno 1994-95

Malattie infettive	***44,6%***
Micosi	118
M. Batteriche	69
M. Virali	54
M. Parassitarie	156
M. Veneree	22
Malattie costituzionali	***19,9%***
Psoriasi	81
Derm. Atopica	46
Derm. Seborroica	45
Ittiosi	11
Alopecia Androg.	4
Malattie acquisite	***7,6%***
Derm. da contatto	71
Condizioni Neurodistoniche	***20,9%***
Acne	109
Pruriti	54
Defluvium	33
Malattie Autoimmuni	***1,3%***
Lupus	3
Vitiligo	9
Neoformazioni	***0,8%***
Postumi	***4,9%***

fonte: L. De Conno, Caritas Roma -1996

Dati poliambulatorio Caritas di Roma 1993

Provenienza per Area Geografica dei nuovi pazienti 1993

	Totale	*Uomini*	*Donne*	*% Donne*
Corno d'Africa	867	340	527	60,80
Nord Africa	297	246	51	17,20
Africa Nord Equat.	316	206	110	34,80
Africa Sud Equat.	79	37	42	53,20
America Latina	942	274	668	70,90
Medio Oriente	54	38	16	29,60
Estremo Oriente	811	521	290	35,80
Est Europa	770	475	295	38,30
Paesi Svil. Avanz.	81	54	27	33,30
Totale	*4.217*	*2.191*	*2.026*	*48,00*

Classi di età (in valori %)

	sotti i 5	6-15	16-25	26-35	36-45	46-55	oltre 65
maschi	2,3	2,9	26,7	44,8	16,9	3,6	2,8
femmine	2,5	3	33,6	40,2	12,9	4,7	3,1
Totale	***2,4***	***3***	***29,9***	***42,6***	***15***	***4,1***	***3***

Livello d'istruzione uomini 1993 (in % su 2.147 interviste valide)

Senza titolo di studio	7,6
Inferiore	32
Superiore	48,4
Universitario	12

Livello d'istruzione donne 1993 (in % su 1.846 interviste valide)

Senza titolo di studio	7,3
Inferiore	31,4
Superioe	50,6
Universitario	10,7

Occupazione in Italia uomini 1993 (in % su 2.036 interviste valide)

In cerca di lavoro	68,8
Cuochi/Camerieri	5,6
Operai	8,9
Ambulanti	4,9
Studenti	3,6
Altro	8,2

Occupazione in Italia donne 1993 (in % su 1.889 interviste valide)

In cerca di lavoro	55,8
Domestiche	34,8
Studentesse	2,8
Religiose	0,6
Altro	6

Prime 10 nazioni rappresentate tra gli Uomini e le donne nel 1993

Uomini: 2.191 da 87 nazioni		*Donnne 2.026 da 86 nazioni*	
1. Bangladesh	368 (-)	1. Perù	540 (2)
2. Perù	213 (1)	2. Somalia	284 (4)
3. Romania	180 (-)	3. Etiopia	240 (5)
4. Somalia	173 (2)	4. Filippine	226 (-)
5. Etiopia	166 (3)	5. Polonia	155 (6)
6. Polonia	118 (5)	6. Albania	41 (7)
7. Albania	104 (6)	7. Colombia	37 (-)
8. Marocco	101 (10)	8. Sri Lanka	34 (-)
9. Egitto	59 (-)	9. Romania	34 (3)
10. Senegal	55 (-)	10. Ecuador	30 (-)
48 nazioni con meno di 5		10. Marocco	30 (-)
		10. Marocco	30 (8)
		10. Nigeria	30 (-)
		54 nazioni con meno di 5	

Tra parentesi la posizione nei primi 10 di sesso opposto

Il 90% circa della popolazione esaminata è priva di permesso di soggiorno.

Dati poliambulatorio Caritas di Roma 1994

Provenienza per Area Geografica dei nuovi pazienti 1994

	Totale	*Uomini*	*Donne*	*% Donne*
Corno d'Africa	397	165	232	58,4
Nord Africa	206	178	28	13,6
Africa Nord Equat.	214	132	82	38,3
Africa Sud Equat.	47	26	21	44,7
America Centro Merid.	841	247	594	70,6
Medio Oriente	37	25	12	32,4
Estremo Oriente	809	528	281	34,7
Est Europa	776	461	315	40,6
Paesi Svil. Avanz.	103	67	36	35,0
Totale	*3.430*	*1.829*	*1.601*	*46,7*

Classi di età (in valori %)

	sotti i 5	6-15	16-25	26-35	36-45	46-55	oltre 65
maschi	1,8	2,4	27,9	41,5	17,2	5,0	4,2
femmine	1,9	3,4	30,7	39,5	16,2	5,2	3,1
Totale	1,8	2,9	29,4	40,5	16,7	5,1	3,6

Livello d'istruzione uomini 1994 (in % su 1.739 interviste valide)

Senza titolo di studio	5,3
Inferiore	32,8
Superiore	50,6
Universitario	11,3

Livello d'istruzione donne 1993 (in % su 1.534 interviste valide)

Senza titolo di studio	4
Inferiore	30,9
Superioe	55,8
Universitario	9,3

Occupazione in Italia uomini 1993 (in % su 1.712 interviste valide)

In cerca di lavoro	71,8
Ristorazione	1,4
Operai	7,7
Ambulanti	5,4
Studenti	1,2
Altro	8
Domestici	4,5

Occupazione in Italia donne 1993 (in % su 1.460 interviste valide)

In cerca di lavoro	55,8
Domestiche	41
Studentesse	2,6
Religiose	0,1
Altro	0,5

Prime 10 nazioni rappresentate tra gli Uomini e le donne nel 1994

Uomini: 1.829 da 83 nazioni		*Donnne 1.601 da 80 nazioni*	
1. Bangladesh	382	1. Perù	441
2. Romania	213	2. Filippine	231
3. Perù	180	3. Etiopia	169
4. Etiopia	111	4. Polonia	147
5. Polonia	92	5. Romania	61
6. Marocco	83	6. Somalia	52
7. Albania	82	7. Ecuador	48
8. Italia	65	8.Albania	42
9. Egitto	54	9. Brasile	33
10. Somalia	50	10. Colombia	32

% permesso di soggiorno

	uomini (1693)	*Donne* (1516)
Sine Perm.	84,2	86,9
Lavoro	5,9	4,5
Ric. Asilo P.	2,7	1,6
Studio	1,2	1
Altro	6,0	6,0

Dati poliambulatorio Caritas di Roma 1995

Permesso di soggiorno	**uomini**	**donne**
	(1.487 interviste valide)	*(1.189 interviste valide)*
Senza permesso	83,9%	85,6%
Lavoro	3,6%	3,3%
Richiesta Asilo	4,1%	2,1%
Studio	0,1%	7,8%
Altro	8,3%	7,8%

Grado di istruzione	**uomini**	**donne**
	(1.528 interviste valide)	*(1.211 interviste valide)*
Senza titolo di studio	9,0%	8,1%
Inferiore	37,9%	32,0%
Superiore	42,7%	51,1%
Universitario	10,4%	8,8%

Occupazione	**uomini**	**donne**	
	(1.509 interviste valide)		*(1.182 interviste valide)*
In cerca di lavoro	58,2%	In cerca di lavoro	50,7%
Ambulanti	10,0%	Domestiche	38,3%
Domestici	4,4%	Servizio alla persona	4,4%
Operai	11,5%	Studentesse	2,2%
Ristoratori	2,1%	Religiose	0,3%
Studenti	1,3%	Altro	4,1%
Contadini	1,4%		
Artigiani	3,0%		
Servizio alla persona	0,8%		
Altro	7,3%		

Classi di età (uomini e donne)

fino a 5 anni	3,6%	36 - 45	16,6%
6 - 15	2,8%	46 - 55	5,5%
16 - 25	23,9%	oltre 56	7,6%
26 - 35	40,0%		

Uomini : % su 69 nazioni			**Donne : % su 79 nazioni**		
1. Romania	311	19,4%	1. Perù	325	25,4%
2. Bangladesh	268	16,7%	2. Filippine	146	11,4%
3. Perù	138	8,6%	3. Polonia	134	10,5%
4. Italia	103	6,4%	4. Romania	80	6,2%
5. Polonia	80	5,0%	5. Etiopia	79	6,2%
6. Albania	61	3,8%	6. Ecuador	64	5,0%
7. Etiopia	56	3,5%	7. Italia	51	3,9%
8. Egitto	55	3,4%	8. Yugoslavia	41	3,2%
9. Marocco	46	2,9%	9. Somalia	30	2,3%
10. Senegal	35	2,2%	10. Nigeria	29	2,2%

Tipo di diagnosi (1993-95) - 19.888 diagnosi su 10.585 pazienti di cui 46,5% donne

ICD IX	%	ICD IX	%
Respiratorie	16,53	Cardiovascolari	3,90
Digerente	13,68	Otoiatriche	3,59
Ortopediche	12,26	Psichiche	2,87
Genitourinarie	8,75	Traumatismi	2,71
Infettive	8,12	Endocrine	1,68
Dermatologiche	7,50	Ematologiche	0,99
Ostetriche	5,23	Tumori	0,55
Oculistiche	4,74	Altro	2,62
Neurologiche	4,29		

Il profilo di salute dell'immigrato e i fattori di rischio per la salute fisica e psichica*

La complessità del fenomeno immigratorio e l'estrema varietà dei soggetti che ne sono protagonisti (per culture, modelli sociali e valori di riferimento, estrazione socio-economica nel paese di origine, ecc.), mettono in luce come possa essere riduttivo far riferimento ad una presunta categoria concettuale racchiusa nel termine 'immigrato'. Consci dei rischi legati ad una tale semplificazione, riteniamo comunque utile tentare di offrire un quadro di riferimento, un profilo, sugli aspetti di salute legati a condizioni di vita comuni agli stranieri, a partire dalle diverse esperienze di assistenza pubbliche e private fatte nel nostro paese.

Molte delle informazioni disponibili sulle patologie più frequentemente riscontrate in migranti, provengono da ambulatori gestiti dal volontariato sociale e non possono essere correttamente confrontate tra loro e con i dati delle strutture pubbliche, nel caso che adottino sistemi di classificazione diversi. Ciò malgrado, si è osservata in questi anni tra i vari centri una sostanziale sovrapponibilità dei dati clinici raccolti, come dimostrano le successive tabelle). Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente: l'apparato respiratorio (in particolari nei mesi invernali, riconducibili a patologie acute); l'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie, disturbi della motilità intestinale ecc.); quello osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa); pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di 'prurito sine materia': un disturbo senza base eziologica organica); l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti); la sfera ostetrico-ginecologica (di rilievo crescente insieme a quella pediatrica); basso, contrariamente alle attese, è stato finora il riscontro di diagnosi psichiatriche; limitata è stata anche l'evidenza di patologie infettive, per la maggior parte di tipo nostrano (del tutto occasionale il riscontro di quelle esotiche di importazione). Percentualmente rilevante è la classe dei 'sintomi e stati morbosi mal definiti',

* Liberamente tratto da “Immigrazione e Salute” di M. Marceca e S. Geraci in Rapporto 1996 “La salute in Italia” a cura di M. Geddes e G. Berlinguer. Ediesse editrice, in press

non collegabile ad una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico (di cui si tratterà più avanti) e talora a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e ad esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato). Alcune differenze tra centro e centro di assistenza, nel peso relativo dei vari gruppi di patologie, possono dipendere da una maggiore offerta di prestazioni di una particolare specialità.

Gruppi di malattie più frequenti osservate presso alcuni Centri di assistenza sanitaria per immigrati gestiti dal Volontariato sociale a Roma (Caritas), Milano (Naga), Torino (Sermig) e Verona (Cesaim)

Periodo di indagine	*1993-1995*	*1993*	*1988-1992*	*1993-1995*
Diagnosi	*Caritas (RM)*	*Naga (MI)*	*Sermig (TO)*	*Cesaim (Vr)*
Respiratorio	16,5%	14,7%	19,3%	14,0%
Digerente	13,7%	13,4%	14,2%	9,0%
Ortopediche	12,3%	17,4%	13,5%	12,0%
Dermatologiche	7,5%	10,1%	11,9%	7,0%
Infettive	8,1%	5,9%	-	3,0%
Ostetrico	5,2%	6,9%	-	8,0%
Genito-Urinarie	8,7%	9,1%	5,2%	2,0%
Psicologiche/Psichiatriche	2,9%	2,9%	-	2,0%
	...	...	...	...

Strutture sanitarie sia di tipo istituzionale che del privato sociale hanno sottolineato come, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di cura si manifesti temporalmente distinta dall'arrivo in Italia (il cosiddetto 'intervallo di benessere': questo viene abitualmente calcolato ricostruendo, su base anamnestica, il periodo intercorso tra l'arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza sanitaria, pure quantitativamente variabile da una città all'altra).

Da ciò si può dedurre che l'immigrato arriva generalmente nel nostro paese con un 'patrimonio' di salute pressocchè integro: si consideri come proprio la forza-lavoro, su cui questi gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica; è il cosiddetto 'effetto migrante sano', ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento ad un'autoselezione che precede l'emigrazione, operata cioè nel paese di origine (vi fanno ovviamente eccezione categorie di stranieri quali i rifugiati e i profughi).

Risulta d'altronde estremamente logico che il tentativo migratorio venga messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, massimizzano le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra abbia, come detto, un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un grado di istruzione medio.

Tali considerazioni supportano l'evidenza che le patologie d'importazione si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisite nel paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento.

Le complessive condizioni di vita cui l'immigrato dovrà conformarsi nel paese ospite (ne sono sottolineati successivamente i principali fattori di rischio), potranno poi essere capaci di erodere e dilapidare, in tempi più o meno brevi, il 'patrimonio' di salute iniziale. Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo le situazioni in cui il migrante sia portatore di patologie che, in quanto ancora asintomatiche, o per scarso livello sanitario del paese di origine, o perchè culturalmente non considerate come tali (emblematica è la consuetudine all'infestazione malarica in paesi ad altissima endemia), non lo scoraggino a partire. Vi sono tra queste alcune patologie infettive (come l'epatite B), che, ad alta endemia in molti paesi d'esodo, meritano un'attenta sorveglianza e controllo, non altrimenti ottenibile che con interventi volti a favorire al massimo l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari e, in alcuni casi, la non onerosità delle prestazioni necessarie; a queste stesse patologie sarebbe quanto mai opportuno dedicare specifici progetti di educazione sanitaria.

Dai dati di ricovero ospedaliero che seguono emergono con maggior evidenza, rispetto alle strutture di primo livello, o situazioni indifferibili di domanda sanitaria (è il caso della gravidanza, del parto e della I.V.G.), o situazioni di bisogno legate ad una maggiore esposizione sociale e lavorativa (accidenti e traumatismi). Rispetto all'I.V.G. si è purtroppo evidenziata, in anni recenti, una 'forbice' crescente tra giovani donne straniere ed italiane, che ha portato, ad esempio la Regione Veneto, ad approvare uno specifico progetto di contenimento e prevenzione del fenomeno; dietro il frequente ricorso all'interruzione praticata presso strutture pubbliche, se ne può presumere uno altrettanto rilevante ad aborti clandestini, supportato dalla scoperta di abitazioni private dedicate a tale pratica illegale, in particolare nella comunità cinese.

Cause di Ricovero nella Regione Lombardia (età 15-44 anni)
Confronto tra Stranieri da PVS (1992) e Popolazione Generale (1990)

Cause di ricovero	*Stranieri M*	*F*	*Italiani M*	*F*
traumi	**36,1% (1)**	**7,0% (3)**	**25,8% (1)**	**6,3% (6)**
grav./parto		**60,0% (1)**		**39,7% (1)**
di cui: esito abortivo		25,0%		10,5%
parto normale	17,0%	17,3%		
complicanze	18,0%	11,9%		
app. diger.	**14,6% (2)**	**4,5% (5)**	**11,3% (2)**	**6,7% (5)**
m. infettive	**7,1% (4)**	**1,7% (7)**	**2,8% (11)**	**1,2% (14)**
di cui:				
inf. intestinali	1,0%	0,4%	0,2%	0,2%
tubercolosi	2,1%	0,3%	0,2%	0,2%
epatite virale	0,4%	0,1%	0,6%	0,1%
altre	3,6%	0,9%	1,8%	0,7%
app. resp.	**7,0% (5)**	**1,4% (9)**	**5,1% (9)**	**2,4% (11)**
dis. psichici	**4,3% (7)**	**1,4% (10)**	**7,2% (5)**	**3,3% (9)**
card. circ.	**3,2% (10)**	**1,1% (13)**	**7,1% (6)**	**3,1% (10)**
tumori	**1,7% (13)**	**2,1% (6)**	**6,1% (7)**	**7,9% (3)**
ecc.				

(tra parentesi il rango delle malattie per sesso)

fonte: elaborazione Naga su dati dell'Osservatorio Epidemiologico, Settore Igiene e Sanità, Regione Lombardia (adattata)

Ricoveri Ospedalieri di pazienti stranieri nella Regione Veneto negli anni 1993-1995

Diagnosi	*totale*	*% sul totale*
Respiratorio	467	7
Digerente	1.084	15
Ortopediche	723	10
Dermosifilopatiche	344	5
Infettive	176	3
Ostetr.-Ginecologiche	1.488	21
Rene e vie Urinarie	260	4
Psichiatriche e ter. dip.	452	6
ecc.		

fonte: L. Lante, 1996

Va inoltre ricordato che l'immigrazione nel nostro Paese è in una fase ancora estremamente dinamica: la già citata presenza femminile sempre più consistente, la possibilità dei ricongiungimenti familiari e quindi l'arrivo di persone "non selezionate" dall'aspettativa lavoro, la presenza di profighi scappati da zone di guerra o con tensioni sociali elevate, il progressivo "invecchiamento" del fenomeno immigratorio, potranno far modificare il "profilo di salute" sopra descritto con la comparsa ad esempio di malattie cronico-degenerative. Situazione che ad oggi non appare ancora significativamente evidente.

Quella dell'immigrazione è sicuramente una delle realtà in cui il 'sociale' ed il 'sanitario' si intrecciano indissolubilmente, a volte fino a confondersi.

Infatti, da quanto fino ad oggi rilevato, nella determinazione dello stato di salute straniera i fattori ambientali (in particolare di tipo sociale) e comportamentali conseguenti, sembrano prevalere chiaramente su quelli genetici. Il ruolo di quest'ultimi fattori (ad esempio nel determinare una maggiore predisposizione verso lo sviluppo di una data patologia) potrà forse essere rivalutato quando la presenza straniera nel nostro paese daterà un tempo sufficientemente lungo da attirare l'attenzione dei ricercatori su patologie di natura diversa, quali alcune malattie di tipo neoplastico.

Per fattori di tipo sociale facciamo riferimento a tutte quelle situazioni che vanno globalmente a determinare le condizioni di vita dell'immigrato: occupazione, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, accessibilità ai servizi socio-sanitari, etc..

La situazione lavorativa è una variabile fondamentale per la salute dell'immigrato (come d'altronde anche per gli italiani). La mancanza di occupazione accelera lo scadimento delle condizioni di vita (esaurendo la disponibilità economica o costringendo a ridurre le spese e quindi il tenore di vità già basso); quando la disoccupazione si protrae oltre un certo limite, può favorire l'accesso ad attività illegali, talune strettamente collegate alla salute (come nel caso della prostituzione) o di abitudini voluttuarie a rischio, come alcolismo, tabagismo o ricorso a sostanze psicotrope.

La difficoltà di inserimento lavorativo, aggravata dall'irregolarità giuridica, espone spesso l'immigrato all'accettazione di occupazioni a rischio, mal remunerate e non tutelate (lavori in cantieri edili senza adeguate misure di protezione e controllo, turni estenuanti come braccianti agricoli, ecc.). Va da sè che la precarietà economica o la grave indigenza ostacolano grandemente il ricorso alle strutture ed agli operatori sanitari in caso di bisogno.

La situazione alloggiativa ha sicuramente un ruolo di primo piano: per quanto possa essere infatti variabile da straniero a straniero, l'ambiente di vita rappresenta un punto critico per la sua salute. La maggior parte degli immigrati affronta il problema abitativo in modo temporalmente provvisorio e logisticamente precario: dormitorii, centri di accoglienza e case-famiglia per gli immigrati regolari; baracche o rifugi improvvisati (sotto ponti o arcate, nelle stazioni della metropolitana, in vagoni o nelle sale d'attesa delle stazioni, all'interno di autoveicoli parcheggiati o in via di demolizione) per gli irregolari; ed anche quando - per lo più in aree urbane degradate - lo straniero sia in grado di ricorrere ad appartamenti o stanze in affitto o sub-affitto (particolarmente grave e diffusa è la speculazione economica a tal proposito), ciò comporta per lo più seri problemi di sovraffollamento abitativo e carenza od inadeguatezza igienica dei servizi, con evidenti rischi di trasmissione di patologie infettive contagiose. Sia l'ospitalità presso istituzioni, sia il domicilio presso il datore di lavoro (è il caso di chi fornisce assistenza agli anziani), ostacolano inoltre il ricongiungimento familiare o inducono la separazione dei nuclei familiari stessi, con evidenti ripercussioni psicologiche.

Un fattore di rischio rilevante, anche se non sufficientemente indagato, riguarda l'alimentazione. Sulla dieta convergono infatti una serie di diverse problematiche: difficoltà di adattamento ad una cultura del cibo e ad una tradizione gastronomica diverse; difficoltà di reperimento di alimenti di largo consumo nel proprio paese d'origine; scarsa conoscenza dei generi alimentari disponibili in Italia; difficoltà a seguire le usuali modalità di preparazione e cottura del cibo; inadeguatezza delle proprie abitudini dietetiche al nuovo contesto (clima, livelli di attività fisica sostenuti, ecc.); mancanza di informazione su princìpi e nutrienti e sul loro diverso contributo energetico e metabolico; preclusione, di natura religiosa o filosofica, al consumo di determinati alimenti o bevande; vincoli economici nell'acquisto delle cibarie, ecc.

Tra questi assumono particolare rilevanza l'incapacità di adattare, modificandole, le proprie abitudini alimentari al nuovo contesto, che può determinare un'alimentazione sbilanciata e carente dell'apporto di nutrienti essenziali (è frequente per esempio nei soggetti asiatici una dieta costituita pressocchè totalmente da cereali, in particolar modo dal riso); parimenti critica può essere l'esigua disponibilità economica, che può costringere l'immigrato ad astenersi dal consumo di alimenti di rilevante apporto nutrizionale - quali le proteine animali e le vitamine - nonchè ad acquistare prodotti di minor qualità. Per i soggetti di sesso

maschile, può avere un peso determinante anche la scarsa confidenza con la scelta e la preparazione degli alimenti, difficoltà spesso dovuta a costumi originari che prevedono tali mansioni come di esclusivo appannaggio femminile.

Spesso sottovalutato è inoltre l'effetto, sullo stato fisico e psicologico, legato a rilevanti cambiamenti climatici. Non si può infatti considerare indifferente uno scarto termico (tra il proprio paese di origine e quello di emigrazione) che a volte si aggira intorno ai 15°-20° C, od una variazione di umidità che, tra talune zone, raggiunge varie decine percentuali: tali differenze, come è noto, si ripercuotono sul metabolismo e quindi sul complessivo rendimento dell'organismo umano (si pensi ad esempio alle difficoltà di adattamento lavorativo di un africano sub-sahariano nel nord-Italia). E che dire dell'effetto provocato sul tono dell'umore da un cielo stabilmente coperto e nebbioso, qual'è quello di alcune zone del nostro nord, su soggetti abituati a vedere il sole durante tutto l'anno?

Di grande importanza si è rivelata essere la mancanza di un adeguato supporto psico-affettivo; tale situazione riguarda soprattutto la prima generazione di migranti, cioè quella che precede il ricongiungimento con la famiglia ristretta (situazione ancora presente per alcune etnìe). L'abbandono dei propri affetti (familiari, partner, amici) coincide infatti con una fase particolarmente delicata della propria vita, in cui si rischia di veder bruciate forti aspettative di miglioramento, fase che quindi, per la maggior parte dei soggetti, comporta una maggiore vulnerabilità psicologica. Si capisce così quale valenza possa essere attribuita all'esistenza di comunità di immigrati organizzate e solidali, che possano cioè rappresentare una risorsa cui attingere nei momenti più difficili.

Importante è quindi la possibilità di avere vicine figure di riferimento significative; ma anche al di là di tale opportunità, si concorda nel ritenere che una variabile fondamentale di ricaduta psicopatologica sia rappresentata dal destino del proprio progetto migratorio.

Lo studio dei fattori di rischio per la salute psichica degli immigrati ha consentito di evidenziarne tre categorie così come riferiscono Mazzetti e collaboratori: 1) Fattori di rischio generici, quelli comuni alla grande parte degli immigrati: l'emarginazione socio-economica, le cattive condizioni abitative e nutrizionali, le difficoltà di inserimento nella cultura ospitante ("stress da transculturazione"). 2) Fattori di rischio specifici: il fallimento, o la minaccia di fallimento del progetto

migratorio; questa sembra essere la determinante principale. L'aumento della sofferenza psichica appare ogni volta che l'immigrato vede entrare in crisi la prospettiva con la quale è venuto in Italia. 3) Co-fattori: tutti quelli in grado di influire sul progetto migratorio, variabili per gruppo etnico di apparteneza, specificità individuali, eccetera.

Per altro alcuni gruppi etnici (Africa sub-sahariana, America latina, Subcontinente indiano) sembrano essere, almeno nell'esperienza romana, particolarmente svantaggiati rispetto ad altri, ed andare incontro con più facilità a sofferenza psichica.

In particolare la condizione della donna immigrata, pur non discostandosi dalle linee generali testé definite, presenta tuttavia alcune peculiarità. In primo luogo l'immigrazione femminile è ancora più recente di quella, già recentissima, maschile, il che fa sì che sia un fenomeno tuttora in fieri, assai instabile e proteiforme, difficile da fotografare con precisione. Le modalità con cui avviene sono rapidamente mutate nel giro di pochi anni: alla fine degli anni '80 faceva parte di un progetto che comprendeva, in genere, tutta la famiglia, e si configurava soprattutto come "migrazione di transito", con meta finale in paesi diversi dall'Italia. Oggi è, invece, molto spesso una migrazione "solitaria". Anche i flussi sono notevolmente cambiati: da migrazione quasi esclusivamente africana, è diventata ora assai più polimorfa, con notevoli componenti sud-americane ed est-europee.

Se l'epidemiologia dei disturbi rilevati nel corso degli anni è piuttosto stabile, e non è differente da quanto si è osservato anche tra i pazienti maschi, ciò che invece sembra peculiare sono alcuni aspetti del modo "femminile" di vivere la migrazione, così come si va configurando attualmente. Essere immigrate in Italia comporta, per lo più, una sorta di "rivoluzione" della propria identità di genere: ci si trova cioè ad occuparsi di se stesse e della propria famiglia con modalità che appaiono in qualche modo più "maschili" che "femminili", secondo i sistemi di riferimento culturali tradizionali di gran parte delle donne immigrate. Il che lascia conseguenze percepibili sul loro benessere psichico.

Una conseguenza diretta di questa situazione è il rapporto problematico e spesso conflittuale che esse sviluppano nei confronti della maternità. Per lo più le donne devono rinunciarvi, perchè mettere al mondo un figlio appare incompatibile con la loro condizione di lavoratrice immigrata, soprattutto se irregolare; il che crea spesso una lacerazione profonda con il proprio modo di "vedersi donna", soprattutto quando le immigrate provengono da culture nelle quali la maternità è il parametro essenziale per essere considerate davvero donne.

In altri casi la maternità viene, in qualche modo "sospesa", ed è il caso frequente di quelle lavoratrici (sono sempre più numerose) che tentano

l'avventura migratoria da sole, lasciando i figli a casa, alle cure di altre persone. Queste donne vivono spesso come in una sorta di limbo, come corpi gettati a lavorare in terra d'immigrazione, e con la mente e gli affetti separati, né qui in Italia, né davvero là, a casa, in una sorta di "sospensione della vita vera" che, nelle loro fantasie, terminerà solo con il rientro in patria.

Questi elementi qualitativi della vita delle donne immigrate nel nostro paese sfuggono in genere alle statistiche, ma non possono venire trascurati se ci si vuole occupare del loro benessere psicologico. Perchè elementi di sofferenza simili le tengono costantemente in un equilibrio precario, che può facilmente cadere nella vera e propria psicopatologia, non appena qualcosa interviene a sbilanciarlo.

Infine, nodo cruciale per lo stato di salute dello straniero è stata, in questi anni, la facoltà di accesso ai servizi socio-sanitari pubblici. L'accessibilità alle strutture - e quindi l'opportunità di ricevere le diverse prestazioni sanitarie da queste erogate - è tuttora funzione dello status giuridico dell'immigrato e comunque continuamente modificabile con il susseguirsi delle normative di riferimento. Ciò ha prodotto una discriminazione nell'accesso per talune fasce di immigrati (come quella dei clandestini e dei soggetti cui è scaduto il permesso di soggiorno) che è legittimo considerare in partenza come più vulnerabili; tale discriminazione, in passato particolarmente grave per esigenze quali il monitoraggio della gravidanza ed il parto, la cura del bambino ed il controllo delle malattie trasmissibili, è quindi annoverabile tra i principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato.

Principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato

- *Disoccupazione o precarietà occupazionale, scarsa tutela sul lavoro*
- *Inadeguatezza alloggiativa, sovraffollamento, carenze igieniche*
- *Alimentazione insufficiente e/o sbilanciata*
- *Diversità climatiche*
- *Lontananza affetti, mancanza di supporto psico-affettivo*
- *Sradicamento culturale, diversità di costumi e di valori*
- *Difficoltà comunicative e di inserimento sociale*
- *Fallimento o minaccia di fallimento del progetto migratorio*
- *Discriminazione nell'accesso e/o utilizzo servizi socio-sanitari*

In sintesi, potremmo provocatoriamente ipotizzare che lo stato di immigrato in quanto tale - in particolare irregolare - sia di per sè un fattore di rischio.

Alcune "aree critiche"

La Tubercolosi

Un improvvido calo dell'impegno organizzativo-strutturale nella sorveglianza della Tubercolosi (TB), congiunto ad un aumento quali-quantitativo dei soggetti a rischio, ha determinato - a partire da una decina d'anni fa - una preoccupante recrudescenza epidemiologica di questa patologia in molte parti del mondo, compresi paesi occidentali ad elevato tenore socio-economico (quali gli USA e la stessa Italia), che adesso si ritrovano chiamati, con diverso successo, ad un rinnovato quanto economicamente rilevante impegno. Ogni anno, stima l'OMS, si hanno nel mondo 8 milioni di nuovi casi di TB, con 2,9 milioni di morti; sono complessivamente affetti da tale patologia 15-20 milioni di soggetti.

Tra i soggetti a rischio, accanto a immunodebilitati di diversa natura: anziani, tossicodipendenti, sieropositivi per HIV, senza fissa dimora..., sono stati evidenziati anche gli immigrati, che, secondo recenti stime, rappresentano in Italia circa 1/5 di tutti i casi di TB polmonare e circa 1/3 dei casi contagiosi; una cospicua parte di essi proviene tra l'altro da regioni intertropicali asiatiche ed africane ove la malattia è particolarmente diffusa. Chi ha memoria storica non potrà stupirsi di quanto detto: la Tubercolosi si è sempre caratterizzata come una patologia delle basse classi sociali, dei gruppi connotati da un basso livello economico e quindi da un modesto o misero tenore di vita, da condizioni igienico-sanitarie più scadenti, da una maggiore marginalità sociale, insomma, di coloro che vanno più facilmente incontro - per cause esogene o endogene - ad un abbassamento delle difese immunitarie. Come patologia della povertà e dell'emarginazione sociale potremmo provocatoriamente affermare che la tubercolosi è la malattia che meglio misura l'incapacità di un paese di accogliere degnamente gli stranieri.

Teoricamente, l'immigrazione da paesi ad alta prevalenza di infezione tubercolare verso aree a bassa prevalenza non dovrebbe costituire un rischio epidemiologico rilevante per le seguenti motivazioni come ha ben specificato Salmaso (1994):

1) il processo migratorio, così come è confermato in vari studi a carattere internazionale e dalle nostre osservazioni a carattere nazionale, viene affrontato da individui giovani e sani;

2) nel paese ospite esiste generalmente un sistema sanitario sia di controllo, sia di cura, sufficientemente sviluppato, che annulla quasi totalmente i rischi per la popolazione residente;

3) attualmente abbiamo a disposizione presidi farmacologici che, quando opportunamente utilizzati, garantiscono un'efficace profilassi ed un idoneo controllo della malattia.

Le condizioni di degrado socio-ambientale in cui l'immigrato si viene a trovare nel paese 'ospitante', fanno purtroppo sì che il suo rischio globale di malattia e di contagiosità tubercolare sia addirittura superiore a quello dei suoi coetanei rimasti in patria. In particolare gli squilibri dietetici, le infezioni intercorrenti e lo stress globale aumentano il rischio di riattivazione endogena del micobatterio, mentre la promiscuità abitativa in ambienti malsani moltiplica il rischio di prima infezione e di reinfezione esogena. Si noti che i climi freddi influiscono negativamente sia sulle probabilità di contagio (lunga permanenza in luoghi chiusi) che sulla resistenza individuale alla progressione della malattia (bilancio energetico sfavorevole).

Vari studi internazionali sottolineano il maggior rischio di malattia tubercolare tra gli immigrati e tutti enfatizzano soprattutto le condizioni di marginalità sociale come cause determinanti per lo sviluppo della malattia: nell'America del Nord gli aumenti di mortalità per tubercolosi sono stati associati alle ondate di immigrazione, soprattutto dei soggetti costretti a vivere in condizione di emarginazione. Le comunità di Eschimesi e di Indiani presenti in Canada hanno dimostrato una media annuale di incidenza della tubercolosi (168 casi per 100.000) molto più alta di quelle autoctone. In Olanda gli immigrati di sesso maschile compresi tra i 20 e i 39 anni costituiscono la fascia con il rischio maggiore di malattia. Il British Medical Research Council ha denunciato, fra gli immigrati asiatici provenienti dalla penisola Indiana e residenti in Inghilterra e nel Galles nel 1983, un'alta proporzione di varie forme di tubercolosi polmonari ed extrapolmonari. In Francia, rispetto alla popolazione locale, il rischio di infezione è 3 volte maggiore per gli stranieri europei, 6 volte maggiore per gli Algerini, 39 volte maggiore per gli immigrati provenienti dal Mali e da 20 a 50 volte per gli altri africani ed asiatici. Il rischio di contrarre la malattia tubercolare nel paese di immigrazione aumenta in relazione alle difficoltà socio-economiche e diviene particolarmente alto per coloro che provengono da zone geografiche ad alta endemia. Inoltre sono più frequenti, in queste popolazioni, i rischi di una antibiotico-resistenza dei ceppi batterici responsabili dell'infezione. In Gran Bretagna solo nell'1,6% dei malati è possibile mettere in evidenza bacilli resistenti ad almeno un antibiotico, mentre fra gli immigrati si è dimostrata un'antibiotico-resistenza nel 7,5% dei casi di primo accertamento e nel 12,8% dei casi di recidiva. Negli Stati Uniti è stato verificato che un terzo degli Indocinesi malati di tubercolosi era stato infettato da microorganismi resistenti ad almeno un farmaco.

La tendenza all'aumento della tubercolosi in Italia, può essere spiegata

anche nei termini sopra descritti. Le nuove fonti sembrano concentrarsi proprio nei gruppi di popolazione a rischio in rapporto alle proprie opportunità di vita e di inserimento nel tessuto sociale, con la possibilità di diffusione dell'infezione in maniera quasi esclusiva nel proprio gruppo, creando un circolo vizioso che - in mancanza di idonei interventi di tutela sanitaria - può ancora una volta creare separazione ed emarginazione. Interessante è la valutazione del fatto che, per quanto riguarda l'immigrazione, il tempo intercorso tra l'arrivo in Italia e l'esordio della malattia, in una casistica di 183 pazienti immigrati trattata negli ultimi 6 anni dall'Ambulatorio Caritas di Roma, era di oltre 6 mesi in quasi il 70% dei casi e di almeno un anno in più del 53%; ciò potrebbe indicare soprattutto la concorrenza, nel favorire lo sviluppo della patologia, di fattori ambientali locali ed in particolare del degrado socio-abitativo in cui una buona parte degli immigrati si ritrovano a vivere.

Distribuzione per tempo intercorso dall'arrivo dell'immigrato in Italia e manifestazione della tubercolosi nei pazienti "Caritas"

	0-6 mesi	*6-12 mesi*	*>12 mesi*
1990	2	2	10
1991	7	6	10
1992	10	6	9
1993	12	6	16
1994	11	7	27
1995	14	3	26
Totale	***56***	***30***	***98***
%	***30,43***	***16,30***	***53,26***
%	***30,43***	***69,57***	

fonte: Area sanitaria Caritas Roma - 1996

La precarietà del loro inserimento sociale, spesso l'irregolarità e la clandestinità, un'estrema mobilità e la scarsità di risorse economiche fanno sì che i normali schemi di controllo e di chemioprofilassi non possano spesso essere adottati. Il problema della *compliance,* unitamente alla possibilità di accedere ai servizi sanitari di diagnosi e cura (disponibilità di farmaci) in modo gratuito, sono le reali emergenze nell'affrontare questa problematica, piuttosto che i ventilati controlli obbligatori, che potrebbero ulteriormente "colpevolizzare" l'immigrato nei confronti dell'opinione pubblica, probabilmente ottenendo una "fuga" dall'ufficialità dello straniero ed un aggravamento della "clandestinità sanitaria".

Le condizioni di disagio ambientale già precedentemente approfondite sembrano quindi esporre tali individui ad un più elevato rischio di malattia, che a sua volta viene mantenuto alto dal costante sovraffollamento degli alloggi (stanze spesso anguste e con scarso ricambio d'aria) di cui gli immigrati riescono ad usufruire: tale situazione sembra giustificare il fatto che la diffusione della patologia riguardi soprattutto gli stessi gruppi di immigrati o le proprie comunità, che tendono a ricostituirsi anche in terra straniera ed, in maniera assai meno rilevante, la popolazione italiana.

Per quanto riguarda gli aspetti clinici, tutti i ricercatori in ambito nazionale hanno riscontrato nel paziente immigrato affetto da TB un'età giovanile (20-30 anni), con una netta prevalenza del sesso maschile (75-80%). L'esordio della malattia non si differenzia da quello rilevato nei pazienti italiani: segni dell'apparato respiratorio (tosse secca o produttiva persistente, dolori toracici, emoftoe, e dispnea) e tossiemici (astenia, adinamia, anoressia, febbricola persistente, sudorazioni notturne). L'associazione della TB con l'infezione da HIV (che nell'Africa sub-sahariana sfiora il 50% dei casi, coinvolgendo 2,4 milioni di individui), in Italia sembra essere piuttosto infrequente (coinfezione in meno del 4% dei pazienti). Secondo Di Pisa e colleghi, le forme polmonari sono prevalenti e percentualmente superiori rispetto agli italiani; frequenti sono anche le localizzazioni multiple. Tra le forme extrapolmonari prevalgono nettamente le localizzazioni linfonodali, frequentemente adenopatie mediastiniche. Per ciò che riguarda la terapia, va segnalata un'alta incidenza di resistenze alla isoniazide, forse dovuta all'uso, nei paesi di origine, di farmaci a scarsa attività antibatterica e a basso costo; tale fenomeno giustifica - per i primi due mesi - un trattamento con quattro farmaci (isoniazide, rifampicina, pirazinamide ed etambutolo) seguita da una fase di mantenimento di quattro mesi con l'associazione isoniazide-rifampicina.

Come precedentemente accennato, il problema della collaborazione fattiva ed informata del paziente al trattamento (la cosiddetta 'compliance') risulta essere di primaria importanza. Possono essere individuati come causa di una insufficiente compliance una serie di fattori:

- la sottovalutazione della malattia da parte del paziente, che tende ad interrompere la terapia dopo il miglioramento iniziale dei sintomi;
- le difficoltà (affrontate più in dettaglio in seguito), relative al rapporto medico-paziente (in tale definizione sono riassunte le difficoltà di comunicazione linguistico-culturale, che ostacolano l'instaurarsi di

un rapporto fiduciale tra mondi a volte così diversi; ciò si traduce spesso nella difficoltà di veder applicati i protocolli terapeutici prescritti, a volte anche per rivalsa verso figure istituzionali da parte di immigrati ai margini della società);

- problematiche legate alla sopravvivenza, come spostamenti da una città all'altra per motivi di lavoro, prematura ripresa dell'attività lavorativa (a volte di notevole impegno fisico), con susseguenti difficoltà a reperire i farmaci prescritti e ripetute interruzioni della terapia.

LE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE E L'AIDS

Le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) rivestono attualmente nei cinque continenti un ruolo particolarmente significativo, essendo nella maggior parte dei paesi il gruppo di malattie infettive notificabili più rilevante, in particolare nella fascia di età sessualmente più attiva (15-50 anni) ed in quella infantile (a motivo della trasmissione verticale causata da madri infette).

L'OMS. ha recentemente stimato per il 1995 12 milioni di nuovi casi di sifilide, 62 milioni di nuovi casi di gonorrea, 90 milioni di nuove infezioni da Chlamydia trachomatis e 170 milioni da Trichomonas vaginalis; poco meno del 70% di questi casi di MST sarebbe stato diagnosticato nel sud-est asiatico ed in Africa, con rispettivamente oltre 150 e 75 milioni di casi. Per quanto riguarda la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS), che, descritta circa quindici anni fa, ha ormai assunto caratteristiche di pandemia, sono stati stimati circa 6 milioni di casi alla fine del 1995, la maggior parte dei quali si sarebbe verificata nelle Americhe ed in Africa.

A corollario di tali stime, va ricordato che l'affidabilità dei dati di patologia è determinata dall'esistenza di efficienti flussi informativi (possibili in organizzazioni sanitarie avanzate), nonchè dall'accuratezza e completezza dei casi riportati.

I dati più completi sull'incidenza delle MST attualmente disponibili provengono solo da pochi paesi industrializzati; per molti paesi cosiddetti in via di sviluppo invece, in cui le MST sono endemiche, sono talora disponibili (essendo quelli di incidenza inaffidabili) solo dati di prevalenza ottenuti da studi ad hoc su gruppi di popolazione, che offrono utili indicazioni, pur non essendo rappresentativi della popolazione totale e richiedendo quindi caute interpretazioni.

Sotto l'aspetto clinico-epidemiologico, va schematicamente operata una distinzione tra paesi meno sviluppati e paesi industrializzati. Per questi ultimi, la seconda metà del secolo ha visto, all'interno degli oltre

20 patogeni riconosciuti causa di MST, un progressivo declino degli agenti batterici tradizionali (in particolare Treponema pallidum e Neisseria gonorrhoeae) e l'affermarsi di una seconda generazione di patogeni sia batterici che virali (Chlamydia trachomatis, Herpes virus e Papillomavirus umani, HIV); questi sono purtroppo frequentemente più difficili da diagnosticare, trattare e controllare e spesso causa di gravi complicazioni. Anche nei paesi meno sviluppati (ove le MST rappresentano per i giovani adulti uno dei principali problemi di sanità pubblica), pur permanendo ingente la presenza delle malattie veneree classiche, si sono ultimamente iniziati ad identificare, registrando spesso alte prevalenze, anche i patogeni sessualmente trasmessi di seconda generazione, come ad esempio la Chlamydia.

Un fattore che porta un ulteriore contributo alla diffusione delle MST, è costituito dalla elevata frequenza di infezioni asintomatiche, in particolare fra i trasmettitori appartenenti al cosiddetto gruppo 'core'.

Fenomeno di sempre maggiore attualità e problematicità nel controllo di tali patologie è quello dell'acquisita resistenza agli antibiotici, a larga diffusione in tutti i paesi. In particolare vi è stata, nel passato decennio, una estesa diffusione di ceppi di Neisseria gonorrhoeae ad elevato grado di resistenza alla penicillina e ad alcuni altri antibiotici. A tal proposito un fattore ritenuto coadiuvante, oltre all'abuso di prescrizione operato dai sanitari, è rappresentato da un insufficiente controllo sulla vendita di antibiotici e dalla facilità con la quale, in alcuni paesi in via di sviluppo, operatori nel campo sessuale, prostitute e loro clienti dispongono di antibiotici senza prescrizione medica ed attuano un autotrattamento a scopo curativo e profilattico.

L'importanza delle MST non si riduce però al fatto di essere causa complessiva di una rilevante morbilità.

Alla sofferenza dei malati vanno infatti aggiunti il costo economico sanitario e quello legato alla perdita di produttività, anche per le possibili compromissioni della funzione riproduttiva e le gravi sequele; assolutamente non trascurabile è infine il ruolo giocato dalle MST nell'aumentare, a causa delle lesioni di continuo provocate sulla mucosa genitale, la probabilità di trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana (HIV); questo, a sua volta, può favorire la manifestazione di infezioni a livello genitale, con il risultato di un'amplificazione reciproca.

Oltre ai fattori succitati, la diffusione delle MST è stata in queste ultime decadi condizionata dalla maggiore mobilità delle popolazioni; ciò motiva una specifica attenzione sulle possibili implicazioni venereologiche del fenomeno immigratorio.

I principali paesi fonte di emigrazione verso l'Europa appartengono, come abbiamo visto, all'Africa, all'America Latina ed all'Asia Sud-Orientale (oltrechè all'Europa dell'Est). Tutti questi paesi hanno in comune alcune caratteristiche: gli alti indici di natalità attestano ad esempio che una parte considerevole della loro popolazione è in età giovane e sessualmente attiva. Li accomuna inoltre il sempre crescente fenomeno dell'inurbamento, di cui sono prevalentemente protagonisti gli uomini, in cerca di migliori condizioni economiche e materiali. L'elevata disoccupazione propria di tali realtà urbane è però alla base di situazioni di emarginazione in cui possono avere spazio fenomeni di promiscuità e prostituzione; tale retroterra, specie in assenza di interventi sociali, può motivare almeno in parte la larga diffusione delle MST.

Per quanto riguarda alcune aree del sud-est asiatico come la Thailandia, occorre dire che il fenomeno della prostituzione è ormai divenuto motivo di attrazione e nello stesso tempo è incentivato da forme di 'turismo del sesso' di cui sono protagonisti principali i cittadini occidentali; basti pensare che il 42% degli uomini con ceppi di gonorrea penicillino-resistenti (PPNG) nel Regno Unito hanno citato una fonte di contagio situata nel sud-est asiatico.

La sorveglianza ed il controllo delle MST, di per sé complessi, incontrano in tutti i continenti ulteriori e peculiari difficoltà quando rivolte a particolari sottopopolazioni, quali quelle delle fasce sociali più povere, dei nomadi e degli immigrati (ragionevolmente ipotizzabili a maggior rischio).

La difficoltà di accedere ai servizi sanitari pubblici specializzati (Centri MST, Ambulatori dermato-venereologici e ginecologici), unita alla difficoltà economica di garantirsi le cure privatamente, rende tali soggetti pressocché "invisibili" alle strutture istituzionalmente preposte alla cura e alla sorveglianza. Ancor più difficilmente realizzabili, per la difficoltà di raggiungere efficacemente queste persone, risultano gli interventi di prevenzione.

Da tutto ciò ne deriva - secondo vari documenti dell'OMS - l'importanza di adottare, in tutti i continenti, adeguati programmi di controllo, che riservino un posto particolare a strategie di prevenzione primaria basate su modificazioni dei comportamenti sessuali a rischio, combinati con l'istituzione di servizi clinici adeguati; ciò comporta un'attribuzione di priorità all'integrazione delle misure di controllo delle MST con l'assistenza sanitaria di base. Le strategie per prevenire la trasmissione dei microrganismi diffusi attraverso rapporti intimi dovranno soprattutto rimanere flessibili e sapersi adattare alle diverse realtà sociali, tecniche, cliniche, finanziarie e politiche.

Preme qui sottolineare l'enorme importanza svolta dalle culture di origine nel determinare i comportamenti, in particolar modo quelli sessuali, ed i condizionamenti dettati in questo ambito dalle religioni di appartenenza. Un approccio alla problematica sanitaria (in particolar modo se con finalità preventive), che ignori questi aspetti antropologici e sociologici, è a nostro avviso destinato a fallire. Basti pensare alle differenti concezioni del proprio corpo tipiche delle diverse culture; alle diverse soglie del pudore (si prendano come estremi il comportamento estremamente pudico delle donne musulmane e l'emancipazione sessuale femminile caratteristica dei paesi scandinavi).

Di particolare interesse risulta essere la conoscenza del credo religioso e lo studio della sua influenza sui comportamenti sessuali. Sulla base dell'ipotesi che le comunità straniere in Italia abbiano - sotto il profilo dell'appartenenza religiosa - la medesima composizione statistica dei paesi di provenienza, si stima che circa il 56% degli stranieri presenti in Italia siano cristiani, di cui più del 31% costituito da cattolici (con maggiore concentrazione nella città di Roma ove ha sede il Vaticano); si valuta che più del 30% siano di fede musulmana; il restante 14% sarebbe costituito da ebrei, induisti, animisti, buddisti e scintoisti, ecc..

D'Antuono e colleghi hanno ad esempio interpretato la loro mancanza di riscontro di MST tra Pakistani come effetto di un'osservazione scrupolosa dei precetti religiosi, che risulterebbero avere perciò funzioni 'protettive'; nei nordafricani invece essi hanno notato comportamenti incostanti e trasgressivi vissuti con "sensi di colpa" (alto ricorso alla prostituzione ed al non utilizzo del condom) che attesterebbero il fattore religioso come non-protettivo; stessa mancanza di protezione del fattore religioso è stata osservata dagli stessi Autori nei pazienti senegalesi, non accompagnata però da sensi di colpa (forse per una maggiore integrazione sociale).

Importante sembra anche l'analisi delle modalità e delle circostanze di socializzazione degli immigrati con la popolazione residente e/o fra loro. E' possibile affermare che le maggiori occasioni di incontro avvengano tra gli immigrati stessi (soprattutto all'interno della stessa etnia) che, soprattutto nelle grandi città, usano ad esempio frequentare gli stessi locali e ritrovi pubblici.

Cruciale risulta essere inoltre il ruolo dei mezzi di comunicazione di massa; la potenziale diffusione di malattie infettive, soprattutto della sfera sessuale, è infatti frequente oggetto di articoli con diverso indirizzo ed approfondimento.

Come in molti altri paesi, anche nel nostro è oggi da ritenere che le MST siano ampiamente sottostimate; ciò, oltre ad una mancanza di "cultura epidemiologica" e di senso di responsabilità da parte del mondo medico, è probabilmente da attribuirsi non solo alla presenza di numerosi pazienti asintomatici o che trascurano di rivolgersi agli operatori sanitari, ma anche all'attuale organizzazione dei servizi ed alla mancanza di flussi informativi realmente efficienti.

Dopo un'indagine retrospettiva condotta in 85 centri dermatovenereologici nazionali -relativa agli anni 1986-1989- che ha documentato la gravità della sottostima e l'incompletezza dei dati ufficiali riguardanti le MST, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha attivato, a partire dal Settembre 1990, un "Sistema di Sorveglianza nazionale delle MST", un sistema "sentinella" che si basa su una rete di 47 strutture cliniche pubbliche specializzate; i dati relativi ai casi segnalati da tali strutture vengono pubblicati in rapporti sintetici semestrali. Le definizioni di caso, basate su criteri clinici e laboratoristici sono state preventivamente concordate da tutti i Centri partecipanti e riguardano 23 patologie sessualmente trasmissibili.

Questa iniziativa di ricerca, pur configurandosi come una rete di sorveglianza di casi registrati e non, ovviamente, come un vero e proprio sistema capillare di raccolta di notifiche su scala nazionale, ha permesso di migliorare l'osservazione e la comprensione del fenomeno MST in Italia e si sta quindi rivelando un'esperienza preziosa. I pazienti affetti da MST, inoltre, possono essere utilizzati come popolazione sentinella per la diffusione dell'HIV-1.

Dall'ultimo rapporto di tale Sistema di Sorveglianza, relativo al periodo gennaio 1991 - giugno 1995, emerge che più del 10% dei pazienti MST è risultato essere straniero, di cui oltre il 50% proveniente dall'Africa.

Più precisamente i casi di MST segnalati in pazienti di nazionalità straniera sono stati 4.262; il 71,2% dei soggetti affetti è risultato di sesso maschile. L'età mediana rilevata è stata di 29 anni (con range 14-80 anni). I continenti di origine sono risultati essere: l'Europa nel 25,9% dei casi; l'Africa nel 52,2% (dove il solo Nord-Africa costituisce il 35%); il continente americano nel 14,6% (di cui il 75% dal Sud-America); l'Asia per il 6,8% e l'Oceania per lo 0,5%. Il 54,2% dei pazienti ha un grado di istruzione superiore, il 7,2% universitario, il 13,5% non ha un'istruzione scolastica.

Circa il 20% ha riferito una pregressa MST; il 91,5% dei pazienti ha asserito di adottare esclusivamente un comportamento eterosessuale; circa il 50% ha riferito più di un partner nell'ultimo semestre e il 15% più di 3. Riguardo l'utilizzo del condom, il 72,2% ha dichiarato di averne fatto mai

uso o solo raramente negli ultimi sei mesi. Poco più del 2% ha dichiarato l'utilizzo di sostanze psicotrope assunte per via endovenosa.

Circa l'80% dei pazienti stranieri ha acquisito la MST in Italia, e solo il 20% (nella quasi totalità) nel proprio paese di origine. Le MST maggiormente diagnosticate sono state l'uretrite aspecifica (non gonococcica-non chlamydiale) nel 17% dei casi, la sifilide latente sieropositiva nel 16,9% e la condilomatosi genitale nel 16,2%. Circa la distribuzione delle patologie per sesso, tra gli uomini si è notata una preponderanza delle uretriti aspecifiche, mentre fra le donne è stata maggiormente diagnosticata la sifilide latente sieropositiva. I pazienti stranieri presentano una proporzione tripla di gonorrea e doppia di sifilide rispetto ai pazienti italiani, in cui invece si è riscontrata una frequenza relativa doppia di condilomatosi ano-genitali e quasi doppia di cervicovaginiti aspecifiche

Il test per l'HIV, offerto a tutti i pazienti, è stato accettato (dietro consenso informato) da circa il 75% di essi: la prevalenza di HIV-positività è risultata del 5% (circa la metà di quella rilevata tra gli italiani affetti da MST). Dal 1991 al 1994 (dati 1995 incompleti) la proporzione dei sieropositivi è passata dal 6,4% al 4,1%. La prevalenza di infezione da HIV tra gli stranieri che hanno acquisito una MST trasmessa all'estero è più che doppia rispetto a quella degli stranieri che l'hanno acquisita in Italia (8,4% vs. 3,4%). E' importante però sottolineare la notevole asimmetria di distribuzione per aree di provenienza riscontrata in questo studio, che ha visto solo l'1,0% di sieropositività in asiatici, l'1,6% in nordafricani e il 4,3% in europei dell'Est, ma ben il 37% tra pazienti americani (14,6% dal Nord-America, 8,1% dal Centramerica e 14,9% dal Sud-America), ed il 12,9% in soggetti provenienti dall'Africa sub-sahariana.

Dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (o AIDS conclamato) tra gli stranieri presenti in Italia sono ovviamente disponibili consultando il Registro Nazionale AIDS. L'aggiornamento dei casi notificati al 31 Dicembre 1995 (che riporta tutti i casi di malattia segnalati fino a questa data), evidenzia 1.103 casi tra soggetti non aventi nazionalità italiana; tali soggetti hanno mostrato un'età mediana di 32 anni; l'81% è risultato di sesso maschile. A differenza dei soggetti italiani affetti da AIDS (il 65,7% dei quali è rappresentato da tossicodipendenti), negli stranieri presenti in Italia il gruppo più rappresentato è quello degli omosessuali (38,2%), seguito dagli eterosessuali (33,3%), entrambi non tossicodipendenti.

Circa il 70% dei casi è originario di paesi cosiddetti in via di sviluppo: il 29,8% proveniente dal Sud-America, il 25,2% dall'Africa sub-sahariana.

Accettando l'assunto dell'"effetto migrante sano" prima argomentato, sembra assai improbabile che soggetti già affetti da malattia da HIV vengano in Italia per le comuni ragioni di immigrazione (lavoro, famiglia, studio, turismo...); non si può invece escludere - per quanto al momento di rara evenienza - che qualche soggetto possa cercare nel nostro paese un'assistenza sanitaria più qualificata di quella del suo paese di origine. Per quanto invece riguarda soggetti stranieri infetti ma non malati (schematicamente definibili asintomatici), i risultati emersi dal "Sistema di Sorveglianza nazionale delle MST" sopra riferiti, per quanto non esattamente estrapolabili alla popolazione straniera generale, sembrano escludere ogni tono allarmistico. Ciò ovviamente non deve giustificare alcuna sottovalutazione dei rischi che una popolazione complessivamente sfavorita e marginale quale quella immigrata, può correre rispetto all'infezione da HIV-1, ma anzi suggerire la promozione di interventi educativi ad hoc, una capillare organizzazione di assistenza a fini preventivi e di counseling particolarmente mirato a questa utenza.

L'evidente presenza di segnalazioni di MST in soggetti stranieri, già rilevata dai ricercatori dell'ISS negli anni 1990-1991, li ha indotti ad attivare dal Luglio 1992, dopo uno studio pilota durato quattro mesi, un Progetto di "Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse in soggetti stranieri in Italia". Esso si basa sulla collaborazione di 5 centri della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e di 5 centri abbinati della Rete Nazionale di Sorveglianza MST, nelle città di Genova, Milano, Bologna, Roma e Palermo. Il flusso informativo si realizza attraverso la compilazione e l'invio, da parte di ogni centro della SIMM (che si avvale dei dati raccolti dal centro MST di riferimento), di una scheda di raccolta mensile al centro di coordinamento nazionale presso l'ISS.

Possono essere segnalate al massimo due MST per singolo paziente.

Obiettivi fondamentali di questo progetto sono:

- l'identificazione di variazioni negli andamenti delle singole patologie nel tempo;
- la stima della rilevanza delle patologie veneree tra le diverse popolazioni di stranieri;
- l'elaborazione di protocolli diagnostici e terapeutici mirati;
- il monitoraggio e la prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV;
- la valutazione dell'adeguatezza e dell'accessibilità dei servizi sanitari offerti ai soggetti immigrati e/o stranieri;
- l'impostazione di campagne di prevenzione della patologia venerea in queste popolazioni attraverso la messa a punto di strumenti e materiali informativi comprensibili e mirati alle specificità culturali delle singole etnie.

Tale sistema di "Sorveglianza Sentinella" rappresenta attualmente la realtà di ricerca epidemiologica più rilevante sulla presenza di MST nella popolazione straniera in Italia.

Occorre ribadire come tutte le indagini epidemiologiche condotte in Italia, ma anche all'estero, sulla popolazione immigrata, presentino sin dall'inizio forti limiti metodologici e necessità di attente interpretazioni dei risultati, a causa della mancanza di conoscenza dei reali denominatori di riferimento, provocata dalla componente di immigrati irregolare e clandestina, numericamente ignota e per la quale sono possibili solo stime.

Da alcune altre indagini sulle MST in popolazione straniera, condotte in questi anni a Roma, Bologna, Treviso e Palermo (di cui non è qui opportuno riferire in dettaglio), sono scaturiti risultati sostanzialmente in linea con quelli fin qui riportati.

LA PROSTITUZIONE

Come accennato, il fenomeno della prostituzione è, in un'ottica di salute, intimamente connesso al rischio di diffusione di MST. In Italia tale fenomeno - lungi dall'essere nuovo - ha assunto nell'ultimo decennio nuovi connotati, che ne hanno, per così dire, "stravolto" il mercato e determinato alcune peculiarità. Ci si riferisce in particolare all'ingresso massiccio di giovani donne straniere - spesso minorenni - e giovani travestiti o transessuali, in grandissima maggioranza provenienti da paesi non inclusi nell'Unione Europea. Tale flusso, da inscrivere in quello migratorio più generale, si configura molto spesso come sfruttamento sessuale delle donne, talora organizzato da bande criminali specializzatesi in traffico internazionale finalizzato alla prostituzione. Secondo il rapporto 1996 del *Transnational Aids-STD prevention among migrant prostitutes in Europe project* (Progetto europeo 'Tampep') gli stranieri costituirebbero complessivamente nel nostro paese il 60% del mondo della prostituzione (cui vanno aggiunti - di nazionalità italiana - un 30% di tossicodipendenti ed un 10% di non-tossicodipendenti).

Indagare tale fenomeno è particolarmente arduo, in quanto la sua collocazione ai limiti della legalità (non è attualmente illegale l'esercizio privato della prostituzione, ma il suo incitamento, favoreggiamento o sfruttamento), lo confina in un'area d'ombra difficilmente raggiungibile dalle strutture pubbliche e dagli strumenti d'indagine abituali. Occorre perciò far ricorso a fonti governative e non - che hanno messo in atto strategie innovative quali le "unità di strada" - anticipando che i dati attualmente circolanti, pur prevedendo un margine di errore, sono verosimilmente sottostimati. Si fa qui riferimento ai dati pubblicati dall'Istituto nazionale di

Statistica (ISTAT), che riguardano però le varie tipologie di reati notificati dal Ministero dell'Interno direttamente connessi o riferibili alla prostituzione, e ad esperienze e dati raccolti da Associazioni ed Organizzazioni operanti nel privato sociale, come il Parsec (di Roma), l'Agenzia ASPE (di Torino), l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (O.I.M.) e numerose altre Associazioni laiche e cattoliche, come la Lega italiana per la lotta contro l'AIDS (LILA), il Comitato per i diritti civili delle prostitute (di Pordenone), varie Caritas Diocesane, Assessorati, Comuni, Aziende U.S.L., Croce Rossa ecc... La notevole crescita degli addebiti giudiziari registrati negli ultimi anni: 285 denunce di "istigazione, sfruttamento e favoreggiamento" nel 1990, 737 nel 1994, 1.080 nel 1995 (considerando che una singola denuncia può riguardare più persone) fa comunque pensare ad una progressivamente maggior visibilità del fenomeno.

Si cercherà di dare, seppur brevemente, un quadro della situazione così come emersa dalle ricerche ed esperienze accennate. Nel nostro paese esercitano la prostituzione un numero imprecisato di prostitute straniere; esso è stato stimato - da un'indagine condotta dal Parsec e dall'Università di Firenze per conto dell'O.I.M. relativa al 1994 (recentemente presentata alla Conferenza Internazionale di Vienna del giugno 1996) - come compreso tra circa 19.000 e circa 25.000 unità, valutate indagando 7 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo, Campania). Malgrado l'implicita sottostima rispetto al contesto nazionale, l'entità di questi numeri già impone un interessamento ed un impegno del mondo sanitario, le cui attività sono state storicamente collegate all'esercizio della prostituzione per il controllo e la cura delle malattie sessualmente trasmissibili (MST), cui in epoca moderna si sono aggiunte nuove forme (infezione da HIV) o nuove consapevolezze (Epatite B...).

Le nazionalità maggiormente rappresentate sono - per la prostituzione femminile - quella nigeriana (1ª "ondata" negli anni 1991/92, 2ª ondata iniziata nel 1995), quella albanese, con prevalenza di clandestine (1ª ondata negli anni 1993/94, 2ª ondata iniziata nel 1995), quella ex-jugoslava, russa, ucraina e polacca (1ª ondata negli anni 1989/90, con prevalenza delle polacche) e sud-americana. Le donne di più recente arrivo sembrano essere, contrariamente alle precedenti, prevalentemente originarie delle zone rurali. Secondo un'indagine europea del maggio 1995 condotta dall' O.I.M., sta aumentando notevolmente, in quanto più agevole, il 'traffico' di donne provenienti dall'est-europeo. Per quanto riguarda invece la prostituzione maschile, le nazionalità maggiormente rappresentate sono quella brasiliana e colombiana,. La prostituzione prettamente minorile vede oggi tristemente

protagonista la nazionalità albanese. Le donne straniere 'trafficate' (l'8% del totale?) o indotte alla prostituzione sono, per la maggior parte, nubili, con un'età compresa tra i 14 ed i 24 anni (tra le albanesi e le nigeriane è maggiormente rappresentata la fascia 14-18 anni), generalmente scolarizzate (licenza media inferiore o superiore).

Prescindendo da ogni valutazione di ordine morale, antropologico e psicologico, gli aspetti di maggior interesse sanitario - molto sinteticamente - sono rappresentati: 1) dall'elevata frequenza con cui si verificano rapporti "non protetti", più facilmente accettati da prostitute e prostituti stranieri (e richiesti - secondo una recente ricerca commissionata dal Ministero della Sanità - da 4 clienti su 10, disposti per questo a pagare una cifra tripla), che determina una elevata possibilità di contagio di malattie infettive con modalità di trasmissione sangue-sangue; 2) dal fatto che esiste una fascia di soggetti stranieri dediti alla prostituzione, in particolare maschile, che ai rischi legati a tali comportamenti sessuali aggiungono quelli derivanti da una condizione di tossicodipendenza per via iniettiva; 3) dall'elevato ricorso all'aborto, in particolare da parte di prostitute albanesi, (spesso praticato clandestinamente con elevati rischi sanitari); 4) dalla frequente condizione di irregolarità giuridica di chi esercita la prostituzione, che ne rende particolarmente difficile l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche, ove potrebbe essere esercitata un' efficace azione di educazione sanitaria, di visite periodiche, di diagnosi precoce e di eventuale terapia adeguata.

Preme sottolineare come l'approccio sinora perseguito rispetto al 'problema' prostituzione si sia finora concentrato sulla figura della prostituta o del prostituto, mentre sarebbe forse utile - in particolare per l'approccio sanitario di tipo preventivo - iniziare a lavorare anche sulla figura del cliente, che, in ultima analisi, è quell'attore che ha indotto e potenziato l'offerta sessuale sul mercato della prostituzione e che ne continua a determinare anche la qualità, cioè la tipologia delle prestazioni sessuali, che così pesantemente influenza i rischi per la salute.

IL CARCERE

In questi anni, di fronte ad una ingiustificata enfatizzazione dei rischi sanitari legati alla presenza straniera nel contesto generale, non sono stati sufficientemente indagati alcuni ambiti specifici, tra cui quello carcerario. Ci sembra infatti in atto una pericolosa sottovalutazione delle realtà di salute venutesi a determinare all'interno degli Istituti penitenziari - con riferimento ai detenuti immigrati di provenienza extraeuropea (ext.UE) - ed intendiamo qui sollecitare specifiche azioni di politica sanitaria.

Per approfondire l'analisi di questo contesto, si è fatto riferimento ai dati forniti dal Ministero dell'Interno, parzialmente elaborati dalla Caritas di Roma, nonchè ai risultati di alcuni screening promossi dall'Associazione Medici dell'Amministrazione Penitenziaria Italiana (AMAPI). Va premesso che le statistiche ministeriali fanno riferimento a diverse categorie giuridiche; l'utilizzo di una terminologia tecnica, che distingue i denunciati-indagati dagli arrestati, dai detenuti e dai segnalati o intimati per l'espulsione, suggerisce una particolare cautela nell'effettuazione dei confronti tra dati.

All'interno degli Istituti di detenzione gli immigrati hanno costituito - al 31.12.1995 - una parte assai significativa di tutta la popolazione ristretta (17,5%: la media europea nel 1994 -dati Caritas- è stata del 14,07%), con un aumento di circa il 2% rispetto all'anno precedente (15,6%), mentre, nello stesso anno, il loro impatto demografico sulla popolazione generale italiana è stato piuttosto contenuto, meno del 2% (rispetto al 4,6% come media dell' Unione Europea).

Secondo il Centro elaborazione dati del Ministero dell'Interno, al 31.12.1995, in Italia, i detenuti stranieri sono stati 8.628 (53% al nord, 33% al centro, 14% al sud e nelle isole), di cui 8.398 (il 97,3%) ext.UE. Le regioni i cui Istituti penitenziari ne hanno ospitato il maggior numero sono state la Lombardia (18,2% sul totale dei carcerati stranieri in Italia), il Lazio (15,1%, con una flessione di 4,8 punti percentuali rispetto al 1994), la Toscana (11,5%), il Piemonte (10,4%) e l'Emilia Romagna (10,3%). Occorre sottolineare come tali dati di distribuzione abbiano una informatività temporanea, poichè nel corso del 1996 sono stati effettuati ingenti trasferimenti da regione a regione, che hanno coinvolto in particolare i detenuti stranieri, sulla base del loro minor radicamento sul territorio.

La nazionalità maggiormente rappresentata è stata quella marocchina (quasi il 23% di tutti gli stranieri), seguita da quella tunisina (quasi il 19%) e quidi da quelle dell'ex-Jugoslavia (quasi il 12%), algerina (poco più del 9%) ed albanese (poco più del 6%).

Il fenomeno interessa particolarmente le grandi città, talora con esacerbazioni estive.

Più del 95% delle persone straniere recluse sono di sesso maschile, in netta maggioranza giovani.

A seguito di screening realizzato per adesione spontanea (non è infatti lecito imporre ai detenuti alcun tipo di prelievo), al 31.12.1995 sono risultati tossicodipendenti 2541 soggetti stranieri (il 29,5% se correlati al totale dei detenuti stranieri, anche se - in forza della discrezionalità di partecipazione - il dato è sicuramente sottostimato); il 97,6% di questi era di sesso maschile. Alla stessa data sono risultati affetti da HIV 122 soggetti (l'86% maschi), di

cui 101 sieropositivi asintomatici, 19 in fase ARC. e 2 con AIDS conclamato; 82 soggetti affetti da HIV sono risultati essere anche tossicodipendenti (pari al 67,2%). In questi anni sono emersi anche dati preoccupanti di prevalenza per patologie infettive quali la tubercolosi e l'epatite B, che, unitamente alla diffusione di comportamenti a rischio (elevata sembra essere anche la frequenza di rapporti omosessuali), suggerisce la necessità di idonei e tempestivi interventi.

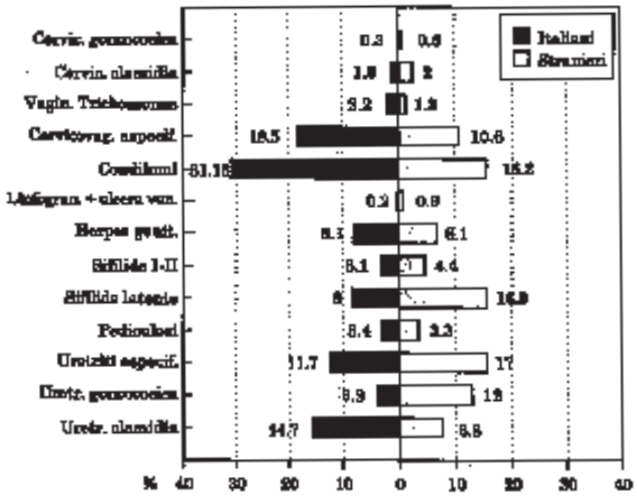
Alle già pesanti condizioni proprie della vita carceraria (potenziate dal sovraffollamento, dalla carenza di organico e di strutture) si aggiungono, per lo straniero, aggravanti specifiche che ne aumentano i rischi di salute e ne ostacolano un'adeguata assistenza socio-sanitaria: difficoltà di comunicazione (disagi di raccolta anamnestica), relazionali in senso più ampio (diversità culturali, lontananza dagli affetti) e problemi di adattamento (diverse abitudini alimentari), con preoccupante ricorso ad atti autolesionistici (complessivamente 4.893 nel 1994, cui vanno aggiunti 50 suicidi, 639 tentati suicidi, 13.151 scioperi della fame...), anche se con trend in diminuzione rispetto agli anni precedenti.

Linee di approccio

- Investire nella formazione e nell'aggiornamento del personale socio-sanitario penitenziario
- Acquisire operatori che possano favorire una mediazione culturale
- Creare una rete di monitoraggio clinico-epidemiologico (informatizzazione istituti penitenziari, diffusione di Report periodici...)
- Superare le barriere burocratico-amministrative ad un'azione preventiva efficace (sensibilizzazione degli operatori non-medici sui problemi di salute...)
- Coinvolgere i detenuti in campagne di educazione sanitaria (possibilmente avendo a disposizione strumenti normativi di tipo incentivante...)
- Promuovere iniziative multicentriche che vedano la partecipazione delle Società Scientifiche più interessate (AMAPI, SItI, SIMM...)

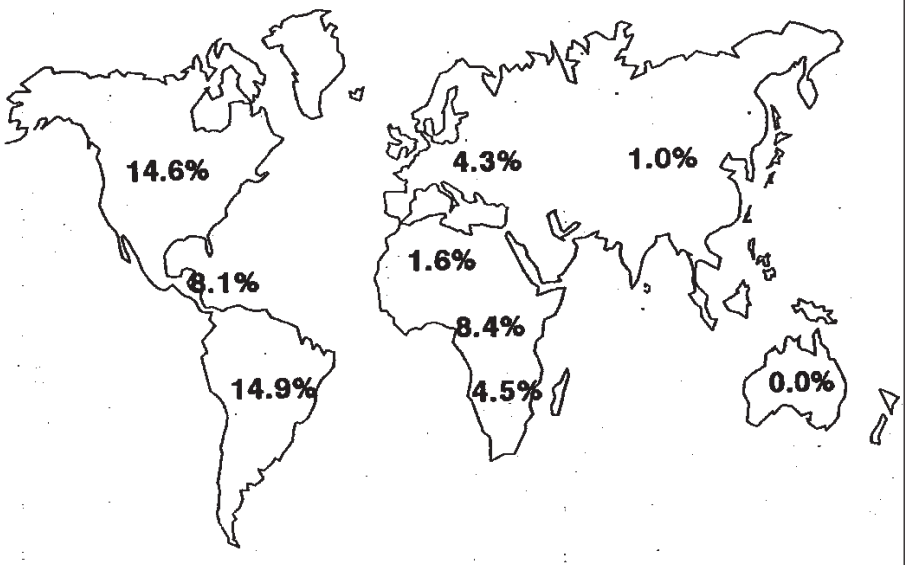
fonte: M. Marceca, 1996

Distribuzione delle MST: italiani vs. stranieri (1991-95)



fonte: B. Suligoi, M. Giuliani; COA - 1996

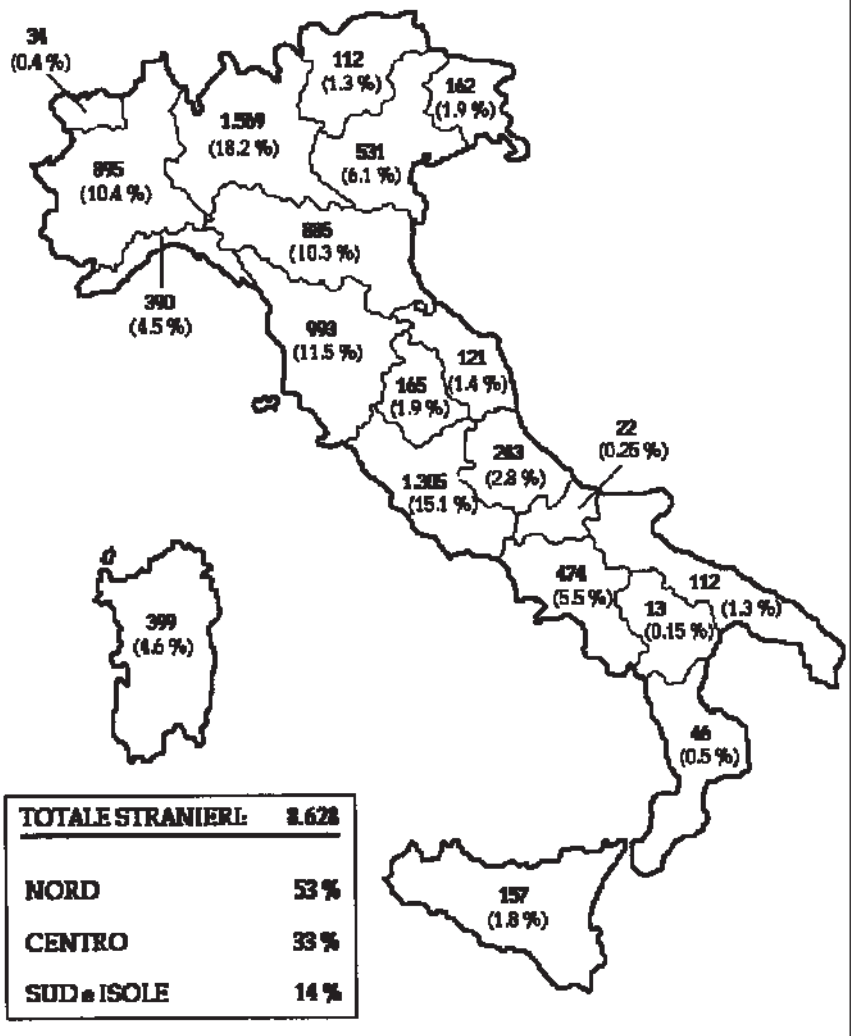
Prevalenza dell'HIV in stranieri con MST per zona di origine, Italia 1991-95



fonte: B. Suligoi, M. Giuliani; COA - 1996

Detenuti stranieri per regione al 31.12.1995

(tra parentesi % sul totale dei detenuti stranieri in Italia)



fonte: M. Marceca su dati del Ministero dell'Interno - 1996

Strategie relazionali d'intervento: la medicina transculturale

L'affermarsi, nel nostro paese, del fenomeno immigratorio - e quindi di una nuova potenziale utenza sanitaria - oltre a sollevare problemi di accessibilità ai servizi, ha introdotto per la prima volta la necessità di rivedere ed adattare la relazione terapeutica ad un nuovo contesto, che vede il curante ed il paziente appartenenti a culture diverse, a volte anche molto lontane.

Siamo cioè di fronte ad una situazione in cui l'operatore sanitario non può dare per scontato che il paziente ne condivida, insieme alla cultura d'appartenenza, uno stesso sistema medico di riferimento, nonchè analoghi concetti di salute, malattia e cura, con le forti valenze simboliche ad essi collegate. Venendo a cadere tale presupposto (a ben guardare non pienamente legittimo neppure riguardo a pazienti 'isoculturali'), si porrebbe, per il medico come per lo psicologo, l'infermiere o l'assistente sociale, la necessità di sperimentare nuove modalità di approccio.

Nell'auspicare una pronta e diffusa adozione di tale riflessione critica, proviamo ad analizzare brevemente i diversi aspetti di difficoltà terapeutico-relazionali, così come emersi dalla riflessione comune cui hanno dato un prezioso contributo anche alcuni antropologi sanitari.

Vi sono innanzitutto una serie di potenziali livelli d'incomprensione, alcuni dei quali di immediata percezione, come l'alterità linguistica, altri più complessi, perchè legati ad aspetti di scarsa frequentazione per il mondo sanitario.

Alcuni ambiti di confusione interpretativa nella relazione medico occidentale-paziente migrante, così come sono stati descritti da Colasanti, possono essere definiti genericamente 'di comunicazione'. Ne fanno parte: un livello prelinguistico, legato alla difficoltà di comunicazione che accomuna tutti gli esseri umani nel cercare di denotare, ed ostendere, fenomeni che riguardano uno spazio privato, qual'è quello della nostra interiorità (a dimostrazione di questa universale 'anomia' del malessere interiore si pensi all'impossibilità di trasmettere veramente al curante, cioè di comunicare, mettere in comunione, la sofferenza del dolore per un malato oncologico o per un traumatizzato grave); un livello linguistico, legato alle differenze di espressione dei vari linguaggi: differenze del significante, ma anche arbitrarietà sul valore del significato, legata alle diversità dei riferimenti concettuali del lessico (in somalo kili vuol dire reni, ma non identifica - come

in italiano - l'area dorsale latero-rachidea bensì l'area cutanea addominale antero-laterale: ciò comporta che, quando un paziente somalo riferisce mal di reni, il medico italiano dovrebbe orientarsi verso un dolore della regione del colon ascendente o discendente piuttosto che verso una lombalgia); sia il paziente che il medico fanno ricorso ad una lingua intermedia (più spesso inglese o francese), per lo più poco conosciuta da entrambi: non a caso tale situazione viene percepita come la difficoltà più rilevante dai medici di medicina generale. Vi è ancora un livello di confusione metalinguistico, collegato all'arbitrarietà dei valori simbolici: ad esempio il cancro non viene "tradotto" da molti immigrati, così come nella nostra cultura occidentale, come simbolo di morte (poichè nel loro contesto di provenienza le cause prevalenti di decesso sono altre) e non assurge quindi a spettro sociale.

Altri aspetti di disturbo relazionale sono inquadrabili come 'culturali' e vanno dalle differenze dei costumi antropologici a quelle ideologico-esistenziali. Ne fanno parte un livello più propriamente culturale, che assomma in sè tutto il portato dell'imprinting culturale del migrante, ma che risente anche della sua ambiguità culturale (l'immigrato, avendo di fatto operato uno strappo delle proprie radici ma non essendo ancora realmente inserito nel nuovo contesto, vive ambiguamente in una sorta di mondo sospeso in cui da una parte si fa attrarre dal culturotropismo occidentale e dai suoi simboli (magnificati dai mass-media) e dall'altra tenta un improbabile recupero del suo passato, che si risolve per lo più nell'adozione di elementi folklorici). Vi è poi un livello definibile come metaculturale, ove l'incomprensione è dovuta ad una alterità nelle concezioni filosofiche e religiose che permeano la nostra esistenza: si pensi alle importanti ricadute che ha il credo religioso nella vita del paziente musulmano, tali ad esempio da condizionare fortemente la sua adesione a determinate prescrizioni mediche in periodo di Ramadan.

Proviamo adesso a tracciare delle considerazioni sull'incontro che sempre più frequentemente avviene, nel campo del bisogno sanitario, con "l'altro". E' una problematica di relazioni, oltre che di conoscenze nosologiche e culturali specifiche (ad esempio le malattie tropicali o le diverse religioni) che ci interroga sul modello organizzativo e relazionale della medicina occidentale, non tanto per scalfirne le certezze scientifiche, quanto per evidenziarne le contraddizioni e le potenzialità espresse proprio dall'incontro con l'immigrato.

Almeno quattro sono le problematiche del nostro modo di "fare medicina" che spesso si evidenziano nell'incontro con persone provenienti da culture "altre":

- l'utilizzo, anche inconscio, di protocolli comportamentali sintomo-specialista-indagine diagnostica-diagnosi probabile che non tengono conto della specifica espressione della malattia/bisogno in contesti cumunicativi-culturali diversi;
- la "paura del vuoto comunicativo" che viene riempito da nostre proiezioni di bisogni;
- i limiti espressivi permeati da ciò che per noi è ovvio, senso comune, dato acquisito;
- il tentativo di ridurre anche le intuizioni di incertezza relazionale in anticipazioni stereotipate.

La necessità di capire cosa produce queste problematiche che in modi diversi frequentemente ci troviamo a gestire, e per valutare ciò che a nostro avviso è il nodo centrale e cioè la necessità di capire il peso dell'implicito culturale all'interno del rapporto/rituale terapeutico, ci ha condotto già da vario tempo ad analizzare con prospettiva antropologica tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori sociosanitari che prestano opera volontaria all'interno dei servizi sanitari della Caritas di Roma.

Ciò che di seguito riportiamo sono il frutto di alcune ricerche effettuate in vari anni insieme con il dottor R. Colasanti, già direttore del poliambulatorio della Caritas, e con una antropologa, la dottoressa N. Diasio, che collabora da tempo con l'Area Sanitaria.

Negli ambulatori e nelle singole esperienze di nuovi medici che entrano nel campo dell'immigrazione, abbiamo spesso potuto cogliere una dialettica dei rapporti che può essere semplificata in tre grandi fasi.

La prima fase, quella che abbiamo definito dell'esotismo, vede il più intenso ed articolato processo di produzione di "immagini dell'altro". Lo straniero è in primo luogo un agente contaminante: il medico si aspetta di trovare il paziente africano affetto da chissà quali strane malattie. E non a caso si cita qui il paziente africano, portatore di una densità simbolica riferentesi all'idea di Africa come "deposito di virus", luogo di una natura incontrollata e pericolosa. L'immigrato viene inquadrato come vettore di morbi esotici, ogni sintomo si ammanta di una sua presunta "eccezionalità" rispetto alla patologia "addomesticata" nostrana, si richiedono non solo più analisi, ma anche indagini più sofisticate alla ricerca di una sicura malattia tropicale ben occultata

Anche l'operatore sanitario è però oggetto di specifiche attese culturali da parte del paziente immigrato, una sorta di "esotismo capovolto", e queste non sono quelle di un ristabilimento di pratiche di medicina tradizionale (curanderos o simili); al contrario è presente una forte aspirazione alla medicina ipertecnologica e di base strumentale: all'interno del viaggio, nel

mito dell'eden, della terra promessa da raggiungere, c'è quello di un medicina occidentale, potentissima, fondata su un uso estremo della tecnologia.

Per cui ci si trova nella strana situazione del sanitario occidentale che tendenzialmente è portato a credere il migrante come il "buon selvaggio" rousseauviano, povero e malato, e del paziente immigrato abituato ai telefilm di Dallas o General Hospital che vengono trasmessi a Kinshasa come a Dar el Salam si aspetta di essere trattato come in un ospedale per Wasp bostoniani. Tale fattore culturo-tropico dal punto di vista sanitario, comporta l'aspettativa di un servizio sanitario di tale efficienza tecnologica - certamente inesistente in Italia - e che è il grande sogno del materialismo occidentale scientista.

Ed è questa una delle contraddizioni a cui accennavamo, una medicina potente ma lontana, precisa ma disattenta, forte nelle acquisizioni scientifiche e nelle aspettative che provoca, ma terribilmente debole nelle risposte a bisogni forzatamente soggettivi.

Alla fase d'esotismo segue il periodo dello scetticismo. Spesso la domanda insistente di cura viene interpretata come ipocondria nell'assenza di un modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso da entrambi: il paziente viene visto come un "lavativo", un "malato immaginario", un "perditempo". Non scoprire malattie esotiche, non poter fare brillanti diagnosi mette in causa le categorie anticipatrici dell'operatore sanitario e sospende il rapporto medico-paziente in una specie di vuoto di senso, in cui il medico inizia a mettere in dubbio l'utilità del proprio servizio. E' questa la fase in cui si registra il più alto numero di abbandoni da parte dei volontari o il maggiore disinteresse e "disattenzione" negli operatori sanitari pubblici. Alla ambiguità dell'operatore sanitario che vorrebbe aiutare ma non vuol perdere tempo, si contrappone una ambiguità del migrante che genera conflitti relazionali: l'immigrato per il fatto stesso di essere partito ha cominciato a strappare le sue radici; non ha ancora spezzato tutti legami col passato, ma neanche ha conquistato la cultura del paese occidentale. Ricorda con nostalgia il passato della sua patria, ma sogna ardentemente il futuro del nuovo paese; culturalmente non è ancora partito del tutto ma non è neanche arrivato del tutto. Il migrante è sottratto alla cultura egemone del suo paese che costantemente lo informava nei suoi costumi etnici; è partito attratto da un forte culturotropismo occidentale; è immerso in una cultura occidentale egemone di cui si sente assorbito, ma suddito; ritiene per reazione del suo passato gli elementi folclorici, non un vero ritorno.

Da tale complessa interazione di fattori culturali sorge l'equilibrio culturale dinamico del migrante, che tende a trasformarsi costantemente verso un costume e una cultura occidentali, con un limite insuperabile nell'incapacità a raggiungere un'acculturazione completa per ragioni inerenti alla sua età e alle

sue capacità, mantenendo d'altra parte un contenuto di memoria del proprio passato che si fa sempre più mitico e folcloristico. In questo processo la società di accoglimento, nella fattispecie quella italiana, impone notevoli pressioni selettive: sia economiche che di riconoscimento delle intenzioni dell'immigrato confondendolo con un perditempo o un bifolco terzo mondiale, un delinquente o un povero disgraziato.

Anche il sanitario è disorientato perché avverte che manca quella forza di gravità universale che è la propria cultura con i propri simili, e il paziente è stupito perché avverte che deve esprimere se stesso ad un mondo in altra dimensione. Medico e paziente si annusano come l'esploratore con l'indigeno, ma qui i ruoli sono diversi perché l'indigeno è il medico e il paziente migrante è l'esploratore.

In questa fase comincia a delinearsi uno spazio mediano di tipo ermeneutico, mettendo in questione le categorie conoscitive, che avevano dato forma e linguaggio al primo contatto; questa consapevolezza permette il superamento dello scetticismo ed iniziare la terza fase, detta del criticismo, in cui ci si accorge di non aver capito nulla della persona-paziente - in cui non è il virus o il miceto ad essere inconsueto, ma la percezione del corpo, della salute e della malattia - ma anche individuazione, lenta, faticosa, sempre relativa, dei propri criteri di giudizio. La fase del criticismo è anche quella in cui, dopo la delusione, si oltrepassano le immagini che abbiamo esaminato - del povero, dello sfruttato, dell'"untore", ... - per incontrare il soggetto, interprete assoluto di una cultura, di una storia, di una realtà psicofisica, di una vicenda esistenziale.

Questa parabola in tre fasi è riconducibile con qualche accentuazione o attenuazione, oltre che all'interno di contesti di privato sociale e di strutture pubbliche più o meno specifiche, anche nelle scelte di politica sanitaria relativa all'immigrazione: ci riferiamo alle proposte di controlli sanitari alle frontiere, test obbligatori per stranieri (fase dell'esotismo), o di contro all'estensione tourt-court della sanità pubblica agli immigrati senza tener conto di alcune situazioni che ne rendono spesso impossibile l'accessibilità e la fruibilità come l'iter amministrativi complessi, il problema della residenza, la temporaneità dei permessi di soggiorno, la discrezionalità nell'applicazione delle norme, oltre che, a volte, la non leggibilità culturale (fase dello scetticismo).

L'incontro col paziente migrante si dimostra quindi irto di difficoltà. Difficoltà di linguaggio, di cultura, di aspettative, difficoltà di geografia sanitaria, di epidemiologia, di nosologia relativa al processo migratorio stesso, di sociologia sanitaria. Difficoltà acuite da un sistema sanitario e da operatori

sanitari "formati" in modo prettamente organicista, abituati a trattare pazienti isoculturali, isoterritoriali, e per la tendenza a spostare il piano diagnostico verso l'oggettivizzazione strumentale. La nostra esperienza indica che è necessario nella pratica semeiologica, diagnostica e terapeutica riconoscersi in disposizione di incertezza metodologica che crea, al di là della monumentale sicurezza dei trattati e del modo di concepire la medicina occidentale, un'adesione più stretta a problemi così individuali.

Si definisce così il campo di una medicina transculturale, una medicina sensibile ed attenta, una medicina dove nulla è dato per scontato, dove nulla è ovvio, dove ciò che non è esplicito non è necessariamente colmato da un nostro implicito culturale; dove il corpo malato non è una macchina che si rompe e dove mente-corpo-cultura non sono ambiti separati; dove la sfera del sociale e del sanitario si incontrano, dove la trasparenza e lo spirito di collaborazione è massimo, dove figure professionali diverse lavorano e vivono un progetto comune, dove ognuno con il proprio bagaglio professionale ed umano, si riscopre protagonista nella promozione della salute intesa come bene comune; dove l'immigrazione e le problematiche sanitarie ad essa connesse sono considerate come elemento ordinario, ricco di contenuti e risorse; un campo dove possono essere valorizzate le competenze degli immigrati e il loro patrimonio umano e culturale; dove può avvenire un incontro non solo sul piano del bisogno ma su quello più stimolante, ricco ed efficace della cultura.

Medicina Transculturale
medicina delle relazioni

- attenta e sensibile alle diversità di cultura, di atteggiamento, di aspettative, di contesto, ...
- scevra da pregiudizi e realtà precostituite
- dove nulla é ovvio
- dove l'attenzione massima é per la persona nel suo complesso e non per singoli organi, apparati o malattie
- dove non esistono rigidi protocolli *(se non come riferimenti scientifici)* ed il non-standard é quasi la regola
- dove avviene un incontro pluridisciplinare con l'antropologia, la psicologia, la sociologia, ...
- dove il sanitario ed il sociale camminano insieme

fonte: S. Geraci, 1994

Da quanto - pur sommariamente - detto sinora, è possibile rendersi conto delle numerose implicazioni e problematiche sottese ad azioni ed obiettivi rivolti al paziente immigrato, quali la formulazione di una diagnosi, l'ottenimento del consenso informato o il raggiungimento di una buona compliance terapeutica e di un adeguato follow-up.

Ciò non deve però scoraggiare l'operatore sanitario sulle reali possibilità di adottare un approccio transculturale efficace: egli è innanzitutto chiamato, dal paziente straniero, ad una disponibilità a modulare il proprio approccio clinico, non arroccandosi sulle proprie certezze scientifiche - così come apprese sui testi universitari - ed evitando di negare aprioristicamente ogni caratterizzazione culturale alla malattia ed al sentirsi malato del paziente; nello stesso tempo - come segnalato da Mazzetti - dovrà guardarsi da un approccio "esotico", che invoca la differenza culturale del paziente di fronte ad ogni situazione incompresa, finendo per ritenerla ingestibile.

Si è molto discusso, in questi anni, sull'opportunità di utilizzare figure che possano facilitare la relazione terapeutica con il paziente straniero, operando una 'mediazione'; questa è stata diversamente intesa nella semplice traduzione linguistica (azione di interpretariato tradizionale), fino ad una molto più complessa traduzione culturale, che prevede che il mediatore conosca, comprenda ed espliciti al curante sia le sensazioni del paziente, sia le sue aspettative circa la cura. Come si può intendere, il profilo del 'mediatore culturale' si configura come molto complesso e comunque discutibile: con l'eccezione di lodevoli ma sparute iniziative, si ha però la sensazione che questa figura non sia stata sufficientemente sperimentata e valutata 'sul campo'.

Medicina e Migrazioni
non una nuova branca della medicina o una nuova specializzazione ma una nuova attenzione

- conoscenza degli scenari e dei contesti socio-culturali
- individuazione di strategie ed organizzazione di comunicazione adatta
- realizzazione della medicina transculturale
- conoscenza di patologie e di quadri nosografici inconsueti
- valorizzazione delle risorse individuali e collettive (gruppo di appartenenza) del paziente
- collegamento a rete con altre realtà sul territorio (strutture pubbliche, volontariato, associazionismo, ...)

fonte: S. Geraci, 1993

Il viaggio continua...

L'immigrazione come occasione! E' un'affermazione che da tempo andiamo ripetendo, e che vorremmo costituisse il messaggio fondamentale trasmesso da quanto fin qui scritto; un'occasione, professionale ed umana, che riguarda sia la tipologia e la qualità delle relazioni (medicina transculturale), sia le strategie di approccio e le possibilità di approfondimento scientifico. Ci rendiamo conto delle specificità e dei limiti di una esperienza quale la nostra, maturata all'interno delle strutture sanitarie Caritas insieme a tutti gli operatori che in questi anni si sono impegnati, ben connotata sia come bacino d'utenza (Roma, capitale, almeno quantitativamente, dell'immigrazione), sia come caratteristiche motivazionali (volontariato per persone senza diritti); siamo consci dei rischi di un'eventuale generalizzazione di questa esperienza (errore troppo frequente di quanti si occupano - anche in ambito medico-scientifico - delle migrazioni, è quello di voler estendere e far valere per tutti gli immigrati le proprie osservazioni).

Medicina e migrazione: una occasione da non perdere

- incertezza metodologica creativa
  non dalla parte di chi tutto sa sia in campo clinico che relazionale/culturale
- rivalutazione del dubbio
  nulla è ovvio, scontato
- riscoprire la curiosità
  percorrere nuove vie relazionali/terapeutiche sia con i pazienti, sia tra gli operatori

Fonte: S. Geraci, 1995

Eppure riteniamo, quantomeno confortati dall'ampiezza del nostro "laboratorio di ricerca" (oltre 50.000 pazienti visitati) e dalla non-strumentalità dell'impegno profuso, di poter definire l'immigrazione - al di là delle problematiche politico-gestionali che può generare - una notevole occasione, forse una irripetibile opportunità. Occasione ed opportunità dell'incontro con pazienti di altri ambiti culturali, sia per riscoprire il dubbio,

abituandosi a non dare nulla per scontato, che per riassaporare la curiosità della ricerca relazionale e comunicativa; per tentare di rispondere in modo non convenzionale, che superi schematismi culturali, agli interrogativi che sempre la malattia pone (perché a me, perché qui ...). Per avere quindi il coraggio di aprire le porte di stanze che in occidente definiremmo del 'già visto' e del 'già conosciuto' e di scoprire nuovi scenari di relazione umana e terapeutica, con una effettiva disponibilità a rinnovarsi non tanto di bagaglio tecnologico quanto di bagaglio umano, per riproporre una medicina attenta all'uomo - italiano-straniero-altro - e non solo alla malattia; per scoprire, in definitiva, un mondo sanitario fatto non di pazienti da scrutare, ma di persone da accogliere.

Capitolo 2

Immigrazione e salute: la normativa italiana

di Giovanni Baglio*, Michele Loiudice*°, Salvatore Geraci*

** Caritas Diocesana di Roma, Area Sanitaria*

° Istituto di Igiene "G. Sanarelli", Università degli Studi di Roma La Sapienza

La tutela della salute di ogni individuo risponde a un'esigenza di solidarietà umana e, contemporaneamente, a una logica di prevenzione collettiva. Questa impostazione è presente nella Costituzione italiana che all'art. 32 recita: "La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Considerando che l'art. 2 sancisce il rispetto dei "diritti inviolabili dell'uomo" nonchè "l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale", appare evidente che la Costituzione stabilisce il principio del diritto alla tutela della salute, diritto riconosciuto a tutti gli individui: non solo ai cittadini italiani ma a chiunque si trovi all'interno dei confini della Repubblica. Ovviamente la Costituzione ha una valenza programmatica ma non attuativa: infatti, per i cittadini italiani il diritto alla tutela della salute ha conosciuto un'evoluzione costante in campo giuridico e, di riflesso, nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'obiettivo di queste pagine è presentare l'evoluzione della legislazione a partire dal 1978 (anno in cui è stato istituito il SSN) e il quadro attuale del diritto alla tutela della salute per tutti quegli individui che, pur vivendo in Italia, non sono cittadini italiani.

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri

Lo scenario normativo dell'assistenza sanitaria agli immigrati nel nostro Paese può essere ricondotto essenzialmente a cinque fonti legislative.

Sul finire degli anni '70, la **Legge n. 833/78** (legge istitutiva del SSN) individua per la prima volta tra le competenze dello Stato, l'assistenza ai cittadini stranieri e agli apolidi: (art. 6) "Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative... l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri e agli apolidi nei limiti ed alle condizioni previsti da impegni internazionali, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti".

Successivamente, il **D.L. n. 663/79** (convertito in Legge n. 33/80) determina le condizioni generali e le modalità di accesso degli stranieri al SSN, operando una prima distinzione fra coloro che "risiedono" in Italia e coloro che sono semplicemente "presenti": ai primi è data facoltà di richiedere l'iscrizione

al SSN, i secondi beneficiano solo delle cure urgenti per malattia, infortunio e maternità: (art. 5) "Ferme restando le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria a cittadini stranieri in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali, gli stranieri residenti in Italia possono, a domanda, fruire dell'assistenza di cui al primo comma (N.d.R. assistenza sanitaria). Agli stranieri presenti nel territorio nazionale sono assicurate, nei presidi pubblici e convenzionati, le cure urgenti ospedaliere per malattia, infortunio e maternità. Con il provvedimento previsto dall'art. 63 IV comma della legge 833/78 sono stabilite le misure e le modalità della partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli stranieri residenti che hanno chiesto di fruire del beneficio di cui al precedente comma (N.d.R. assistenza sanitaria), nonché le rette di degenza da porre a carico degli stranieri che hanno fruito delle cure ospedaliere...".

Con la **Legge n.943/86** (che rappresenta il primo intervento legislativo organico, almeno nelle premesse, sull'immigrazione) si arriva al riconoscimento della parità di diritti tra i lavoratori italiani e i lavoratori stranieri: gli immigrati in regola con le leggi dello Stato italiano e in possesso del certificato di residenza godono, se non altro in linea teorica, degli stessi diritti sociali e sindacali dei lavoratori italiani: (art. 1) "La Repubblica Italiana ... garantisce a tutti i lavoratori extracomunitari legalmente residenti nel suo territorio e alle loro famiglie parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai lavoratori italiani. La Repubblica Italiana garantisce, inoltre, i diritti relativi all'uso dei servizi sociali e sanitari..., al mantenimento dell'identità culturale, alla scuola e alla disponibilità dell'abitazione, nell'ambito delle norme che ne disciplinano l'esercizio".

Il secondo intervento legislativo specifico sull'immigrazione, anche se ancora carente in particolare negli aspetti che riguardano la tutela della salute, è rappresentato dalla **Legge n. 39/90** (la cosiddetta *legge Martelli*). Si stabilisce che: (art. 9, comma 12) "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 al SSN ed iscritti alla USL del comune di effettiva dimora. Limitatamente all'anno 1990, i predetti cittadini sono esonerati dal versamento dei contributi dovuto ai sensi dell'art. 5 del D.L. 663/79".

Infine, il **D.L. 18/11/95 n. 489** (noto anche come *decreto Dini*) estende il diritto alle cure ordinarie e continuative ed i programmi di medicina preventiva, anche agli immigrati irregolari e clandestini. L'articolo 5 (comma 7) del D.L. 663/79 viene sostituito dal seguente: (art. 13) "Assistenza Sanitaria. - Agli stranieri temporaneamente *presenti* nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere assistenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva. E' altresì garantita la tutela sociale della

maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a cario dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con il decreto del Ministro della Sanità, adottato di concerto con il ministero del Tesoro, nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali".

Il *decreto Dini* rappresenta in realtà una rivoluzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati: per la prima volta in Italia vengono garantite a tutti gli stranieri presenti (dunque anche agli irregolari e ai clandestini) le cure ambulatoriali e ospedaliere continuative per malattie e infortuni, anche se la possibilità di iscriversi al SSN continua a essere subordinata al vincolo del possesso del permesso di soggiorno e della residenza.

Il decreto è andato incontro in questi mesi a cinque reiterazioni: 3 con il governo Dini che lo aveva proposto come D.L. 18/1/96 n. 22, idem D.L. 19/3/96 n. 132, idem D.L. 17/5/96 n. 269 e l'articolo 13 è rimasto invariato. Due con il governo Prodi in una nuova Legislatura: come D.L. 16/7/96 n. 376, idem D.L. 13/9/96 n. 477. Nelle reiterazioni del governo Prodi l'articolo 13 è divenuto articolo 11 (poichè sono stati soppressi 2 articoli tra cui il n. 4 che prevedeva la necessità di una certificazione sanitaria per gli extracomunitari che volevano entrare in Italia), subendo una trascurabile modifica: il termine *assistenziale* è stato sostituito da *essenziale* che era in realtà il termine proposto fin dalla prima emanazione.

L'ultima reiterazione è scaduta in data 15 novembre 1996 e in seguito alle disposizioni della Corte Costituzionale non è ulteriormente riproponibile. Pertanto, in attesa di una legge che affronti l'intera materia in modo finalmente organico ed esaustivo, il quadro normativo di riferimento torna a essere quello preesistente al decreto, anche se una Ordinanza del Ministero della Sanità (datata 15/11/1996 e con valenza 90 giorni) fa salve le novità introdotte con il citato articolo. Rimandiamo al capitolo successivo per una trattazione dettagliata di questa importante innovazione legislativa e della sua travagliata, seppur breve, storia.

Si tenterà ora di riassumere, alla luce delle norme già citate e di altre numerose leggi e "leggine" che in questi anni hanno regolato il difficile rapporto tra gli uomini e le istituzioni, i diritti teorici e le possibilità concrete degli immigrati rispetto al SSN, in funzione di alcune loro caratteristiche fondamentali: la residenza, il Paese di provenienza e la condizione di rifugiato politico.

STRANIERI RESIDENTI

Gli stranieri residenti in Italia possono fruire dell'assistenza sanitaria che viene assicurata a tutti i cittadini italiani, attraverso l'iscrizione obbligatoria o volontaria al SSN (L. 833/78, D.L. 663/79, D.M. 24/9/81 e D.P.R. 24/12/92). Inoltre, il D.M. 25/11/82 definisce le modalità per l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri, oltre che agli italiani, a carico di istituzioni estere e per il rimborso delle relative spese alle USL.

L'iscrizione diventa obbligatoria per i lavoratori comunitari, in quanto il trattato CEE garantisce uguaglianza di trattamento tra lavoratori comunitari nel settore della sicurezza sociale e specialmente per le condizioni di iscrizione a un regime di sicurezza sociale (in particolare, art. 7 del Trattato e artt 2 e 3 del regolamento n°1408/71).

L'obbligo di iscrizione vale anche per i cittadini comunitari disoccupati, purché iscritti nelle liste di collocamento e già soggetti alla legislazione di sicurezza sociale di uno o più Stati membri. Nel caso specifico, i cittadini comunitari disoccupati sono equiparati ai lavoratori italiani in quanto dal 1° ottobre 1990 l'Italia si è uniformata al parere motivato della Commissione CEE del 30 luglio 1990, che aveva ritenuto discriminatoria l'iscrizione volontaria dei lavoratori comunitari disoccupati rispetto a quella obbligatoria riservata agli altri lavoratori (D.M. 27/9/90).

Per quanto riguarda i lavoratori provenienti da Paesi extracomunitari, l'equiparazione ai lavoratori italiani, ovvero l'obbligatorietà dell'assicurazione, avviene in attuazione della Convenzione dell'Organizzazione Mondiale del Lavoro del 1975, ratificata dall'Italia nel 1981: a tutti i lavoratori stranieri e ai loro familiari sono assicurati, nell'ambito dei principi di parità di trattamento e di piena uguaglianza rispetto ai lavoratori locali, i diritti relativi all'uso dei servizi sociali e sanitari, ivi comprese le prestazioni sanitarie in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero (Circolare del Ministero della Sanità n° 33 del 1989).

L'iscrizione volontaria al SSN è prevista per gli stranieri residenti non assicurati obbligatoriamente e in regola con le norme che disciplinano il soggiorno; dà diritto alle stesse prestazioni spettanti agli italiani, con esclusione di quelle erogate, in forma diretta o indiretta, presso centri di altissima specializzazione all'estero. Per l'iscrizione è richiesto il pagamento di un contributo nella misura prevista a carico dei cittadini italiani assicurati obbligatoriamente presso il SSN.

L'iscrizione volontaria è anche possibile nel caso che i cittadini extracomunitari siano disoccupati. Nel 1991, in forza del D.L. 415 del 29/12/90, essi sono stati temporaneamente equiparati ai cittadini italiani non occupati, purché come questi ultimi risultino iscritti nelle liste di collocamento: (art. 4, comma 1) "Per l'anno 1991, i cittadini extracomunitari, regolarmente residenti

in Italia ed iscritti nelle liste di collocamento, sono equiparati ai cittadini italiani non occupati iscritti nelle liste di collocamento per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata in Italia dal SSN e al relativo onere retributivo". Tale equiparazione è stata riproposta successivamente per l'anno 1992 dal D.L. 2/1/92 n°1, reiterato successivamente, con alcuni vuoti legislativi, l'ultimo verificatosi con lo scadere del D.L. 13/9/96, che non è stato possibile reiterare per la nota sentenza della Corte Costituzionale. Ciò ha portato alla "cancellazione" dalle liste del SSN di migliaia di immigrati regolari; peraltro è ora assolutamente necessaria una legge che sancisca in modo definitivo la norma.

Contributo di malattia

I cittadini stranieri residenti partecipano al finanziamento del Fondo Sanitario con modalità simili ai cittadini italiani, come definito dall'art. 63 della Legge 833/78, dal D.M. 23/4/93 e dal D.M. 11/6/93 n°217.

La prima definizione dell'entità di questi contributi risale al 1981 con il D.M. 9/9/81: i cittadini stranieri residenti in Italia che abbiano chiesto di fruire dell'assistenza sanitaria sono tenuti, se soggetti all'obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, al versamento di un contributo nella misura stabilita per i cittadini italiani. I cittadini stranieri residenti, non soggetti all'obbligo della dichiarazione dei redditi, devono versare a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria un contributo annuo stabilito per legge che dà diritto all'assistenza anche per i familiari a carico.

Questa impostazione verrà a volte modificata nei successivi decreti, D.M. 28/10/81, D.M. 25/5/83, D.M. 4/6/84, D.M. 22/12/84. Con il D.M. 8/10/86, il più recente che è stato possibile rintracciare, i cittadini stranieri residenti che presentano la dichiarazione dei redditi sono tenuti ad un contributo nella misura del 7,5% del reddito complessivo conseguito nell'anno precedente in Italia e all'estero: tale aliquota si riduce al 4% una volta superati i 40 milioni fino ad un massimo di 100 milioni. Viceversa il contributo non può essere in ogni caso inferiore a una somma minima fissata in 750.000 lire. Si conferma che il pagamento di tale contributo dà diritto all'assistenza anche dei familiari a carico.

Come riportato in precedenza, i cittadini extracomunitari regolarmente residenti in Italia e iscritti nelle liste di collocamento sono stati equiparati ai cittadini italiani che si trovano nella medesima situazione: sono, pertanto, esonerati dall'obbligo del pagamento del minimale di 750.000 lire

Sempre nel citato D.M. 8/10/86, rispetto alla generalità degli stranieri assicurati a titolo volontario, sono state previste delle condizioni di maggior favore per gli stranieri residenti in Italia e con permesso di soggiorno per motivi di studio (art. 4) e per le persone "collocate alla pari" secondo la L. 304/73 (art. 5), derogando al contributo in percentuale e prevedendo una partecipazione

ridotta in misura fissa di £ 290.000 lire nel primo caso e di £ 425.000 lire nel secondo caso a carico, tuttavia, della famiglia ospitante. Tale contributo, tuttavia, a differenza di quelli identificati precedentemente, non rende assistibili i familiari a carico e, per i collocati alla pari, è svincolato dalla residenza in Italia. Resta da aggiungere che il contributo di queste categorie è stato elevato nel 1987 a £ 302.000 per gli studenti e £ 425.000 per i collocati alla pari non con decreto ma con una nota telegrafica del Ministero della Sanità del 30 dicembre 1986 e messaggio dell'INPS del 31 dicembre 1986 n°8358.

Diritto di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria (ticket)

Ai cittadini stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale spetta l'esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria nelle medesime condizioni previste per i cittadini italiani, per esempio in caso di indigenza o nel caso di familiari a carico di un iscritto avente diritto all'esenzione (D.L. 25/11/89). Inoltre, permane l'esenzione del pagamento per determinate forme morbose, per i protocolli per la tutela della maternità, per le categorie di invalidi ed assimilati, per i donatori di organi e di sangue in connessione con gli atti di donazione.

STRANIERI NON RESIDENTI

Come già osservato in precedenza, la situazione dei cittadini stranieri non residenti è mutata in seguito al D.L. 18/11/95 n. 489 (e successive sue reiterazioni). Attualmente, la condizione di non reiterabilità dei decreti legge sancita dalla Corte Costituzionale ha determinato in materia di assistenza sanitaria agli immigrati un ripristino dello *status quo antea*.

Nel prosieguo, si farà riferimento alla situazione normativa precedente al novembre 1995, che è quella al momento vigente, seppur va tenuta presente l'Ordinanza Ministeriale già citata, che per 90 giorni mantiene le indicazioni dell'art. 13 del D.L. 489/95 e che comunque essenzialmente riguarda gli stranieri temporaneamente presenti non in regola con le norme del soggiorno in Italia.

Gli stranieri non residenti in Italia, in base all'articolo 5 (comma 7) del D.L. 663/79, non possono iscriversi al SSN e, quindi, devono far fronte personalmente alle esigenze di assistenza sanitaria.

Lo Stato italiano, tuttavia, garantisce a tutti coloro che si trovano nel territorio nazionale le cure ospedaliere *urgenti* per malattia, infortunio e maternità, dietro pagamento di una tariffa stabilita per legge (L. 633/79, art. 5).

In base al D.P.R. 24/12/92 è possibile identificano nell'ambito degli stranieri presenti in Italia le seguenti categorie:

1. i turisti, i profughi e i nomadi che devono far fronte alle spese per le cure urgenti; in caso di insolvenza le USL devono rivolgersi al Ministero

dell'Interno per il rimborso, tramite le competenti Prefetture;
2. i profughi in attesa del riconoscimento della qualifica, raccolti negli appositi centri predisposti dai Ministeri competenti, per i quali l'assistenza sanitaria necessaria in relazione alle loro condizioni di salute viene erogata dalle USL o da altre strutture sanitarie di associazioni o enti morali, con oneri a carico del Dipartimento della Protezione civile;
3. i titolari di pensione italiana ai quali sono garantite gratuitamente le prestazioni urgenti per malattia, infortunio e maternità;
4. i collocati alla pari;
5. gli studenti non residenti, con permesso di soggiorno per motivi di studio, che non abbiano la residenza o comunque non siano iscritti al SSN. Per questa categoria di stranieri, "è prevista all'atto dell'ingresso in Italia l'assicurazione obbligatoria per le prestazioni urgenti mediante pagamento del premio assicurativo dell'apposita polizza tipo con l'INA, prevista dalla convenzione sottoscritta dai Ministeri dell'Interno e della Sanità con il medesimo Istituto assicuratore". L'introduzione del requisito assicurativo per il rilascio del permesso di soggiorno per motivi di studio era stata definita attraverso due circolari del Ministero dell'Interno, n°443/201 del 25 luglio 1983 e n°745/5/15 del 27 luglio 1983. Tali circolari stabilivano che gli studenti stranieri dovevano dimostrare la copertura per le prestazioni ospedaliere attraverso una delle seguenti modalità:

- attestazione consolare sulla sussistenza del diritto in base ad accordi internazionali;
- polizza assicurativa straniera dichiarata dalla rappresentanza idonea ai fini della copertura (ad es. prive di limiti temporali o di patologie);
- polizza assicurativa Ina-Assitalia, il cui schema era stato approvato dal Ministero dell'Interno;
- polizza di uguale portata, con altro ente o società nazionale.

Tariffe

Il D.M. 9/9/81 all'art. 5 stabilisce che "i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale che abbiano fruito nei presidi pubblici e convenzionati delle cure urgenti ospedaliere... sono tenuti al pagamento di una retta giornaliera di degenza di £ 80.000 per il 1980 e di £ 100.000 per il 1981".

I successivi D.M. 28/10/81, D.M. 25/5/83, D.M. 4/6/84, hanno progressivamente aumentato l'importo delle tariffe stabilendo inoltre che, per le prestazioni fruite in presidi convenzionati, la retta di degenza giornaliera è quella determinata dalla Regione competente territorialmente.

Nel 1985, per la prima volta le cure urgenti ospedaliere vengono distinte in degenza ospedaliera, per la quale è prevista una retta giornaliera, e in prestazioni che non comportano ricovero, il cui pagamento è regolato dal

tariffario stabilito dalla Regione. Inoltre, per la prima volta, la degenza viene differenziata in ricoveri in strutture ad alta specialità (cardiochirurgia, ematologia, grandi ustionati, nefrologia con trapianti e dialisi, neurochirurgia, rianimazione e terapia intensiva, unità coronarica) per cui è prevista una retta maggiore, e altri ricoveri con tariffe più basse.

Il D.M. 30/11/89, oltre a stabilire *retroattivamente* le rette giornaliere anche per gli anni precedenti, le eleva significativamente portandole, per il 1990, a £ 1.430.000 per le alte specialità e a £ 335.000 per gli altri ricoveri. Tali rette sono state successivamente elevate, anche in questo caso retroattivamente, per il 1991 e 1992 con D.M. 27/6/92 e per il 1993 e 1994 con D.M. 8/9/94, fino a £ 2.400.000 per l'alta specialità e a £ 560.000 per gli altri reparti. Vengono, inoltre, inserite tra le prestazioni di alta specialità le emergenze, la cardiologia medica, la neuroriabilitazione, la pneumologia oncologica, la radioterapia oncologica, le malattie vascolari e la ginecologia oncologica, e si specifica che anche l'aspetto pediatrico va considerato tra le alte specialità (D.M. 8/9/94).

Infine, il D.M. 1/2/96 stabilisce che, a decorrere dal 1995, le tariffe per le prestazioni ospedaliere urgenti in caso di malattia, infortunio e maternità sono quelle fissate dalle Regioni (e dalle Province autonome), in conformità a quanto previsto dai Decreti Legislativi 502/92 e 517/93, nell'ambito del riordino del sistema di finanziamento degli ospedali.

Tale procedura di determinazione delle tariffe rimane valida anche per gli anni successivi al 1995.

RIFUGIATI POLITICI E APOLIDI

In base alla Legge 39/90 (legge Martelli), lo status di rifugiato è oggi riconosciuto:

- allo straniero che lo richieda con “istanza motivata e, in quanto possibile, documentata all'ufficio di polizia di frontiera” (art. 1, comma 5). In assenza di impedimenti (art. 1 comma 4) e in attesa della definizione della procedura del riconoscimento da parte della "Commissione centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato", il questore territorialmente competente rilascia un permesso di soggiorno temporaneo.
- allo straniero extraeuropeo “sotto mandato”, alla data del 31/12/1989, dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (ACNUR), che abbia richiesto il riconoscimento dello status di rifugiato al Ministero dell'Interno entro il 29 aprile 1990.

Secondo la Legge 5/2/92 n°91 che contiene le norme sulla cittadinanza,

l'apolide residente nel territorio italiano è soggetto alla legge italiana per quanto si riferisce all'esercizio dei diritti civili e agli obblighi del servizio militare mentre lo straniero riconosciuto rifugiato è equiparato all'apolide con l'esclusione degli obblighi inerenti il servizio militare.

In accordo con la Convenzione di Ginevra (Legge 24/7/1954 art. 23) e sulla base del regolamento attuativo della legge Martelli (D.M. 24/7/90 n°237), "coloro che hanno conseguito lo status di rifugiato fruiscono... dello stesso trattamento assistenziale riservato ai cittadini italiani" (art. 1, comma 3), sia per quanto riguarda il diritto alle prestazione che per l'onere contributivo.

Infine, la legge Martelli, all'articolo 9 (comma 12) prevede che gli apolidi, ovvero gli individui privi di qualsiasi cittadinanza, possano a domanda essere assicurati presso il SSN e iscritti alla USL del comune di effettiva dimora. Inoltre, gli apolidi presenti nel nostro Paese alla data del 1/12/89 che abbiano regolarizzato la loro posizione sono temporaneamente esonerati dal versamento del contributo di malattia. I soggetti tutelati dalle convenzioni internazionali sugli Apolidi (L. 306/62) e sui Rifugiati (L. 722/54) provenienti dai Paesi sottoscrittori, qualora siano privi di risorse economiche sufficienti godono di un trattamento particolare: se residenti possono chiedere l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale senza il pagamento dei contributi di malattia, se in soggiorno temporaneo hanno diritto gratuitamente alle sole prestazioni ospedaliere urgenti di malattia infortunio e maternità (D.P.R. 24/12/92).

Il D.P.R. 15/5/90 n°136 costituisce il regolamento di attuazione dell'articolo 1 (comma 2) della L. 39/90, definendo le procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato.

Conclusioni

In merito alle differenti caratteristiche prima identificate e, più in generale, al quadro normativo complessivo, si propongono le seguenti considerazioni

Considerazioni relative ai residenti

Benché agli stranieri residenti sia riconosciuto il diritto di iscriversi al SSN, allo stesso modo dei cittadini italiani, in realtà non si realizza un piena eguaglianza sia da un punto assistenziale che contributivo.

Sul piano dell'assistenza garantita, i cittadini stranieri extracomunitari non possono usufruire di cure presso centri di altissima specializzazione nei Paesi della Comunità Europea; tale possibilità viene invece concessa ai cittadini italiani nell'ambito di accordi comunitari che possono essere esclusivamente applicati ai cittadini della Comunità Europea, agli apolidi e ai rifugiati in uno dei Paesi firmatari.

Anche sul piano contributivo, vi è un'incomprensibile diseguaglianza tra cittadini italiani e stranieri nella definizione delle aliquote: il contributo di malattia per gli stranieri, stabilito nella misura del 7,5% dal DM 8/10/86 e all'epoca equivalente al contributo previsto per i cittadini italiani, non è stato ridotto quando quest'ultimo è stato portato al 5% (Legge 11/3/88 n°67). Attualmente, il DL 23/2/95 n° 41 ha fissato il contributo dei cittadini italiani al 6,6% senza peraltro modificare la normativa per gli stranieri.

Considerazioni relative ai non residenti

Il cittadino straniero che non può iscriversi al SSN o che comunque non sia iscritto, pur rientrando nei casi previsti dalle leggi prima esaminate, ha comunque diritto ad accedere alle strutture sanitarie in caso di cure ambulatoriali ma deve far fronte successivamente alle spese. In caso di indigenza, l'ospedale deve provvedere ad identificare il paziente e informarne il Ministero degli Interni per ottenere il rimborso delle prestazioni.

Tale notifica, tuttavia, pone dei problemi di ordine deontologico in analogia con quanto previsto per una ben più grave situazione quale quella dell'obbligatorietà del referto. In questo caso, l'art. 365 del Codice Penale, comma 2 recita: "Questa disposizione (n.d.r. il reato per omissione di referto) non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale". La preoccupazione del legislatore è quella di permettere a tutte le persone bisognose di cure di ricorrere con fiducia e senza preoccupazione all'opera del sanitario. L'analogia nasce non tanto dall'evidenza di un reato ma dall'evidenza che il cittadino immigrato non regolarmente presente in Italia potrebbe, pur avendone necessità, non rivolgersi alla struttura sanitaria anche in presenza di un grave pericolo per la propria salute, per paura di essere individuato e riceverne successivamente un danno. Non si tratta di una ipotesi peregrina in quanto si sono già verificati dei casi e purtroppo anche dei decessi. Nasce quindi l'esigenza di tutelare l'accessibilità alle cure spostando a dopo la dimissione la notifica al Ministero dell'Interno e garantendo che il mancato pagamento delle prestazioni non recherà danno in nessun modo al cittadino straniero bisognoso (es. mancata concessione del permesso di soggiorno).

In verità, nel Decreto 489/95 si faceva espresso riferimento al problema della segnalazione. Ma allo stato attuale, la questione appare ancora non

adeguatamente risolta.

Una seconda considerazione riguarda il fatto che molti ospedali tendono a rifiutare i cittadini stranieri non iscritti al SSN, appellandosi ad una interpretazione restrittiva del concetto di urgenza: ad esempio, ad una partoriente più volte cesarizzata è stato rifiutato il parto programmato con taglio cesareo in quanto non ritenuto "urgente".

Considerazioni sui rifugiati ed apolidi

Nel periodo compreso tra l'arrivo in Italia ed il riconoscimento dello status di rifugiato, il cittadino straniero è in possesso di un permesso di soggiorno temporaneo che tuttavia non gli consente l'iscrizione al SSN. Si sottolinea, inoltre, come il profugo in attesa di riconoscimento usufruisca dell'assistenza sanitaria da parte della USL o comunque di altre strutture sanitarie di associazioni ed enti morali, quando si trovi nell'apposito centro di raccolta.

Sarebbe opportuno, invece, considerare la possibilità che il rifugiato possa iscriversi provvisoriamente al SSN, in attesa della concessione del riconoscimento, dopo il quale godrà dello stesso trattamento riservato ai cittadini italiani.

Riflessioni generali

Una prima riflessione nasce dal basso profilo legislativo dei provvedimenti riguardanti la salute delle popolazioni immigrate: sono stati riportati 31 provvedimenti legislativi (vedi anche tabella) riguardanti direttamente la salute dei cittadini stranieri o, più in generale, il fenomeno dell'immigrazione: 3 Leggi, 2 Decreti del Presidente della Repubblica, 17 Decreti Ministeriali, 9 Decreti Legge, di cui 5 convertiti successivamente in Legge.

Poche leggi, dunque, molti decreti ministeriali, alcuni decreti legge e, qualche volta, circolari ministeriali e note telegrafiche. Il frequente uso dei decreti legge, di per sé limitati a situazioni di "necessità ed urgenza" e provvisori, in quanto decaduti se non convertiti in legge nel giro di sessanta giorni, denota la scarsa attenzione e la scarsa volontà politica di dare soluzioni definitive e coerenti a questo problema. Il secondo decreto sull'equiparazione dei cittadini stranieri residenti disoccupati (DL 2/1/92 n°1) è stato reiterato più volte nel corso degli anni verificandosi però dei vuoti legislativi con repentine perdite di accessibilità da parte di migliaia di persone: oltre alla situazione attuale già citata, il 1 settembre 1992 il Ministro della Sanità comunicò alle USL, con nota telegrafica 1000/U/833/6/2492, che a causa della mancata conversione del decreto sui lavoratori disoccupati nella reiterazione dell'1 luglio 1992, dovevano provvedere con "decorrenza immediata" alla cancellazione dagli elenchi degli utenti di quei cittadini stranieri disoccupati che avevano chiesto l'iscrizione gratuita in

base all'equiparazione stabilita dal decreto in questione.

A questa instabilità del diritto, si deve aggiungere la constatazione che molti interventi riguardanti la tutela della salute della popolazione immigrata sono inseriti in provvedimenti dal titolo assai generico: sono ovvie e comprensibili, quindi, le difficoltà incontrate da una persona immigrata nell'essere aggiornata e consapevole dei propri diritti e obblighi nei rapporti con il SSN.

Va ricordato come il legislatore abbia previsto nella Legge 39 (e successivamente regolamentato con il DM 26/7/90 n° 244) dei centri e dei servizi in favore delle popolazioni immigrate che forniscano "informazioni ed assistenza al fine di agevolare la fruizione di diritti e il puntuale adempimento dei doveri previsti dalla normativa".

Si rende necessaria, a giudizio degli Autori, la stesura in tempi brevi di un Testo unico, magari nell'ambito della tanto attesa "Legge Organica" sull'immigrazione, che, opportunamente, andrebbe diffuso tra la popolazione immigrata e negli uffici e nei servizi che vengono a contatto con i cittadini stranieri per uniformare le conoscenze e ridurre il margine di discrezionalità nell'interpretazione delle norme attualmente elevato.

Una seconda riflessione nasce dalla presenza di limiti temporali e territoriali nel diritto alla tutela della salute. Per limiti temporali si intende la necessità di rinnovare l'iscrizione al SSN ad ogni rinnovo del permesso di soggiorno che comunque non è automatico e lascia, per motivi burocratici, delle finestre prive di copertura assistenziale. Per i disoccupati, inoltre, l'iscrizione deve essere rinnovata annualmente. Per i limiti territoriali, si fa riferimento all'obbligo di residenza anagrafica per poter formalizzare l'iscrizione al SSN: tale problema si pone per l'impossibilità di iscrizione anagrafica per gli stranieri e per gli italiani, lavoratori o disoccupati, dimoranti in strutture collettive private o pubbliche, o che non abbiano un domicilio fisso, in base a un'interpretazione restrittiva del regolamento anagrafico definito nel DPR 223/89. A parziale soluzione di questo problema vi sono alcune iniziative tra le quali ricordiamo quella del Comune di Roma. Gli Uffici Anagrafici circoscrizionali della capitale accolgono la richiesta di residenza di cittadini stranieri extracomunitari senza fissa dimora, in possesso del passaporto e di permesso di soggiorno, quando presentino una dichiarazione di una Associazione o Ente di volontariato disponibile a fornire il proprio indirizzo come domicilio anagrafico del richiedente.

Un'ultima riflessione riguarda i rapporti tra la salute individuale dello straniero e quella della comunità ospitante. Come ricordato in precedenza, la Costituzione della Repubblica Italiana afferma il diritto alla tutela della salute in funzione anche dell'interesse della collettività. Tale preoccupazione trova espressione legislativa in una serie di provvedimenti che stabiliscono

la gratuità della diagnosi e della cura delle malattie infettive. Per quel che riguarda le malattia sessualmente trasmesse, e in particolare "la blenorragia, l'ulcera venerea, la lue e linfogranulomatosi inguinale", la legge 837 del 25/7/56 e il DPR n°2056 del 27/10/62, che ne ha regolato l'esecuzione, stabiliscono che "chiunque è affetto da malattia venerea ha diritto di essere visitato e curato gratuitamente in ogni stadio della malattia... Gli istituti ospedalieri non possono sottrarsi all'obbligo di ricoverare e curare detti infermi"(art. 3 L 837). Anche a proposito di altre patologie infettive (tubercolosi bacillifera e infezioni sintomatiche da HIV e sospetto di tale infezione), per gli iscritti al SSN, sia italiani che stranieri, sono previste esenzioni dal ticket solo per i farmaci relativi alla patologia in questione (ma non dalla quota fissa per la ricetta) e per alcune delle prestazione di diagnostica strumentale e di laboratorio (DM 1/2/91). Lo stesso DM all'art. 5, stabilisce che "sono esenti dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, e le altre prestazioni specialistiche richieste nell'ambito di interventi e di campagne di prevenzione collettiva autorizzate con atti formali delle regioni. Le predette prestazioni sono parimenti esenti quando derivino da obblighi di legge o siano disposte nel prevalente interesse della collettività". L'articolo, tuttavia, non definisce le patologie e le persone che possono essere considerate ai fini dell'esenzione, rimandando ad una iniziativa regionale che non sempre v'è stata, e producendo una notevole disomogeneità di interpretazioni e, quindi, di attività a livello nazionale. Sarebbe auspicabile e coerente con il dettato costituzionale garantire a tutti gli individui presenti sul territorio nazionale, in funzione dell'interesse della collettività, la possibilità di diagnosi e di assistenza nel caso di patologie che abbiano una rilevanza sul piano della salute pubblica.

In conclusione, per quel che riguarda i rapporti dei cittadini stranieri con le strutture sanitarie italiane, che si è cercato di delineare nella loro evoluzione e di presentare nel loro quadro attuale, molto cammino resta ancora da fare affinché il dettato costituzionale venga attuato nella sua pienezza e sia garantito il diritto di ogni individuo alla tutela della propria salute.

Riferimenti normativi

Costituzione 22 dicembre 1947. Costituzione della Repubblica Italiana. 27 dicembre 1947 GU.n°298 (edizione straordinaria).

Legge 24 luglio 1954 n°722. Ratifica ed esecuzione della Convenzione relativa allo statuto dei rifugiati, firmata a Ginevra il 28 luglio 1951. 27 agosto 1954, GU n°196.

Legge 25 luglio 1956 n°837. Riforma della legislazione vigente per la profilassi delle malattie veneree. 8 agosto 1956, GU n°198.

Legge 1 febbraio 1962 n° 306. Ratifica ed esecuzione della convenzione relativa allo status degli apolidi, adottata a New York il 28 settembre 1954. 7 giugno 1962,. GU n°142.

Decreto Presidente della Repubblica 27 ottobre 1962 n°2056. Regolamento di esecuzione della legge 25 luglio 1956, n°837, sulla riforma della legislazione vigente per la profilassi delle malattie veneree. 6 aprile 1963, GU n°93.

Legge 18 maggio 1973 n°304. Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sul collocamento alla pari, con allegati e protocollo, adottato a Strasburgo il 24 novembre 1969. 18 giugno 1973, GU n°155.

Legge 23 dicembre 1978 n°833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. 28 dicembre 1978, GU n°360.

Decreto Legge 30 dicembre 1979 n°663. Finanziamento del SSN nonché proroga dei contratti stipulati dalle pubbliche amministrazioni in base alla L.16/77 n°285 sull'occupazione giovanile. 31 dicembre 1979, GU n°355 convertito in Legge 29 febbraio 1980 n°33 con modificazioni.

Legge 10 aprile 1981. Ratifica ed esecuzione delle convenzioni numeri 92, 133 e 143 dell'Organizzazione internazionale del Lavoro. Suppl. Ord. GU 29 aprile 1981, n° 116.

Decreto Ministeriale 9 settembre 1981. Disciplina dell'assicurazione obbligatoria presso il SSN dei cittadini non tenuti alla iscrizione ad un istituto mutualistico di natura pubblica e determinazione del relativo contributo per gli anni 1980 e 1981. 22 ottobre 1981, GU n°291.

Decreto Ministeriale 24 settembre 1981. Modalità di riscossione dei contributi dovuti dai cittadini tenuti all'assicurazione obbligatoria presso il SSN. 22 ottobre 1981, GU n°291.

Decreto Ministeriale 28 ottobre 1981. Determinazione del contributo per l'assicurazione di malattia presso il SSN per l'anno 1982 e proroga dei termini previsti per il versamento del contributo relativo all'anno 1980. 21 novembre 1981, GU n°321.

Decreto Ministeriale 25 novembre 1982. Modalità per l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani e stranieri a carico di istituzioni estere e per il rimborso delle relative spese alle USL. 24 gennaio 1983, GU n°22.

Decreto Ministeriale 25 maggio 1983. Determinazione del contributo per l'anno 1983 per l'assistenza di malattia da porre a carico dei cittadini non assicurati, soggetti all'ob-

bligo della dichiarazione IRPEF e modificazione al DM 24 settembre 1981 concernente modalità di riscossione. 18 agosto 1983, GU n°226

Decreto Ministeriale 4 giugno 1984. Determinazione e relative modalità di riscossione del contributi per l'assistenza di malattia da porre per il 1984 a carico dei cittadini stranieri. 1 settembre 1984, GU n°241.

Decreto Ministeriale 22 dicembre 1984. Determinazione del contributo per l'anno 1985 per l'assistenza di malattia a carico dei cittadini stranieri a sensi dell'articolo 5 del D.L. 663/79 convertito in L.33/80. 27 marzo 1985, GU n°74.

Decreto Ministeriale 8 ottobre 1986. Determinazione per l'anno 1986 del contributo per l'assistenza sanitaria a carico dei cittadini stranieri, ai sensi dell'art. 5 del D.L. 663/79 convertito in L.33/80. 10 novembre 1986, GU n°261.

Legge 30 dicembre 1986 n°943. Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine 12 gennaio 1986, GU n°8.

Legge 11 marzo 1988 n°67. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 1988). Suppl. Ord. GU 14 marzo 1988 n°61.

Decreto Presidente della Repubblica 30 maggio 1989 n°223. Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente. 8 giugno 1989, GU n°132.

Decreto Legge 25 novembre 1989 n°382. Disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle USL. 27 novembre 1989, GU n°277 convertito in Legge 25 gennaio 1990 n°8 con modificazioni.

Decreto Ministeriale 30 novembre 1989. Determinazione per gli anni 1987, 1988, 1989, 1990 delle rette e tariffe relative alle cure urgenti ospedaliere prestate dal SSN ai cittadini stranieri presenti sul territorio italiano. 8 febbraio 1990, GU n°32.

Decreto Legge 30 dicembre 1989 n°416. Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato. 30 dicembre 1989, GU n°303. Convertito in Legge 28 febbraio 1990 n°39 con modificazioni.

Decreto Presidente della Repubblica 15 maggio 1990 n°136. Regolamento per l'attuazione dell'art.1 comma 2 del DL 30 dicembre 1989 n°416, convertito con modificazioni dalla L.28 febbraio 1990 n°39, in materia di riconoscimento dello stato di rifugiato. 8 giugno 1990, GU n°132.

Decreto Ministeriale 24 luglio 1990 n°237. Regolamento per l'attuazione dell'art.1 comma 8 del DL 30 dicembre 1989 n° 416 convertito con modificazioni dalla Legge 28 febbraio 1990 n° 90 in materia di prima assistenza ai richiedenti lo status di rifugiato politico. 14 agosto 1990, GU n°189.

Decreto Ministeriale 26 luglio 1990 n°244. Norme regolamentari per l'erogazione di contributi alle regioni ai fini della realizzazione di centri di prima accoglienza e di servizi per gli immigrati. 28 agosto 1990, GU n°193.

Decreto Ministeriale 27 settembre 1990. Assicurazione obbligatoria al SSN dei lavoratori comunitari disoccupati residenti in Italia. 22 dicembre 1990, GU n°298.

Decreto Legge 29 dicembre 1990 n°415. Proroga di termini in materia di assistenza sanitaria. 31 dicembre 1990, GU n°303. Convertito in Legge 26 febbraio 1991 n°58 con modificazioni.

Decreto Ministeriale 1 febbraio 91. Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria. 7 febbraio 1991, GU n°32.

Decreto Legge 2 gennaio 1992 n°1. Differimento di termini previsti da disposizioni legislative ed interventi finanziari vari. 2 gennaio 1992, GU n°1.

Legge 5 febbraio 1992 n°91. Nuove norme sulla cittadinanza. 15 febbraio 1992, GU n°38.

Decreto Ministeriale 27 giugno 1992. Determinazione per gli anni 1991, 1992 delle rette e tariffe relative alle cure urgenti ospedaliere prestate dal SSN ai cittadini stranieri presenti sul territorio italiano. 26 novembre 1992, GU n°279.

Decreto Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992. Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria. 2 luglio 1993, GU n°153.

Decreto Ministeriale 23 aprile 1993. Determinazione del versamento diretto mediante delega agli uffici postali del contributo per le prestazioni del SSN dovuto sui redditi diversi da lavoro dipendente o da pensione. 19 maggio 1993, GU n°115.

Decreto Ministeriale 11 giugno 1993 n° 217. Regolamento attuativo dell'art. 14 della L. 30/12/91 n°413, concernente disposizioni per la dichiarazione, l'accertamento e la riscossione del contributo per le prestazione del SSN. 7 luglio 1993, GU n°157.

Decreto Ministeriale 8 settembre 1994. Determinazione per gli anni 1993 e 1994 delle rette e tariffe relative alle cure urgenti ospedaliere prestate dal SSN ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale. 30 dicembre 1994, GU n°304.

Decreto Legge 21 gennaio 1995 n°20. Provvedimenti urgenti in materia di prezzi di specialità medicinali. 21 gennaio 1995, GU n°17.

Decreto Legge 23 febbraio 1995 n°41. Testo del decreto-legge del 23 febbraio 1995 n.41, coordinato con la legge di conversione 22 marzo 1995 n °85, recante: "Misure urgenti per il risanamento della finanza pubblica e per l'occupazione nelle aree depresse. Suppl ordinario 23 marzo 1995, GU n°69.

Decreto Legge 20 settembre 1995 n°390. Provvedimenti urgenti in materia di prezzi di specialità medicinali. 21 settembre 1995, GU n°221. Convertito in Legge 20 novembre 1995, n°490.

Decreto Legge 18 novembre 1995 n°489. Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea. 18 novembre 1995 GU n° 270.

Decreto Ministeriale 1 febbraio 1996. Determinazione delle tariffe relative alle cure urgenti ospedaliere prestate dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini italiani e stranieri non assicurati. 23 maggio 1996, GU n°119.

Decreto Legge 13 settembre 1996. Disposizioni urgenti in materia di farmaci e sanità. 16 settembre 1996 GU. n° 127

Capitolo 3

Articolo tredici. Un diritto ritrovato?

Salvatore Geraci
Caritas Diocesana di Roma, Area Sanitaria

Ieri: una politica dell'oblio

Per anni l'impossibilità di tutelare la salute della popolazione immigrata, con particolare riferimento alla componente irregolare e clandestina, quindi a quella che più di altre è esposta a fattori di rischio per la propria salute, è stata subìta come situazione ineludibile da molti operatori del settore ed è stata completamente ignorata da amministratori e politici. Il tema è emerso in forma estremamente problematica o allarmistica di fronte ad episodi ed a dichiarazioni spesso rilasciate a scopo strumentale per fini elettoralistici: dalla stampa abbiamo appreso che gli immigrati importano la lebbra e possono trasmetterla vendendo sigarette; che gli immigrati hanno rintrodotto la tubercolosi nel nostro paese da dove da anni era scomparsa (!?), per non parlare dell'AIDS o di altre malattie sessualmente trasmesse; ed anche che i nostri bambini sono a rischio di ammalarsi di "strane parassitosi" veicolate da bimbi stranieri; che le donne immigrate muoiono di parto o che gli immigrati sono psichicamente disadattati, e così via. Ogni volta si è assistito a precisazioni, smentite o ulteriori affermazioni di politiche di controllo, di cordoni sanitari o accuse di generica malasanità. Falso, la realtà è un'altra cosa.

Di fatto gli estremi della problematica hanno fatto notizia; ed ancora si è parlato di medici impotenti, volenterosi di intervenire ma bloccati dalle leggi, e di medici 'eroi' che sfidano tutti e tutto pur di assicurare un diritto. Tutto vero ma la realtà è un'altra cosa.

La realtà è un bisogno quotidiano, spesso piccolo ma diffuso; la realtà è la necessità di una tutela di base che è la migliore forma di prevenzione e se può tranquillizzarci, di controllo; la realtà è quella di migliaia di medici ed altro personale sanitario in tutta Italia, nel volontariato, nel privato sociale e nel settore pubblico che hanno seguito il mandato professionale ed il proprio codice deontologico e che, a volte rischiando sul piano amministrativo, hanno scelto l'uomo e non la carta.

La realtà è che, lentamente ma progressivamente, si è presa coscienza dei bisogni e dei diritti, e che accanto al lavoro spesso nascosto di tipo assistenziale, si è organizzata una consapevolezza politica concreta e tecnica, scevra di ideologie, trasversale, si dice oggi, ma ricca di esperienza, che ha saputo far emergere il tema ed è stata in grado di proporre risposte adeguate.

Prima dell'articolo 13 del Decreto Legge 489 del 18 novembre 1995 sull'immigrazione, per i non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale l'unica porta di accesso alla cura era quella del Pronto Soccorso, con una serie di limitazioni ed ostacoli che comunque ne scoraggiavano l'uso se non in casi

di estrema necessità: l'addebbito delle spese sostenute per un eventuale successivo ricovero, la segnalazione alla Prefettura, comunque necessaria qualora l'ospedale volesse recuperare le spese, se non addirittura alle forze di polizia che spesso "convivono" con il pronto soccorso.

Se fino a qualche anno fa tuttavia l'uso della struttura pubblica era estremamente limitato e di fatto concentrato nelle grandi città, con l'aumento quantitativo dell'immigrazione, con la presenza sempre più visibile di donne immigrate, con l'aumento di immigrati dai paesi dell'est con una età media un po' più alta degli altri, con le ondate di sfollati da vicine zone di guerra, l'utilizzo delle strutture è stato più frequente non solo per urgenze o incidenti ma anche per situazioni 'fisiologiche' come la gravidanza ed il parto.

La problematica progressivamente è emersa per quello che è. Agli inizi degli anni novanta, l'allora Ministro della Sanità De Lorenzo istituiva un Gruppo di Lavoro presso la III Sezione del Comitato Tecnico Scientifico di Programmazione Sanitaria del Ministero della Sanità su Medicina e Migrazione che ha redatto un rapporto finale dopo due anni di incontri: il documento però non ha prodotto alcun risultato pratico.

Non molto spazio ha trovato il tema con i ministri seguenti ed a nulla sono valsi gli appelli soprattutto provenienti dal mondo del volontariato.

L'inizio del 1995 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 dalla Caritas dal titolo "Immigrazione e salute: una politica dell'oblio" in occasione della presentazione del nostro volume *Argomenti di medicina delle migrazioni*, sottolinea 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. G.U. 30.12.94 n° 304) stabiliva le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri per gli immigrati non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (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 permetteva 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 giunse 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. Un segnale.

Roma, 25 Gennaio 1995

Onorevole Ministro, prof Guzzanti,
desideriamo ringraziarLa per la sensibilità dimostrata con il sollecito rinnovo del provvedimento che garantisce per il 1995 agli immigrati iscritti al collocamento, in ragione della parità con i lavoratori italiani, l'iscrizione gratuita al SSN: il suo annullamento aveva creato tensione e problemi di coscienza fra gli operatori sociali e gli stessi operatori delle Usl, improvvisamente costretti a negare assistenza a soggetti in stato di necessità, ed ovviamente fra le 70-100.000 persone potenzialmente interessate.
Cogliamo l'occasione per farLe presente la necessità che la piena parità fra lavoratori - attivi e non - italiani ed immigrati, per quanto attiene alla tutela socio-sanitaria, venga finalmente sancita per legge - come peraltro previsto all'atto del varo della c.d. legge Martelli - "a regime", e non attraverso decreti il cui rinnovo periodico sia soggetto agli orientamenti politici del momento: la Sua esperienza come operatore sanitario La rende certamente consapevole dell'importanza della "certezza del diritto" sia nella costruzione di una cultura della salute e della prevenzione (soprattutto fra le fasce di nuova utenza), sia nel rapporto fra utenti ed operatori della sanità pubblica.
Vorremmo inoltre rappresentarLe l'urgenza di interventi organici miranti ad assicurare la prevenzione e cura, almeno per quanto attiene la medicina di base, a quella parte di popolazione migrante istituzionalmente esclusa dall'accesso al SSN: non solo gli immigrati "irregolari", ma i profughi e richiedenti asilo non ancora riconosciuti ed altre figure intermedie fra la clandestinità e la residenza legale in Italia. Si tratta di centinaia di migliaia di persone, alle quali - in quanto "individui", a prescindere dal loro status legale - la nostra Costituzione e la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo garantiscono il diritto alla salute. Esistono in proposito, in diverse città, esperienze e progetti del volontariato o degli Enti locali o di ambedue, prive tuttavia del necessario quadro normativo nazionale. ... ...

Mons. Luigi Di Liegro (Caritas Roma)
et alii (S.I.M.M., Naga, Senzaconfine)

Una risposta giunse indirettamente dagli atti della XII Commissione parlamentare della riunione del 7 febbraio 1995:

> On. Guzzanti (Ministro della Sanità): *"... mi è stata rivolta (n.d.r.: on. Tanzarella) una domanda molto delicata. Devo dire che mentre per gli immigrati disoccupati sono riuscito in extremis - primo atto come ministro della sanità - a far approvare il decreto (n.d.r.: d.l. 20 del 21.1.1995 - possibilità di iscrizione gratuita al Sistema sanitario Nazionale per immigrati regolari disoccupati) che ha risolto una situazione che costituiva una vera spina sotto gli aspetti morale e della sanità pubblica, 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, organizzano un seminario dal titolo "Salute senza colore" dove viene presentata una proposta di legge per il Diritto alla Salute per gli Extracomunitari.

Su quella proposta, da quel momento si è lavorato molto: tutti i gruppi impegnati sul campo a livello nazionale, hanno collaborato per redigere un documento finale da presentare formalmente al Ministro. La proposta di legge, oltre alla Caritas di Roma ed al Naga di Milano, riceve l'adesione dei seguenti gruppi: Ambulatorio medico popolare (Milano), Medicina democratica (Milano), Camminare insieme (Torino), che erano tre dei proponenti; Poliambulatorio N. Stenone (Firenze), Poliambulatorio I. Biavati (Bologna), Centro Welcome (Roma), Ambulatorio Internazionale Città Aperta (Genova), Sermig (Torino), Associazione progetto Casa Verde (Morena-

Roma), Opera Sociale Avventista (Roma), Chirone (Messina), ISI sportello sanitario (Torino), Porta aperta (Modena), Opera S. Francesco per i poveri (Milano), Casa dei diritti sociali (Roma), Ambulatorio Centro Senza Frontiere (Roma), Ambulatorio S. Chiara (Palermo), Solidarietà Medica Italiana (Udine), Medici USSL 18 - Malattie Infettive (Brescia), IRCCS San Gallicano (Roma).

Documento

Proposta di Legge *presentata al ministro della Sanità, prof. E. Guzzanti per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente non in regola con le norme dell'immigrazione*

Articolo 1

Il settimo comma dell'art. 5 del D.L. 30.12.1979 n. 663, come convertito con L. 29.2.1980 n. 33, è così sostituito:

"Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio nazionale, sono assicurate, nei presidi pubblici e convenzionati, le cure ambulatoriali e ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva; è altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme per le cittadine italiane. L'accesso dello straniero alla struttura sanitaria non potrà comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano."

Articolo 2

L'ottavo comma dell'art. 5 del D.L. 30.12.1979 n. 663, come convertito con L. 29.2.1980 n. 33, è così sostituito:

"Con il provvedimento previsto dall'art. 63, quarto comma della L. 23.12.1978 n. 833 sono stabilite le misure e le modalità della partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli stranieri che hanno richiesto di fruire dei benefici di cui al precedente comma, nonché le rette di degenza da porre a carico degli stranieri che hanno fruito delle cure ai sensi del settimo comma. Qualora lo straniero non goda di alcuna forma di copertura assicurativa privata o pubblica, del proprio o di altro Stato, e versi in condizioni economiche disagiate, accertate dal presidio sanitario, tramite l'amministrazione comunale territorialmente competente, il pagamento sarà a carico del capitolo 4294 del bilancio del Ministero dell'Interno, senza rivalsa.

Sono considerati iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, in esecuzione alla Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, ratificata con L. 27.5.1991 n. 176, i minori stranieri, così come definiti dalla Convenzione stessa, temporaneamente presenti nel territorio nazionale."

Una delegazione formata da operatori della Caritas di Roma, del Naga, dell'Ambulatorio medico popolare, dall'Associazione SenzaConfine, sotto gli auspici della Società Italiana Medicina delle Migrazioni, è ricevuta dal Ministro il primo luglio 1995. La proposta trova da parte del prof. Guzzanti estremo interesse e sperata attenzione. Si comincia così un attento lavoro di studio e verifica delle varie problematiche sanitarie che porta ad avere costanti contatti con il Ministero ed ad altri incontri con il Ministro il 29.7. e il 18.10.1995.

Nel frattempo, il 6 luglio 1995, il Senato approva un ordine del giorno che impegna il Governo presieduto dal dr. 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; 1) prevedendo l'assicurazione sanitaria per i lavoratori extracomunitari non dipendenti, attualmente in regime facoltativo e non obbligatorio come per gli italiani; 2) rivedendo le norme disposte nel decreto ministeriale 8 ottobre 1986 che, per i lavoratori extracomunitari facenti domanda di iscrizione al SSN, prevede un minimale contributivo non più in vigore per gli italiani nelle analoghe condizioni e una percentuale contributiva sul reddito percepito analogamente superiore a quella stabilita per gli italiani; 3) agendo per trasformare la richiesta delle USL del requisito della residenza per l'iscrizione al SSN, in quello meno rigido date le condizioni di estrema mobilità abitativa vissute da questi soggetti, della "effettiva dimora"; 4) correggendo la tendenza a dare aleatorietà temporale a tali iscrizioni in assenza di precise disposizioni ministeriali, a tal fine superando il sistema della decadenza periodica dell'iscrizione al SSN, se non in caso di perdita definitiva del permesso di soggiorno per revoca o espulsione; 5) intervenendo per sanare definitivamente la situazione dei disoccupati non comunitari regolarmente presenti in Italia ed iscritti alle liste di collocamento, per i quali è ancora previsto suddetto minimale, salvo deroghe disposte con decreti annuali del governo; 6) prevedendo interventi informativi per ridurre la clandestinità sanitaria; 7) emanando disposizioni uniformi sul territorio nazionale al fine di assicurare l'assistenza sanitaria obbligatoria in regime gratuito a favore dei minori stranieri in regime di affidamento preadottivo;

a dare indirizzi per una piena attuazione al diritto alla salute dei cittadini non comunitari; mirando ad offrire anche agli irregolari alcuni servizi essenziali relativi alla prevenzione e alla medicina di base, anche sulla base di protocolli sanitari stipulati dalle Regioni interessate al fenomeno, in grado di superare le norme su questo punto già esistenti e immettere forme di gratuità per gli indigenti;

a riconoscere nel contempo a tutti i minori extracomunitari, indipendetemente dal loro stato giuridico, il pieno diritto alla salute ed alla sicurezza sociale, predisponendo gli strumenti per la sua applicazione".

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 decidono di coinvolgere i parlamentari di tutte le forze politiche ad esprimersi in rapporto alla proposta di legge:

Alla cortese attenzione:
- dei Presidenti dei gruppi parlamentari della Camera e del Senato
- dei Membri delle commissioni affari sociali (Camera) e igiene e sanità (Senato)
- dei Parlamentari

Oggetto: ***Raccolta di adesioni sul DDL in materia di tutela sanitaria di base per i cittadini stranieri, attualmente esclusi dal Servizio Sanitario Nazionale, proposto dall'associazionismo.***

Onorevoli Deputati e Senatori,
Le associazioni socio-sanitarie che in Italia si occupano delle cure mediche per tutti quegli individui che, non in regola con le norme dell'immigrazione, non hanno diritto all'assistenza erogata dal SSN, Vi propongono la bozza di articolato qui allegata, affinché valutiate la possibilità di una sua presentazione unitaria nei due rami del Parlamento.
Secondo i dati del 1994 gli Stranieri in Italia sono circa 1.300.000, di cui 1.000.000 regolari (fra cui 700.000 Extracomunitari) e 300.000 clandestini.

La nostra proposta di legge riguarda gli individui tuttora non in regola con le norme dell'immigrazione e si basa su un postulato: il diritto alla salute é un diritto primario, cioé dell'Homo, come il diritto alla vita e alla libertà, diverso quindi da altri diritti propri solo del Civis: casa, lavoro, ecc.. Questa nostra affermazione trova preciso riscontro

- nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, approvata dall'assemblea generale dell'ONU il 10-12-48 (Art. 25) "Ogni Persona ha diritto ad un livello di vita sufficiente ad assicurare la propria salute... in particolare alle cure mediche...".

- nella Conferenza dell'Organizzazione Mondale della Sanità di Alma Ata del 1978: "... la salute... é un diritto fondamentale dell'Essere Umano... ".

- nella Costituzione Italiana Art. 32: "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Fino ad ora per questo gruppo di individui l'erogazione dell'assistenza sanitaria in Italia era regolata dalla L.33 del 29-2-1980, che all'art. 5 assicurava solo cure ospedaliere urgenti soggette a pagamento o ad un rimborso da parte dei Consolati e non escludeva la possibilità di una segnalazione all'autorità di Pubblica Sicurezza (PS).

La nostra proposta introduce le seguenti modifiche: al 7° comma dell'art. 5:

- sostituisce il carattere di cura urgente con quello di cura ***essenziale*** *(essenzialità diagnostica e terapeutica, ma che comprenda tutte le patologie di un certo rilievo);*

- introduce il concetto di cura continuativa;

- estende la sede di cura dal pronto soccorso ospedaliero all'ambulatorio;

- estende a tutti eventuali programmi di medicina preventiva;

- garantisce la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza così come previsto dalle vigenti norme per le cittadine italiane;

- sottolinea la necessità di uniformare lo straniero al cittadino italiano per quanto concerne la segnalazione all'autorità di PS per evitare che di fatto la prestazione sanitaria non venga richiesta.

All'8° comma dell'art. 5:

- estende allo straniero la gratuità della prestazione in caso di

indigenza, senza rivalse;
- equipara il minore straniero all'italiano riguardo al diritto di iscrizione al SSN in base alla legge di ratifica della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo (n. 176 del 22-'91).
In sintesi la nostra proposta permette:
- di riconoscere e garantire un diritto primario;
- di razionalizzare una spesa già in parte sostenuta dallo Stato (prestazioni di pronto soccorso e di ricovero ospedaliero più costose di quelle essenziali ambulatoriali);
- di salvaguardare la salute del cittadino italiano estendendo a tutti i presenti sul territorio la possibilità di cura e di prevenzione (controllo epidemie).
Le associazioni proponenti hanno già avuto alcuni contatti diretti con il Ministro della Sanità Guzzanti, che ha espresso parere decisamente favorevole all'iniziativa e che, come molti esponenti degli ultimi governi, ha sottolineato anche in Parlamento l'intollerabilità della negoziazione della medicina di base e preventiva per certi gruppi di individui ad alto rischio, ed in particolare per i minori e le donne.
Segnaliamo anche un recente ordine del giorno approvato dall'aula del Senato il 6 luglio scorso, che sembra preannunciare questa iniziativa di legge.
Ringraziandovi, Vi porgiamo i nostri saluti

le Associazioni promotrici

Milano-Roma, luglio 1995

La proposta di legge è stata così formalmente depositata, nella prima settimana di agosto 1995, al Senato ed alla Camera sottoscritta da circa 60 senatori (primo firmatario Manconi) e oltre 140 deputati (primo firmatario Tanzarella) di tutte le forze politiche ad esclusione di Alleanza Nazionale.

Il Ministro della Sanità, successivamente, si espresse ancora sulla necessità di estendere una protezione sanitaria agli immigrati comunque presenti sul territorio nazionale in vari incontri e convegni; l'ultima volta 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'8.11.1996.

Dopo 10 giorni fu emantato il D.L. 489-95.

Oggi o quasi. L'articolo 13: lo "sdoganamento" di un diritto

Nell'ambito del Decreto Legge 18.11.1995, n. 489 (e successive reiterazioni; ultima del 12 settembre 1996 con il n. 477) dal titolo *Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea* è stato recepito con l'articolo 13 (poi art. 11), il diritto alla salute come diritto per tutti, anche se irregolari o clandestini, non solo come accesso straordinario ma anche come cure ordinarie e continuative.

Concentrandoci su questo aspetto, lasciando ad altri momenti e altri luoghi le considerazioni complessive sul decreto ormai decaduto, possiamo affermare che l'articolo citato è stato fortemente innovativo: si riscopre un diritto, un diritto da sempre negato ad alcuni immigrati presenti nel nostro paese non in posizione regolare, un diritto inalienabile che da anni, come operatori del settore, con insistenza chiedevamo.

L'articolo 13, poi 11, come abbiamo visto non è stato un articolo casuale, nasce da una capillare azione di studio e di sensibilizzazione, da incontri e confronti tra associazioni, con il Ministro, con i suoi collaboratori, dalla delusione di promesse sentite e di impegni rimandati, da un lavoro faticoso di spiegazioni e tentativi di convincimento della bontà e dell'intelligenza, sul piano della salute pubblica, di un provvedimento del genere.

Questo articolo ha avuto anche il merito di "sdoganare" un problema, di liberare risorse, se non altro sul piano organizzativo, per affrontare il diritto all'accesso alle cure. Da quel momento Aziende USL ed Ospedaliere, Enti Locali hanno dovuto/voluto pianificare interventi, deliberare iniziative, promuovere politiche adeguate.

Purtroppo la non chiarezza di alcuni passaggi di questo articolo di legge ha prodotto una discrezionalità applicativa per cui ad esempio, da una nostra indagine tra le Aziende USL di Roma a circa 6 mesi dall'entrata in vigore del decreto, si è evidenziata una diffusa ignoranza sulla norma ed alcune resistenze applicative dovute schematicamente a questa serie di problematiche: non chiarezza della terminologia "gli stranieri temporaneamente presenti" che in alcuni casi viene interpretata in relazione ad un permesso di soggiorno; non chiarezza circa le modalità di accesso alle strutture (chi deve fare l'impegnativa? Quale codice sanitario?) non chiarezza circa i capitoli di spesa da utilizzare. E questo per non parlare della mancanza di "ricaduta delle informazioni" su tutti gli operatori anche dove dei percorsi di tutela sono stati avviati.

Certo questa situazione di incertezza applicativa non si è riscontrata in tutta Italia: in Toscana contestualmente alla prima circolare ministeriale esplicativa del decreto, è stata diramata una nota regionale che chiariva le possibilità d'intervento; la regione Piemonte ha affidato ad una commissione di esperti la traduzione in termini operativi del decreto; la regione Veneto con una delibera affronta in modo chiaro la problematica dando stabilità a degli interventi assistenziali e di medicina preventiva che in termini di progetti speciali erano stati avviati negli anni precedenti; nella stessa Roma alcuni Ospedali ed Usl si attivano aprendo spazi specifici per gli immigrati o garantendo un accesso più o meno ordinario ai servizi.

Documento

Decreto Legge 18.11.1995, N° 489:

Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea (Gazzetta Ufficiale n° 270 del 18.XI.1995)

Il Decreto è stato successivamente reiterato il 18 gennaio 1996 con il n° 22, il 19 marzo con il n° 132 e il 17 maggio con il n° 269; l'articolo 13 non ha subito modifiche. Con le reiterazioni del 16 luglio e del 13 settembre, il Decreto (n° 376, poi n° 477) ha subito sostanziali modifiche; l'articolo 13 sull'assistenza sanitaria è divenuto *articolo 11* ed è rimasto pressochè invariato

Articolo 13: Assistenza sanitaria (oggi art. 11)

Il comma settimo dell'art. 5 del Decreto Legge 30.12.1979 n. 663, convertito, con modificazioni, dalla Legge 29.2.1980 n. 33, è sostituito dal seguente:

"Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali*, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva.*

E' altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane.

L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

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

Prescindendo dalle valutazioni politiche sul significato dell'articolo citato cerchiamo di delinearne i contenuti "tecnici" e verificarne i limiti. Per fare ciò riprendiamo un chiaro e puntuale articolo della dottoressa M. S. D'Andrea pubblicato su Ismuinforma salute di ottobre 1996.

Per la prima volta lo Stato permette di estendere le cure mediche ambulatoriali o ospedaliere a tutti gli stranieri presenti sul territorio nazionale indipendentemente dal loro status giuridico. Egualmente vengono estesi a tutti gli immigrati presenti i programmi di medicina preventiva. Nessuna prestazione deve comportare segnalazione all'autorità giudiziaria, salvo i casi ove è previsto il referto. "Grazie a questa attenta precisazione - scrive la D'Andrea - viene a cadere l'ipotesi di un obbligo di segnalazione da parte del medico qualora assista uno straniero clandestino o irregolare. Fornire prestazioni sanitarie, svincolate dall'ipotesi di eventuali segnalazioni all'Autorità giudiziaria, vuol dire, in pratica, far si che la paura di una denuncia da parte del sanitario o di una conseguente espulsione dal territorio dello Stato, non siano più per l'extracomunitario causa di "clandestinità sanitaria". Infine l'art. 13 del D.L stabilisce che le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, ed altre prestazioni che saranno individuate con successivo decreto, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti ad eccezione delle quote di partecipazione alla spesa ove normalmente previste".

Una nota telex esplicativa, diramata dal Ministro della Sanità Guzzanti il 3 gennaio 1996 agli assessorati regionali alla sanità, comunica che le disposizioni concernenti le prestazioni in materia di assistenza preventiva e di tutela della maternità responsabile sono di immediata applicazione, che sono comprensive di eventuali ricoveri ospedalieri, senza oneri a carico dei richiedenti.

Documento

Telex del Ministro della Sanità n° 00091, prot. 262 del 3.1.1996

Riferimento quanto disposto da articolo 13 D.L. 18 novembre 1995 n. 489 riguardo assistenza sanitaria at cittadini stranieri temporaneamente presenti su territorio nazionale (,) comunicasi che disposizioni concernenti prestazioni in materia assistenza preventiva et tutela maternità responsabile et gravidanza sunt di immediata applicazione (.)

Dette prestazioni (,) ivi compresi eventuali ricoveri ospedalieri sunt erogate senza oneri at carico richiedenti (,) fatte salve quote partecipazione spesa ove prevista (.)

Debent precisarsi che trattandosi di stranieri temporaneamente presenti in Italia (,) assistenza preventiva viene riferita at complesso attività et prestazioni prevenzione collettiva consistenti in profilassi malattie infettive et diffusive che prevede (:)

a) vaccinazioni secondo normativa vigente et in ambito interventi et campagne prevenzione collettiva autorizzati con atti formali da regioni (;)

b) interventi profilassi internazionale (;)

c) controllo malattie infettive (in particolare tbc, mst, parassitosi, etc.) et even-

tuale bonifica focolai (.)
Per quanto concerne prestazioni maternità responsabile et gravidanza richiamansi disposizioni emanate con Legge 29 luglio 1975 n. 485 (,) con Legge 22 maggio 1978 n. 194 et con Decreto Sanità 6 marzo 1995 (.)
Est altresì di immediata applicazione (,) disposizione su modalità accesso at strutture et servizi ossia previsione che accesso non può comportare alcun tipo di segnalazione (,) salvo casi in cui sia obbligatorio referto (,) a parità condizioni con cittadino italiano (.)
Restanti disposizioni predetto articolo 13 potranno trovare attuazione non appena definito quadro generale di riferimento normativo che prevede adozione Decreto Sanità-Tesoro per individuazione ulteriori prestazioni da erogare (,) senza oneri at carico richiedenti et fatte salve quote partecipazione spesa (,) in caso di malattia et infortunio (.)
Fatto salvo quanto disposto con presente telex et in attesa emanazione atti normativi attuativi predetto art. 13 (,) Unità Sanitarie Locali continueranno at applicare direttive già emanate da questo Ministero in materia assistenza sanitaria per malattia aut infortunio at cittadini stranieri presenti in Italia (,) con particolare riferimento at direttive inviate con telex n. 2426 datato 14 settembre 1995 riguardanti determinazione per anno 1995 rette et tariffe relative cure urgenti ospedaliere erogate da S.S.N. at cittadini stranieri non iscritti servizio stesso (.)

Nonostante ciò, ampi dubbi operativi vengono sollevati da diverse strutture pubbliche ed allora viene diffusa una seconda nota telex, dove viene ancora una volta affermato, in maniera chiara ed inequivocabile, che la normativa è rivolta a tutti gli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale indipendentemente dalla posizione amministrativa irregolare: fa riferimento all'articolo 7 quinquies dello stesso decreto sull'immigrazione che al comma 2, recita: "*Si considera essere in condizione irregolare lo straniero che ha fatto ingresso eludendo i controlli di frontiera, che è entrato o soggiorna privo dei documenti richiesti per l'ingresso; che soggiorna nel territorio dello Stato con permesso di soggiorno scaduto da più di trenta giorni senza aver presentato domanda di rinnovo o di conversione di detto documento; o che soggiorna nel territorio dello Stato oltre gli otto giorni successivi all'ingresso regolare senza aver presentato domanda di permesso di soggiorno, ove prescritta*".

Ancora chiarisce che la tutela sociale della maternità e della gravidanza deve prevedere la tutela del minore; l'assistenza preventiva finalizzata al controllo delle malattie infettive e diffusive deve comprendere la diagnosi e la cura a livello ambulatoriale ed ospedaliero; ad eccezione delle prestazioni sanitarie preventive e di quelle individuate nella tutela della maternità responsabile e della gravidanza ogni prestazione sanitaria deve essere erogata previo pagamento delle tariffe o della retta di degenza come specificato nella precedente nota telex, 1000.V/33-5/2426, 14.9.1995, del Ministro

della Sanità che fa riferimento alle tariffe relative alle cure urgenti ospedaliere prestate dal SSN. ai cittadini stranieri non iscritti al servizio stesso. In attesa di un ulteriore decreto Sanità-Tesoro, le Regioni e le Province autonome, dovrebbero aver determinato delle tariffe proprie; dove questo non è avvenuto saranno applicate le tariffe fissate con decreto Sanità del 14 dicembre 1994 (supplemento ordinario G.U. n° 300 del 24.12.1994: vengono stabilite le nuove modalità di rimborso delle strutture sanitarie in base alla classificazione dei Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi - ROD).

Nel caso la prestazione non possa essere pagata, l'extracomunitario, clandestino o irregolare, ha diritto alle sole prestazioni che ravvisino il carattere dell'urgenza. Le prestazioni previste dal decreto sono finanziate con quota parte del fondo sanitario nazionale; per tutte le altre, purché se ne ravvisi il carattere dell'urgenza, si attuerà una rivalsa economica attraverso le locali prefetture.

Documento

Telex del Ministro della Sanità n° 1000. V-33/5-/187, prot. 4497 del 14.5.1996

Oggetto: D.L. 19 marzo 1996 n° 132 - Disposizioni urgenti in materia immigrazione

Seguito telex datato 3 gennaio 1996 prot. 262 comunicasi che art. 13 decreto legge 18 novembre 1995 n° 489 est stato reiterato senza modificazione alcuna con d.l. 18 gennaio 1996 n° 22 et d.l. 132/96 citato in oggetto (.)

At fine rispondere richieste chiarimenti pervenuti da assessorati regionali sanità et unità sanitarie locali si forniscono ulteriori indicazioni in merito at applicazione art. 13 sopra indicato (.)

Preliminarmente debet essere ribadito che suddetta normativa riguarda indistintamente cittadini stranieri temporaneamente presenti su territorio italiano (,) anche se in condizione irregolare nei termini definiti da art. 7 quinquies di cui at comma 2° art. 7 stesso d.l. 132 (.)

In ordine at limiti et modalità erogazione assistenza sanitaria est necessario tenere presenti seguenti direttive (:)

1) tutela sociale maternità responsabile et gravidanza comporta tutela minore (;)

2) assistenza preventiva finalizzata at controllo malattie infettive et diffusive debet ricomprendere diagnosi et cura sia ambulatoriale che ospedaliera (;)

3) in attesa emanazione decreto Sanità-Tesoro prestazioni sanitarie richieste da soggetti sopra indicati (,) escluse quelle rientranti in precedenti settori sub 1 et sub 2 che sunt come est noto senza oneri at carico richiedenti fatte salve quote partecipazione spesa ove previste (,) debent essere erogate previo pagamento tariffe indicate con telex inviato da questo ministero in data 14 settembre 1995 (.)

Cittadino straniero (,) che non habet possibilità pagare prestazione richiesta (,) debet essere assistito solo qualora prestazione stessa rivesta carattere urgenza (.)

Premesso quanto sopra ne consegue che mentre assistenza rientrante in settori sopra indicati unitamente at prestazioni di cui at emanando decreto Sanità-Tesoro debet essere finanziata con quota parte fondo sanitario nazionale (,)

come previsto da suddetto art. 13 (,) rimborsi per prestazioni urgenti lasciate insolute debent invece essere richiesti at locali prefetture (.)
At fine rimborso oneri sostenuti da unità sanitarie locali debet procedersi (,) per via informatica (,) at censimento stranieri assistiti (,) cui sarà attribuito codice S.T.P. (straniero temporaneamente presente) (,) et registrazione singola prestazione erogata (.)

I provvedimenti sopra esposti hanno determinato il diritto all'assistenza almeno per alcune "categorie" di immigrati irregolari e clandestini: **minori, donne per la tutela della maternità responsabile e della gravidanza, ammalati di malattie infettive, coloro che sono a rischio per tali malattie**. Per loro sono assicurati gli interventi preventivi, le cure ambulatoriali ed ospedaliere in forma gratuita (o con il pagamento del ticket ove previsto, come per gli italiani). Tutti gli altri stranieri non in regola, pur essendo stato riconosciuto loro il diritto all'assistenza sanitaria ambulatoriale e continuativa, attualmente possono accedervi pagando le tariffe determinate regionalmente o in condizione d'urgenza; stesse condizioni per i ricoveri ospedalieri i cui costi verranno successivamente addebitati agli utenti o, se si manifesta una condizione di indigenza, saranno a carico delle Prefetture. Nessun intervento sanitario deve determinare alcuna segnalazione salvo i casi dove è previsto il referto. Il codice di accesso alle strutture è **S.T.P.** (Stranieri Temporaneamente Presenti).

Certamente tutto ciò è stato un passo in avanti in materia di tutela sanitaria degli immigrati, in quanto finalmente si concretizzano i mandati costituzionali circa i diritti inviolabili dell'uomo e l'accesso alle cure; alcune perplessità operative permangono e dovranno essere adeguatamente affrontate per far sì che il diritto citato diventi prassi.
Citiamo ad esempio la non chiarezza dell'ambito di intervento sui minori: è da intendersi minore come minorenne (fino a 18 anni) o in senso pediatrico (fino a 14 anni) o in senso neonatale in quanto legato alla tutela della maternità? Ed ancora come definire le cure continuative di cui l'immigrato irregolare può fruire? Come evitare le segnalazioni in Prefettura se sono le Prefetture che devono rimborsare le Aziende ospedaliere e vogliono l'identificazione del paziente? Come certificare l'indigenza di chi teoricamente non esiste nel territorio nazionale? E quali sono le prestazioni essenziali, e quelle urgenti? Come evitare che stranieri "temporaneamente presenti" come ad esempio i turisti usufruiscano delle prestazioni in forma gratuita?

Potevamo chiudere a questo punto il paragrafo, ma l'impossibilità della reiterazione del Decreto a seguito di una sentenza della Corte

Costituzionale, ha nuovamente cambiato "le carte in tavola". L'articolo 13 scompare, almeno per ora, dal panorama normativo italiano: il Ministro della Sanità Rosy Bindi cerca di salvare i diritti acquisiti ed anche le indicazioni emerse per una politica sanitaria adeguata, con una Ordinanza Ministeriale.

Documento

Il Ministro della Sanità

Visto l'art. 32 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, a norma del quale il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale;

Ritenuto che il decreto legge 18 novembre 1995 n. 489, recante disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolarizzazione e l'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione europea, all'art. 13 ha stabilito: "Il comma settimo dell'art. 5 del decreto legge 30 dicembre 1979 n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980 n. 33, è sostituito dal seguente:

<<Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative per malattia ed infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva. E'altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonchè le altre prestazioni individuate con decreto del Ministro della sanità, adottato di concerto con il Ministro del tesoro, nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali.>>;

che la disposizione, successivamente reiterata con decreto legge 13 settembre 1996 n. 477, art. 11, a causa della mancata conversione in legge, perde efficacia dal 16 novembre 1996;

considerato, peraltro, che preminenti esigenze di tutela della salute della collettività impongono, l'estensione dell'assistenza sanitaria ad ogni persona che soggiornando nel territorio nazionale potrebbe provocare, se esclusa dalle prestazioni del servizio sanitario nazionale, la diffusione incontrollata di gravi patologie, tenuto anche conto del venir meno delle disposizioni contenute nel decreto legge n. 477 del 1996 in ordine alla prevenzione ed alla repressione delle immigrazioni illegali;

che inoltre la necessità di prestare l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello Stato è già riconosciuta dall'art. 5 del decreto legge 30 dicembre 1979 n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980 n. 33;

che la proposta per l'adozione di una disciplina legislativa di più ampia portata

è in corso di presentazione al Parlamento;
***vista** la circolare del Ministro della sanità 3 gennaio 1996;*
***sentito** il Consiglio dei Ministri in data 8 novembre 1996;*

ordina:

art. 1

Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva. E' altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonchè le altre prestazioni di cui alla circolare del Ministro della sanità 3 gennaio 1996, attualmente erogate, nell'ambito del fondo sanitario nazionale e nei limiti dei livelli assistenziali.

art. 2

La presente ordinanza ha efficacia per 90 giorni dalla sua emanazione.

Roma lì, 15 novembre 1996

Non commentiamo, nella speranza che gli eventi ci precedano, cioè che una legge organica riprenda la strada tracciata dall'articolo 13 e la porti a compimento risolvendo le problematiche ancora aperte.

Sottoliniamo la volontà politica mostrata dal Ministro della Sanità di non dimenticare il diritto emerso, anche se ad un'attenta lettura dell'Ordinanza non può sfuggire come non sia stata citata la seconda circolare abbinata all'articolo 13, quella tra l'altro che prevedeva interventi sui minori: possiamo solo auguraci che sia stata una dimenticanza, certamente grave ma recuperabile.

Domani: la politica che vogliamo

Se l'articolo 13 ha 'sdoganato' il problema dell'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, rimane ancora aperto tutto il tema del rendere accessibile e fruibile il SSN e le sue prestazioni a tutti gli immigrati regolarmente presenti.

Come abbiamo già visto, gli aspetti normativi e legislativi che regolano la possibilità di promozione e tutela della salute tra gli immigrati in Italia, sono estremamente complessi ed articolati; tale situazione ha portato a parlare di un diritto inalienabile - come riteniamo essere quello alla salute - in termini di diritto *negato e poi ritrovato*, agli irregolari e clandestini, o diritto *nascosto*, a coloro che sono regolarmente presenti ma che solo parzialmente riescono ad accedere ai servizi sanitari.

Lo status di "straniero" condiziona negativamente la piena tutela giuridica del diritto alla salute, realizzando una serie di ostacoli reali, spesso amplificati dalla discrezionalità degli operatori che si trovano a gestire una serie di norme a volte poco conosciute e chiare; spesso si finisce così per impedire anche la normale fruizione delle più comuni prestazioni assistenziali.

Rimandiamo ad altri capitoli di questo libro la trattazione analitica della situazione attuale con particolare riferimento ai nodi applicativi, ci limiteremo ora ad accennare alcuni elementi di politica sanitaria da dover tenere in riferimento per "scrivere la legge che vogliamo".

Principi

- *Tutelare e promuovere la salute dell'individuo e della collettività*
- *Garantire uno stato di "benessere" complessivo della popolazione attraverso la tutela dell'individuo*
- *Garantire e facilitare un accesso ampio*
  (obbligatorietà "estesa" di iscrizione al SSN soprattutto per chi soggiorna per tempi lunghi -un anno e oltre-; semplificazione dei criteri d'iscrizione: modificare il criterio della residenza con ad esempio domicilio riportato sul permesso di soggiorno)
- *Equità nelle condizioni poste (ad es. oneri contributivi) e dei servizi erogati rispetto agli italiani*
  (ad esempio nelle medesime situazione di marginalità o di bisogno)
- *Valutare alcune specificità*
  (mobilità, diverso status giuridico, diverse motivazioni d'ingresso, diversità culturali, marginalità sociale, ...)
- *Tutelare maggiormente le categorie maggiormente a rischio (ottica sanità pubblica: es. clandestini)*
- *Tutelare maggiormente le categorie più deboli e svantaggiate (ottica di solidarietà sociale)*

I principali obiettivi sono quelli di estendere il diritto e di facilitare l'accesso già ampiamente analizzati in altra parte di questa pubblicazione.

Ma, come abbiamo rilevato in più di un'occasione insieme al dr. Maurizio Marceca, un'adeguata politica sanitaria per la popolazione immigrata dovrebbe ruotare intorno sia alle questioni fondamentali dell'accessibilità e della fruibilità dei servizi sanitari sia alla dinamica bisogno-domanda-offerta. Di particolare importanza è innanzitutto la capacità di rilevare i bisogni sanitari della popolazione di riferimento: ciò risulta oggi particolarmente arduo; nel "pianeta immigrazione" lo svolgersi delle classiche fasi di emergenza, percezione ed espressione del bisogno trova infatti - oltre quelli usuali - ulteriori condizionamenti ed ostacoli nel sistema di valori e di modelli culturali di riferimento dei pazienti, nonchè nelle difficoltà di comunicazione.

Un problema attualmente rilevante, per il SSN, è quello di non essere adeguatamente organizzato per una corretta e costante rilevazione del bisogno sanitario degli immigrati. Questa difficoltà di lettura del bisogno si accompagna ad una difficoltà di esplicitazione della domanda sanitaria da parte degli immigrati, che da una parte rappresentano una categoria sociale tradizionalmente svantaggiata e comunque non una "categoria sociologica omogenea" e, dall'altra, tendono a sottovalutare i loro problemi di salute (avendo spesso esigenze di sopravvivenza quotidiana) fino a quando questi non si siano aggravati. Ne deriva che, anche ignorando i vincoli giuridici esistenti, sia particolarmente difficile prevedere un'adeguata offerta sanitaria.

E' quindi indispensabile disegnare e rendere operanti flussi informativi in grado di veicolare i dati ritenuti necessari e di seguirne l'evoluzione nel tempo. A questo scopo occorrerebbe prevedere ed organizzare osservatori epidemiologici di tipo territoriale (es. i Pronto Soccorso ospedalieri, i Consultori familiari, i Poliambulatori del volontariato ecc.), coordinati a livello regionale o interregionale. Con rare e limitate eccezioni ciò non è sinora avvenuto, privando le istituzioni preposte della possibilità di avere un quadro epidemiologico di riferimento, in base al quale identificare priorità sanitarie e definire quindi modalità operative adeguate. Importante è anche il tentativo di stabilire contatti con le comunità di stranieri esistenti sul territorio. Di grande utilità può risultare ancora il riferimento all'esperienza maturata in ambito socio-sanitario dal *volontariato*, il quale, come abbiamo visto, oltre ad avere offerto una attività assistenziale per colmare il vuoto creato dal mancato intervento pubblico, ha spesso conosciuto e reso leggibile la richiesta di salute dei pazienti immigrati. Nel proprio ambito esso ha già sperimentato modelli assistenziali efficaci e pertinenti: coinvolgerlo sia

a livello programmatico che organizzativo eviterà quindi la dispersione di una importante esperienza, e garantirà la possibilità di mirare più adeguatamente gli interventi da effettuare e di mediare l'incontro tra struttura e utente.

La questione dell'accessibilità ai servizi è stata già affrontata; si vuole ora sottolineare l'esigenza di un *orientamento sanitario* specificamente dedicato agli stranieri. Varie rilevazioni in diverse città italiane hanno evidenziato come oltre il 50% degli immigrati non si iscriva o non rinnovi l'iscrizione al SSN pur avendone la possibilità giuridica. Appare perciò evidente, oltre ad una doverosa semplificazione delle norme giuridiche sull'argomento, come siano ambiti privilegiati su cui investire attraverso un'adeguata informazione sui diritti acquisiti, sulle modalità per ottenerli e per esercitarli. Ma accanto all'orientamento sanitario sembra anche opportuno studiare, pianificare e sperimentare interventi specifici di *educazione sanitaria*. Essi non dovrebbero però essere una mera traduzione dei messaggi usualmente impiegati in ambito occidentale, ma dovrebbero valutare ciò che in termini di percezione della salute viene considerato prioritario e significativo per i vari gruppi etnici: partendo da ciò sarà possibile individuare le informazioni ed i percorsi formativi da proporre. Valorizzare le risorse culturali e professionali degli stessi immigrati in questo ambito come in altri citati, appare irrinunciabile.

Altrettanto importante risulta la questione della reale fruibilità dei servizi da parte di chi possa accedervi: essa è indissolubilmente legata alla *formazione e all'aggiornamento del personale* sanitario a tutti i livelli, sia per eliminare pregiudizi e luoghi comuni che spesso ne condizionano l'operato, sia per fornire strumenti cognitivi, interpretativi e operativi che superino un'ottica di emergenza o transitorietà. Auspicabile è che tali argomenti trovino presenza stabile nella formazione, oltre che dei medici, di alcune figure professionali che rappresentano la più immediata "interfaccia" tra le strutture e questi nuovi utenti: ci riferiamo in particolare al personale infermieristico che potrebbe assumere, nel contatto quotidiano con il malato, un ruolo di "cerniera" socio-culturale; ed ancora agli assistenti sociali ed allo stesso personale amministrativo che deve comunque relazionarsi con un pubblico eteroculturale. Ambiti privilegiati di incontro sono certamente le strutture territoriali, in primo luogo i Consultori; vanno quindi pensati percorsi formativi mirati ed una organizzazione del lavoro funzionale alle esigenze (diversificazione orari, semplificazione procedure di accesso, spazi di informazione, ...). In questo senso alcune esperienze significative sono state portate avanti in diverse regioni, e sarebbe opportuno creare occasione di comunicazione e confronto sulle iniziative intraprese.

Per “non concludere”, sembra oggi indispensabile privilegiare interventi socio-sanitari di tipo preventivo basati sull’indivisibilità della salute ed in definitiva pianificare strategie sul piano politico ed organizzativo: garantire stabilmente il diritto alla salute ed all’assistenza, organizzare e gestire sistemi informativi dedicati, rendere realmente fruibili i servizi, garantendone una flessibilità tale da recepire nuove forme di bisogno e curando la formazione e l’aggiornamento delle varie figure professionali coinvolte.

Non basta quindi, concedere un diritto (peraltro doveroso) così come non basta tradurre dei messaggi perché siano leggibili e i servizi realmente fruibili. L’ambito “salute” è così articolato e “personale” che implica modelli adeguati, sensibili ed attenti alla differente percezione del corpo, dello stato di benessere, della malattia: percorsi adeguatamente pensati, personale motivato e specificatamente preparato, integrazione tra le risorse esistenti (collegamento in rete, come abbiamo visto, tra strutture pubbliche e del privato sociale), sono ambiti che necessariamente devono essere pianificati e sperimentati.

Infine va sottolineato come la **promozione della salute per tutti** sia anche un fatto culturale. Può diventare un luogo condiviso d’incontro tra bisogni percepiti ed espressi, disponibilità all’ascolto ed alla cura e, attraverso una risposta dovuta sul piano del bisogno, si possono individuare percorsi di relazione, integrazione e condivisione con gli altri; un’occasione di miglioramento umano, professionale, culturale per ognuno di noi. Pensare ad una organizzazione sanitaria più attenta alle diversità, alle minoranze, all’individuo, non potrà allora che portarci ad un salto di qualità a livello di assistenza e ad una migliore promozione della salute per tutti, anche per gli italiani.

Capitolo 4

Viaggio tra le politiche sanitarie per le popolazioni immigrate in diversi Paesi sviluppati

di Michele Loiudice[*°], Giovanni Baglio[*] e Salvatore Geraci[*]

** Caritas Diocesana di Roma*

° Istituto di Igiene "G. Sanarelli", Università degli Studi di Roma La Sapienza

"Da trovati del volgo, la gente istruita prendeva ciò che si poteva accomodare con le sue idee; da trovati della gente istruita, il volgo prendeva ciò che si poteva intendere, e come lo poteva; e di tutto si formava una massa enorme e confusa di pubblica follia.
Ma ciò che reca maggiore maraviglia, è il vedere i ***medici*** *che fin dal principio avevan creduta la peste, (...) da questi effetti medesimi* ***cavare argomento certo dell'unzioni venefiche e malefiche"***

(A. Manzoni - I Promessi Sposi XXXII).

Introduzione

La diffidenza che la gente comune manifesta nei confronti degli immigrati appare spesso collegata, oltre che al naturale timore che incute la diversità, alla paura delle malattie contagiose. Nell'immaginario collettivo, l'idea di migrazione coinvolge strettamente la salute. Il viaggiare stesso ha congiunzioni etimologiche con la malattia: in greco, il verbo *epidemeo* vuol dire "soggiornare, venire a risiedere da forestiero" mentre nell'uso corrente della lingua italiana il termine epidemia si riferisce a manifestazioni improvvise e collettive di malattia. Alle ondate migratorie, in passato, sono state a volte attribuite gravi epidemie e già nel secolo scorso furono adottate misure internazionali contro il diffondersi di malattie.

Ancora oggi, in diversi Paesi, si effettuano controlli sanitari sugli stranieri, al momento dell'arrivo o all'atto della richiesta del permesso di soggiorno. Oltretutto, come acutamente osservato da Lemma (1996), "in questo momento storico, si assiste in letteratura ad una pericolosa tendenza: l'attribuzione delle responsabilità del profilo epidemiologico di un gruppo di persone alla razza/etnia, piuttosto che ai processi ed alle strutture sociali che ne hanno segnato la storia nel Paese di origine prima e in quello ospite poi". Oltre a questa distorsione della letteratura scientifica, si deve purtroppo registrare sia una situazione di incertezza se non di ignoranza da parte del personale sanitario, che il ripetersi di campagne di disinformazione e allarmismo sui mass-media.

Da un punto di vista legislativo, gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un quadro di riferimento fortemente instabile, sia per quel che riguarda l'accesso ai servizi sanitari, dalla L 33/80 (art. 5) alle tormentate vicende del DL

 489/95 (prima art. 13 poi art. 11), sia per i controlli sanitari all'entrata con l'art. 4 comma 2 del DL 489/95 poi non reiterato.

Di qui l'esigenza di portare il nostro sguardo al di là dei confini nazionali per un necessario confronto con le esperienze di altri Paesi per quanto riguarda il riconoscimento del diritto alla tutela della salute, l'accesso ai servizi e la presenza e le modalità dei controlli sanitari.

Ci si perdonerà se, considerati i numerosi Paesi stranieri oggetto dello studio, lontani e vicini, abbiamo scelto di presentare gli obiettivi, le metodologie, i risultati e le nostre riflessioni, utilizzando la metafora del viaggio.

La meta del viaggio

La nostra indagine ha l'obiettivo di raccogliere, analizzare e confrontare dati su:

- entità del fenomeno migratorio;
- sistema sanitario e diritto alla salute delle popolazioni immigrate;
- presenza di controlli sanitari all'ingresso nel Paese.

Eravamo alla ricerca di un equilibrio sereno tra il riconoscimento dei diritti dei migranti e la doverosa difesa dall'introduzione di agenti patogeni nella comunità ospite, e speravamo di individuare tra le varie esperienze elementi per costruire una politica sanitaria, razionale e efficace, rispettosa della tutela della salute di tutti.

Quale strada abbiamo percorso

Il nostro viaggio è iniziato con la scelta di un percorso ovvero l'individuazione dei Paesi da visitare e delle fonti per conoscerli. I Paesi oggetto dell'indagine sono stati: Australia, Belgio, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Lussemburgo, Nuova Zelanda, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera. Le fonti sono state progressivamente:

- le ambasciate di Paesi a sviluppo avanzato presso lo Stato italiano;
- le ambasciate italiane presso questi Paesi;
- gli organismi di volontariato;
- la letteratura internazionale.

A causa della scarsa partecipazione delle ambasciate in Italia dei Paesi

individuati, l'indagine è stata successivamente allargata alle ambasciate italiane e ad alcune organizzazioni o personalità di riferimento individuate, direttamente o indirettamente, attraverso l'indirizzario di EUR-HOPE NETWORK, una rete di collegamento europea per la salute dei poveri e degli emarginati (EUR-HOPE NETWORK/CDES 25 19 place du Huit Septembre 25000 Besamçon FRANCE). Per alcuni casi è stato necessario un contatto diretto, purtroppo non sempre risolutivo, con le ambasciate presenti in Italia.

Per la raccolta dei dati si è elaborato un questionario (allegato 1) che insieme ad una lettera di accompagnamento è stato inviato per posta o via fax. Il modulo prevedeva 10 domande sia a risposta aperta che chiusa, raggruppate in quattro sezioni: entità del fenomeno, organizzazione del sistema sanitario, accesso al sistema per gli immigrati, presenza e tipologia dei controlli sanitari.

Per la letteratura si è proceduto ad una ricerca attraverso MEDLINE per gli anni 1992, 1993, 1994, 1995, 1-9 1996 alle voci:

1. Emigration and Immigration: The process of leaving one's country to establish in a foreing country - subheadings: legislation.
2. Transients and Migrants: Mobile short term residents who move usually to find work- subheadings: legislation.
3. Health Service Acessibility: the degree to whic individuals are inhibited or facilited in theri ability to gain entry to and receive care and service from health care system. Factor influencing this ability incluede geografic, architectural, trasportational and financial consideration among others AND 1 OR 2.
4. Comunicable disease control: Programs of surveillance design to prevent transmission of disease from person to person o from animal to man AND 1 OR 2.
5. Patient advocacy. Promotion and protection of the right of patients, frequently through a legal process AND 1 OR 2.

Inoltre sono state esaminate le seguenti riviste specifiche:

- International Migration;
- International Migration Review;
- Revue europeenne des migrations internationales.

Un commento a ciò che abbiamo visto

Come nei resoconti di ogni viaggio, presentiamo le diapositive per i singoli Paesi oggetto della nostra indagine. Nelle schede presenti alla fine di questo capitolo, citiamo le fonti che hanno contribuito alla raccolta dei dati (ambasciata del Paese in Italia; ambasciata italiana nel Paese; organizzazione di volontariato o esperto contattato). Alcune ambasciate non hanno risposto o hanno dato risposte interlocutorie o comunque hanno rimandato ad altri soggetti le risposte riguardo al relativo Paese. In altri casi, con o senza il questionario, sono stati forniti opuscoli e materiali aggiuntivi come il modulo per le visite mediche. Nelle schede infine abbiamo inserito altre informazioni ottenute attraverso le letteratura disponibile che è stata citata in nota.

Presentiamo invece di seguito, insieme al commento, "le foto di gruppo" allo scopo di evidenziare, nel confronto, gli aspetti in comune e le differenze tra i vari Paesi.

Entità del fenomeno nei diversi Paesi

Nella tabella 1 sono presentati il numero e la percentuale di immigrati, con nazionalità diversa, nei Paesi oggetto dello studio. Tra i Paesi, in questa come nelle altre tabelle riassuntive, abbiamo presentato i dati relativi alla situazione italiana, per permettere un più immediato confronto con la nostra realtà.

Sono necessarie alcune precisazioni terminologiche e concettuali. La nozione di *straniero* è fondata sul criterio della nazionalità: è straniero colui che ha nazionalità diversa da quella del Paese ospite; e poiché la nazionalità può modificarsi secondo procedure legate alle diverse situazioni legislative esistenti, anche la condizione di straniero risulta di per sé modificabile.

Non così per la condizione di *immigrato*, che è invece collegata al luogo di nascita e al trasferimento da un Paese all'altro e, pertanto, è una situazione permanente.

In molti Paesi, i dati statistici si limitano a considerare gli immigrati nella loro situazione di stranieri e quindi si perde la capacità di lettura del fenomeno migrazione nella sua complessità. Vale la pena di ricordare che l'acquisizione della cittadinanza (ad esempio negli Stati Uniti per nascita) non rappresenta di per sé una manifestazione di completa integrazione: lo straniero naturalizzato può continuare ad avere problemi nell'accessibilità ai servizi sanitari, subire discriminazioni nella qualità dell'assistenza, presentare bisogni non perfettamente omogenei rispetto a quelli della popolazione ospite.

In Italia, dato lo scarso numero di immigrati che hanno cambiato la loro nazionalità (nel periodo '91-'95 solo 28.872 persone secondo i dati riportati

: Tabella 1 Entità del fenomeno migratorio nei diversi Paesi

Paese	Popolazione immigrata	Popolazione immigrata da PVS	% immigrati su popolazione residente
AUSTRALIA	circa 4.000.000 (1994)	Il 58,5 % degli immigrati proviene da Paesi europei; il 10,9% da Paesi del Sud-Est asiatico; il 9,2% dall'Oceania (principalmente dalla Nuova Zelanda); il 6% dal Nord-Est asiatico; il 7,9 % da Paesi africani; infine, il 4,1% dalle Americhe (di cui il 2,1% dall'America Latina).	22,7%
BELGIO	921.000 (1993)	112.000	4,2%
CANADA	4.342.890 (1991)	stima 700.000	16%
DANIMARCA	222.745 (1995)	75.000	<4%
FRANCIA	4.200.000 immigrati stranieri di cui 1.300.000 immigrati naturalizzati e inoltre 700.000 stranieri nati in Francia (1990)	Secondo i dati del censimento, il 48% degli stranieri proviene dal Maghreb e dall'Africa nera, l'11,8% dall'Asia e il 2% dalle Americhe.	6,8%
GERMANIA	6.990.510 (1994)	Non sono disponibili dati relativi alla provenienza dal PVS, ma la maggior parte degli extracomunitari (in totale 5.429.512) proviene da paesi poveri	9%
GRAN BRETAGNA	circa 2.000.000	Secondo il censimento del 1991 le minoranze etniche non bianche sono circa 3.000.000 pari al 5,5% della popolazione	3%
GRECIA	nel 1996 470.000 ufficiali e stime 600.000 (AI) Secondo i dati del censimento del 1991, erano presenti in Grecia 167.276 stranieri e 51.500 rifugiati (riconosciuti o in attesa di riconoscimento).	Secondo i dati del censimento del 1991, 104.169	1 % secondo il censimento
ITALIA	991.419 (1995)	726.922	1,7%
LUSSEMBURGO	154.041 (1994)	13.119	<40%
NUOVA ZELANDA	dati non forniti	dati non forniti	dati non forniti
OLANDA	Sono considerati immigrati i rifugiati e quanti sono arrivati in Olanda per motivi di lavoro per lo più dalle ex-colonie. Tale gruppo è composto da 1.050.000 persone (inclusi i figli nati in Olanda) In Olanda una persona è considerata di "origine etnica" se la persona in questione ovvero uno dei suoi genitori è nata all'estero	Circa 560.000	7%
PORTOGALLO	ufficialmente 168.315 (1995); stima 300.000	100.000	1,7%
SPAGNA	484.342 (1993)	240.00	1,2%
STATI UNITI	19.767.000 stranieri	14.538.000	6,2%
SVEZIA	508.000 con 45.348 nuovi arrivi nel 1992	25.219 nuovi arrivi nel 1992	5,8%
SVIZZERA	1.191.000		17%

nel Dossier statistico 1996 della Caritas Roma), i due termini sono usati indifferentemente e anche in questa sede si è scelto di adoperare il termine *immigrati* per indicare gli stranieri entrati nel territorio nazionale, pur nella consapevolezza delle differenze semantiche esistenti.

Come è stato già detto, questi dati non comprendono gli immigrati che hanno già acquisito la cittadinanza del Paese ospite, benché la percentuale di immigrati con nuova nazionalità non sia sempre e ovunque trascurabile. Per esempio, nei Paesi che hanno una tradizione coloniale, il numero di *cittadini* provenienti dalle ex-colonie rappresenta spesso una proporzione importante della popolazione.

Nel Regno Unito quasi il 6% della popolazione appartiene a minoranze etniche non bianche. In Olanda, paese con storia di colonialismo, una persona è considerata di origina etnica se essa in o uno dei suoi genitori è nato all'estero.

In Francia, infine, secondo i dati del censimento del 1990, gli immigrati regolarmente presenti risultavano 4.200.000: di questi ben 1.300.000 avevano già acquisito la nazionalità francese e 2.900.000 erano stranieri. Si devono poi aggiungere altri 700.000 stranieri nati in Francia e quindi non immigrati.

Chiarita una questione terminologica, se ne presenta subito un'altra e cioè che cosa si debba intendere per immigrato. Certamente non sarà sfuggito ai lettori che esiste un'accezione comune e riduttiva del termine secondo la quale immigrato è colui che proviene da un Paese povero (o come si preferisce dire eufemisticamente *in via di sviluppo*). Nessuno pensa al cittadino statunitense che sta facendo un corso di perfezionamento in Italia o al dirigente di una multinazionale tedesca come ad un immigrato.

Alcune delle categorie, riprese da Rogers (1992), con cui si può esprimere la condizione del migrante, sono presentate nella tabella successiva :

Tabella 2: Definizioni e tipologie di immigrati

Tipologia degli immigrati	*Descrizione*
Legalmente ammessi	immigrati che intendono stabilirsi in un Paese diverso da quello d'origine e che vengono ammessi con regolare permesso di soggiorno
Temporanei ammessi legalmente	migranti stagionali, migranti con contratti a termine, migranti collegati a particolari progetti
Trasferiti all'interno di multinaz., studenti e categorie similari	stranieri presenti per tempi limitati e al di fuori del mercato del lavoro del Paese ospite
Illegali	immigrati entrati clandestinamente nel Paese e immigrati che continuano a permanere dopo la scadenza del documento di ingresso.
Rich. asilo	persone che hanno richiesto lo status dI rifugiato
Rifugiati	riconosciuti bisognosi di protezione e assistenza sulla base della convenzione del I951 delle Nazioni Unite

Infine, un'ultima notazione riguarda la condizione della clandestinità: si sa che per definizione le statistiche ufficiali "non vedono" gli illegali, siano essi irregolari che clandestini. Molte ambasciate hanno sottolineato come nel loro Paese non vi siano persone non registrate. Le stime sulla presenza degli immigrati illegali variano notevolmente: tuttavia secondo Rogers, nel 1991 v'erano in Europa più di due milioni di immigrati irregolari o privi di documenti. Gli immigrati clandestini sono entrati in modo illegale nel Paese ospite mentre gli irregolari, che pur sono entrati regolarmente, non hanno più il titolo per risiedere nel Paese. Si tratta di una distinzione non da poco, ad esempio per quel che riguarda i controlli sanitari.

In accordo con la Bollini (1995), si riconosce come i Paesi europei, con l'eccezione della Svezia, non si considerino Paesi di immigrazione: ciò ha portato ad un ritardo se non alla mancanza di un politica integrata sul fenomeno immigrazioni, mentre gli Stati Uniti, il Canada, l'Australia, la Nuova Zelanda siano invece Paesi tradizionalmente riceventi, che "selezionano" gli immigranti per propri obiettivi di sviluppo.

Accessibilità e sistema sanitario

La tabella 3 permette un confronto su un altro degli aspetti della nostra indagine: l'accessibilità ai servizi.

La situazione italiana è descritta in dettaglio nel capitolo precedente, al quale si rimanda per approfondimenti.

Per poter leggere i dati sull'accessibilità è necessario partire da una riflessione sulla effettiva realizzazione del diritto alla salute. In senso ampio, la possibilità di realizzare i propri diritti, e tra questi anche il diritto alla tutela della salute, non dipende solo dalle norme giuridiche ma anche dal contesto economico-sociale e dalle relazioni che in tale contesto il soggetto stabilisce. L'accesso ai servizi sanitari è solo uno (e certamente non il più importante) dei fattori che determinano lo stato di salute. Il godimento dei basilari diritti civili, l'istruzione e l'educazione, le condizioni di vita e di lavoro, l'abitazione, le abitudini, i comportamenti, sono tutti fattori che concorrono a determinare lo stato di salute di una popolazione e degli individui che la costituiscono. Nella tabella successiva (tabella 4) riportiamo la possibilità di realizzare il diritto di lavorare, di risiedere di accedere a servizi sociali per gli immigrati a seconda dello status giuridico.

Tabella 3: Accessibilità degli immigrati ai servizi sanitari

Paese	POSSIBILITÀ DI ACCESSO PER GLI IMMIGRATI REGOLARI	POSSIBILITÀ DI ACCESSO PER GLI IMMIGRATI IRREGOLARI E/O CLANDESTINI
AUSTRALIA	Gli immigrati regolari possono accedere al sistema mutualistico. Il contributo di malattia è variabile da una mutua all'altra.	Gli irregolari non hanno alcuna possibilità di accesso.
BELGIO	Gli immigrati regolari possono accedere al sistema mutualistico. Il contributo di malattia è variabile da una mutua all'altra.	Gli irregolari non hanno alcuna possibilità di accesso.
CANADA	Gli stranieri possono accedere al sistema sanitario dopo 90 giorni dall'arrivo. Ai cittadini canadesi, ai residenti, ai lavoratori stagionali viene rilasciato un tesserino sanitario da parte degli uffici provinciali del Ministero della Sanità sulla base del certificato di nascita, del permesso di soggiorno o del passaporto. Il tesserino permette l'accesso ai servizi di salute. In alcune province tale diritto è esteso anche agli studenti stranieri e ai rifugiati il cui status giuridico è stato riconosciuto. L'assistenza sanitaria si estende ai familiari a carico.	Nessuna. Tuttavia, in attesa che la loro posizione venga definita, gli immigrati irregolari possono usufruire dei servizi essenziali.
DANIMARCA	Si ha accesso al sistema sanitario dopo sei settimane dalla data di rilascio del permesso di soggiorno. In caso di emergenza è possibile usufruire delle prestazioni sanitarie gratuitamente, anche prima di aver ottenuto il permesso di soggiorno.	Agli immigrati irregolari e/o clandestini è garantita gratuitamente l'assistenza solo per i casi urgenti
FRANCIA	Le stesse dei francesi, ma con alcune restrizioni e ostacoli di natura amministrativa.	Non beneficiano di nessuna protezione sociale, ad eccezione delle cure urgenti conformemente all'obbligo di assistenza delle persone in pericolo.
GERMANIA	Per i lavoratori dipendenti soggetti ai contributi sociali le possibilità sono le stesse che per i tedeschi. I disoccupati vengono assicurati, in via obbligatoria, presso la cassa malattia locale; in tal caso i contributi vengono pagati tramite l'indennità di disoccupazione.	Gli immigrati irregolari non hanno alcuna possibilità di accesso al sistema sanitario. Si prevedono aiuti solo in caso di emergenza
GRAN BRETAGNA	Analoghe possibilità di accesso al National Health Service, rispetto ai cittadini britannici.	Gli immigrati irregolari non hanno alcuna possibilità di accesso al sistema sanitario. Si prevedono aiuti solo in caso di emergenza.
GRECIA	Per i lavoratori immigrati regolari, il datore di lavoro è obbligato a pagare i contributi assistenziali.	Solo in caso di malattia grave è possibile accedere agli ospedali pubblici
ITALIA	come i residenti italiani ma con diversificazioni in rapporto al tipo di permesso di soggiorno che permette o meno l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale	per cure urgenti, infortunio e maternità. Attualmente sono garantite le cure essenziali, continuative ed interventi di medicina preventiva per alcune "categorie" di utenti: donne in gravidanza, minori, malati di malattie infettive
LUSSEMBURGO	Gli immigrati che svolgono un'attività lavorativa sono obbligatoriamente iscritti al sistema sanitario.	Nessuna.
NUOVA ZELANDA	Gli immigrati residenti possono accedere al sistema sanitario come i neozelandesi. L'accesso ai servizi è gratuito fino a un reddito di 36.000 $ NZ, per una famiglia composta dai genitori più 2 figli. Coloro che entrano come turisti, per motivi di studio o come lavoratori temporanei, cioè con permesso di soggiorno con una durata massima di due anni, devono stipulare un'assicurazione sanitaria personale, nel Paese d'origine o in Nuova Zelanda. Vi è comunque possibilità di accesso alle strutture sanitarie in caso di incidenti sul lavoro e stradali.	Nessuna.
OLANDA	Le possibilità di accesso alla assistenza sanitaria per gli immigrati in regola sono identiche a quelle garantite ai cittadini olandesi.	Gli immigrati irregolari sono esclusi dalle assicurazioni sociali. L'unica possibilità è di pagare di persona o attraverso assicurazioni private. Le cure urgenti sono comunque garantite
PORTOGALLO	Stesse possibilità dei portoghesi.	Non vi è possibilità di accesso al servizio sanitario nazionale, se non per i casi di emergenza.
SPAGNA	Tutti i lavoratori immigrati regolari sono inclusi nel regime della Sicurezza sociale e hanno quindi diritto all'assistenza.	Nessuna.
STATI UNITI	Identiche a quelle dei cittadini statunitensi.	Le strutture sanitarie hanno l'obbligo di fornire la copertura di Medicaid per le condizioni di emergenza. Alcuni stranieri "undocumented", considerati come coperti da benefici della legge pubblica, possono avere i benefici di Medic-Aid in aggiunta a quelli già previsti quali servizi sanitari di emergenza. I criteri di classificazione per l'assistenza sanitaria sono infatti diversi da quelli dell'INS, Imigration and Naturalization Service.
SVEZIA	Le stesse dei cittadini svedesi	Nessuna
SVIZZERA	Ogni persona domiciliata in Svizzera è tenuta ad assicurarsi entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera	dati non disponibili

Tabella 4: Realizzazione dei diritti degli immigrati in funzione del loro status legale

Status legale	*Diritto di risiedere*	*Diritto di lavorare*	*Diritto ai servizi sociali*
Residenti	completo	completo	alcune
Rifugiati riconosciuti	completo	completo	completo
Lavoratori temporanei	rilevanti limitazioni	alcune limitazioni	assenza in alcuni e rilevanti limit. in altri
Richiedenti asilo	rilevanti limitazioni	rilevanti limit. o assenza	rilevanti limitazioni
Immigrati illegali	assenza	assenza	assenza

fonte: Modificata da Bollini 1995

Tuttavia nel suo studio sui diritti degli immigrati, Fontenau (1992) conclude affermando che se la legislazione è sicuramente un potente strumento per assicurare una effettiva parità di opportunità e di trattamento e per modificare gli atteggiamenti, essa si dimostra insufficiente per eliminare i pregiudizi verso gli immigrati. Considerando i soli servizi sanitari, l'essere equiparati alla popolazione del Paese ricevente, non significa di per sé avere reali possibilità di accesso. L'eguaglianza sancita dalla legge è solo un prerequisito della reale equità del sistema e all'integrazione degli immigrati. Il pregiudizio razziale, sottolinea Fernando (1992), è fondamentalmente un atteggiamento mentale che deriva da credenza o sentimenti, mentre il razzismo è una dottrina, una ideologia, un dogma che può essere associato al pregiudizio ma, a differenza di questo, è connesso ad alcune assiomi riguardo le persone, alle loro capacità e alla loro cultura, e alla gestione del potere e dei sistemi istituzionali, producendo una ineguaglianza istituzionale, basata su tali assiomi. Il mondo della medicina è stato sempre condizionato da pregiudizi e a volte ha supportato e dato giustificazioni al razzismo. Sempre secondo Fernando (1992), la tendenza da parte degli psichiatri inglesi a diagnosticare come schizofrenici, nel dare farmaci in alto dosaggio, a considerare "pericolosi", nel trattare con terapia elettroconvulsivante le persone di colore in misura maggiore non deriva da fattori genetici, biologici o culturali ma nasce dal razzismo: in una società razzista la psichiatria ha un ruolo di controllo sociale.

Hopkins ricorda alcune evidenze di discriminazione in sanità. Ad esempio negli Stati Uniti, come riferisce Goldberg, la diversità nel tasso di bypass in pazienti coperti da Medicare (40,4 per i bianchi e solo il 9,3 per i neri) sembra essere correlata più a fattori sociali e culturali che a differenze biologiche e quindi epidemiologiche tra le due etnie nell'infarto del miocardio. Uno studio spesso citato nell'ambito delle disccriminazioni è quello di Butkus (1992) che ha appofondito le cause delle differenze razziali nella sopravvivenza dopo trapianti renali da cadavere. La sopravvivenza è risultata collegata principalmente a tre variabili: lo status socioeconomico, la scarsa compliance per la terapia immunosoppressiva e il basso grado di compatibilità per HLA. I neri con assicurazioni private avevano al pari di bianchi eccellenti tassi di sopravvivenza mentre la scarsa compliance era associata alla sola copertura con la Medicare ovvero ad un limitato accesso ai fondi per l'assistenza ed il follow up. Parte dell'elevato numero di fallimenti della popolazione di colore poteva essere spiegato con la donazione di reni meno "buoni" ovvero con un alta proporzione di non compatibilità per l'HLA.

Nell'introduzione del loro testo "Access to health care for people from black and minorities", Hopkins e Bahal (1993) sottolineano come, al di là dei specifici profili epidemiologici riferiti a particolari gruppi, il principale problema di tali comunità sia l'accesso ai servizi, spesso inappropriati e poco attenti ai loro bisogni.

Tra gli ostacoli alla piena accessibilità Bollini e Rogez ricordano:

- barriere di tipo economico;
- barriere di tipo amministrativo connesse anche alla scarsa conoscenza dell'organizzazione sanitaria e delle sue procedure;
- barriere linguistiche e culturali connesse a lingue, riferimenti culturali e aspettative diverse.

La creazione di servizi specifici per le popolazioni immigrate e appartenenti a gruppi etnici può avere alla lunga effetti discriminanti. Il confine, infatti, tra i programmi indirizzati a particolari problemi in particolari gruppi etnici e un approccio stigmatizzante per cui l'appartenere ad una minoranza significa automaticamente essere a rischio o avere una determinata patologia è, come sottoline Kurtz, assai sottile.

In generale le popolazioni immigrate utilizzano i sistemi sanitari in misura minore rispetto alle popolazioni autoctone e sono coperti in misura notevolmente inferiore da assicurazioni nei Paesi privi di servizi sanitari pubblici. In Francia gli stranieri hanno un copertura sociale inferiore a quella dei francesi: secondo i dati dell'INSE, l'Istituto statistico francese, riferirti al 1991, la proporzione di coloro che beneficiano di una doppia copertura (sicurezza sociale e assicurazione complementare) risulta del 78% per i fran-

cesi e del 56% per gli stranieri.

Nei Paesi privi di copertura pubblica dei bisogni sanitari della popolazione e dove l'erogazione di un servizio avviene in funzione della capacità di pagare, direttamente o indirettamente tramite assicurazioni, i cittadini immigrati hanno un accesso limitato ai servizi: un'indagine condotta da Burciaga e coll. a New York alla fine degli anni '80, ha evidenziato come il 39% degli ispanici era privo di assicurazione , ovvero tre volte di più dei bianchi non-ispanici e due volte di più degli afro-americani.

Per quel che riguarda le misure di prevenzione e di promozione della salute, ricordiamo inoltre come il tasso di malattie professionali e di incidenti sul lavoro è maggiore nella popolazione immigrata rispetto a quella ospite. In Francia secondo l'INSE, benché i lavoratori stranieri sino solo il 6,8% dei lavoratori, la percentuale di incidenti che li coinvolgono è del 13.1% e sale al 17,6% se si considerano i casi con invalida permanente residua. Come sintetizzato dalla Bollini, autrice di un interessante ricerca comparativa, si può affermare che gli immigrati hanno due volte più incidenti sul lavoro (Olanda, Germania, Svizzera e Francia) e più frequenti invalidità e abbandono del lavoro per malattia rispetto ai lavoratori nati nel Paese ospite. Tuttavia anche per quel che riguarda l'accesso ai servizi riabilitativi, gli immigrati hanno maggiori difficoltà rispetto ai locali.

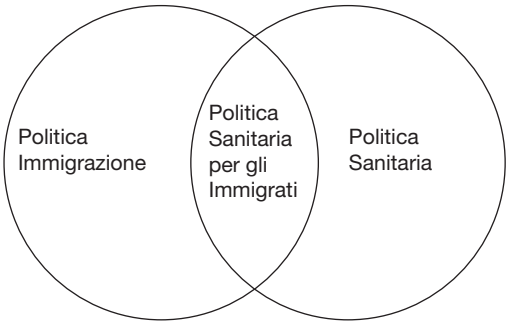
La letteratura riporta la presenza di differenze non solo nell'accesso ai servizi ma anche nello stato di salute tra popolazione immigrata e popolazione locale. Ad una prima analisi tale differenze sarebbero riconducibili non tanto all'immigrazione ma all'appartenenza a classi sociali svantaggiate. Ad un esame più attento si evince come gli immigrati siano i poveri tra i poveri, alla luce:

- della loro differente possibilità di realizzare i propri diritti condizionata dal proprio status legale;
- della presenza di barriere nell'accesso ai servizi sanitari;
- delle loro specifiche caratteristiche sociali, culturali e religiose.

Infine ricordiamo insieme ad Hopkins, una particolare sottile discriminazione. La presenza di alcune patologie o situazioni particolari in un determinato gruppo etnico ha prodotto una distorsione degli studi per cui ad esempio su trecento articoli pubblicati sulla salute degli asiatici circa la metà erano concentrati sulla salute materno-infantile, sul rachitismo e sui disturbi psichiatrici.

Una seconda chiave di lettura delle schede dei singoli paesi si fonda sulla relazione tra politica per l'immigrazione, sistema sanitario e diritto alla tutela della salute.

Relazione tra politica per l'immigrazione e politica sanitaria



fonte: Bollini 1992

La politica sanitaria verso le popolazioni immigrate nasce dalle intersezione tra le scelte operate nel settore sanitario e l'atteggiamento complessivo verso il fenomeno immigrazione.

Abbiamo visto come solo alcuni Paesi siano orientati all'accoglienza degli immigrati e consequenzialmente programmino e gestiscano il fenomeno; altri, e la maggior parte degli europei rientrano in questa seconda categoria, di fatto "subiscono" il fenomeno immigratorio.

Una secondo aspetto da considerare è il tipo di sistema sanitario che fornisce i relativi servizi alla popolazione: in alcuni il diritto alla tutela della salute viene garantito dallo Stato a tutti i suoi cittadini (es. Gran Bretagna), altri in cui tale diritto è in un certo senso secondario, e dipende dalla pari opportunità per tutti di acquisire le risorse necessarie (es. Stati Uniti). Nei primi sarà possibile valutare l'effettivo accesso ai servizi sanitari e inserire l'attenzione alla salute degli immigrati e delle minoranze tra gli obiettivi del sistema (si veda Action not words in Gran Bretagna) nei secondi si creano situazioni conflittuali tra le varie classi sociali (vedi la Proposition 187 in California).

Possiamo a questo punto aggiungere una ulteriore distinzione tra:

- Paesi con una politica sanitaria passiva verso il fenomeno migratorio, dove non vi sono servizi specifici per gli immigrati ne attenzione per una reale accessibilità del sistema;
- Paesi con una politica sanitaria attiva in cui al riconoscimento degli specifici bisogni della popolazione immigrata si accompagna una sensibilità verso gli aspetti transculturali del rapporto paziente/operatore-struttura e più in generale utente/sistema.

Utilizzando queste tre distinzioni, si osserva come il Canada rappresenta un Paese in cui la presenza di una politica sulla migrazione si coniuga con

un sistema sanitario di tipo universale e con una politica sanitaria attiva verso le popolazioni immigrate. Lo Standing Comittee on Health and Welfare, una commissione di valutazione e di indirizzo della politica sanitaria, nel suo rapporto del 1991 inseriva questa raccomandazione al governo:

"Raccomandazione n°27: Il governo federale deve avere un ruolo guida e sostenere i governi delle province e dei territori nel modificare e sviluppare servizi sanitari che siano attenti ai bisogni delle donne, degli aborigeni, degli immigranti e delle minoranze culturali"

In risposta a tale rapporto, il Department of National Health and Welfare ha proceduto a:

- finanziamento di attività per rafforzare le componenti transculturali nella formazione professionale;
- finanziamento di studi e progetti dimostrativi per nuovi servizi sociali;
- conferenze su ricerca e priorità sulla sanità multiculturale;
- attività di informazione per gli immigrati.

L'accessibilità per gli irregolari e clandestini

Come si evince dalla tabella 3, gli immigrati illegali non hanno accesso ai servizi sanitari anche se per le loro condizioni di vita e di lavoro, i loro bisogni sanitari sono spesso più acuti di quelli degli immigrati regolari. Le cure di emergenza sembrano garantite in molti Paesi ma tuttavia non viene chiarito se siano o no a spese dell'immigrato. E' evidente, come afferma Caswell, che fornire servizi sanitari a macchia di leopardo solo per alcuni segmenti di popolazione "non è sicuro, eventualmente più costoso e fondamentalmente sbagliato", tuttavia in California si è cercato di indurre gli immigrati illegali ad abbandonare il paese ospite, limitando loro l'accesso ai servizi pubblici.

In questo Stato nel novembre 1994 venne approvata, a seguito di un referendum la Proposition 187 che richiede alle strutture sanitarie finanziate dallo Stato di non prestare assistenza agli immigrati illegali e di riferirli alle autorità di immigrazione. Una delle motivazioni a favore consisteva nell'affermazione "Mentre noi cittadini e residenti legali aspettiamo, chi ha scelto di entrare nel nostro Paese illegalmente ha un trattamento regale, a spese dei contribuenti della California". Per i fautori della legge, chi stava male doveva tornare nel suo Paese di origine. Tuttavia successivi studi presentati da Serb hanno dimostrato che, nella contea di San Diego, l'assistenza sanitaria agli immigrati illegali fosse sì costata 26 milioni di dollari nel 1992, ma anche che nello stesso anno la stessa comunità aveva prodotto introiti per più di 60 milioni di dollari sia come tasse dirette sul reddito che indirette (benzina, auto, lotterie).

Una delle conseguenze della confusione generata dal dibattito precedente

e successivo al referendum, fu la morte di un ragazzo di 12 anni per leucemia acuta, a ragione del ritardo con il quale i genitori, per paura di domande sullo status legale, si erano rivolti alle strutture sanitarie. Più in generale è stato evidenziato come nello stesso periodo vi fosse stato anche un significativo decremento dell'accesso dei pazienti immigrati alle strutture sanitarie. Un tale fenomeno è stato osservato da Marx e collaboratori per gli ambulatori di oculistica, la cui utilizzazione è ritornata ai valori precedenti, soltanto dopo una campagna di informazione da parte degli oppositori della legge e la richiesta di incostituzionalità della legge che ne ha sospeso l'applicazione. Inoltre, sulla base di questa legge, come ha polemicamente riportato sul NEJM Ziv, la tubercolosi non veniva definita come emergenza ma un quinto dei pazienti con malattia attiva a Los Angeles si trovava in condizioni di illegalità. Benché solo il 6% dei pazienti sintomatici avesse dichiarato di aver rimandato l'accesso per aver avuto paura, il ritardo nel cercare assistenza sanitaria era quattro volte più frequente in quelli che avevano espresso tale timore. Infine uno dei paradossi della politica sanitaria per gli immigrati della California è rappresentato dall'eliminazione dei servizi sanitari prenatali per persone che non sono cittadini statunitensi o regolarmente residenti. Infatti per le leggi degli Stati Uniti, una delle modalità di acquisizione della cittadinanza consiste nella nascita nel territorio statunitense: pertanto vengono negate delle cure a futuri cittadini americani, che se affetti da patologie in quanto tali avranno diritto a cure certamente costose e che forse si sarebbe potuto prevenire.

Leggi come la Proposition 187 hanno posto la classe medica di fronte al dilemma se seguire le indicazioni o l'organizzazione del lavoro date dagli amministratori delle strutture sanitarie (come argutamente sottolineato da Ziz (1995) accettare che un amministrativo faccia una preselezione o trasmetta le informazioni raccolte significa di fatto essere complici del comportamento discriminatorio) oppure se mantenersi fedeli alla responsabilità professionale ed etica di proteggere la salute pubblica, assistere chi è nel bisogno e rispettare la confidenzialità del paziente. L'American Medical Association si è opposta ad ogni legge federale che richiedesse al medico di determinare la status legale del paziente.

Controlli sanitari: utili per?

Infine presentiamo in tabella 5 che anche in questo caso comprende l'Italia, i dati emersi relativi ai controlli sanitari. Alcuni Paesi hanno fornito i moduli per le certificazioni mediche che sono descritti per sommi capi. Inoltre è stato possibile desumere dalla letteratura sull'argomento alcune interessanti riflessioni che nel commento successivo saranno organizzate intorno alle due condizioni più controverse: il controllo per HIV e per la tubercolosi.

Tabella 5: Confronto sulla presenza, modalità e tipologia dei controlli sanitari

Paese	*Presenza di controlli sanitari obbligatori*	*Momento in cui i controlli vengono effettuati*	*Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti*
AUSTRALIA	Si	Prima del rilascio del visto.	Visita medica e ad un RX torace eseguiti da un medico riconosciuto dal governo australiano seguendo specifiche indicazioni riportate da un apposita scheda.
BELGIO	Nessuno		
CANADA	Si	Prima del rilascio del visto.	Visita medica secondo precise indicazioni: anamnesi, con informazioni su terapie farmacologiche passate o in atto, sieropositività per HIV e precedenti ricoveri ospedalieri; esame obiettivo per apparato compresa l'acuità visiva e uditiva e l'esame del fundus oculi; conclusioni diagnostiche e prognostiche; allegati VDRL F.T.A. A.B.S., analisi delle urine, RX torace.
DANIMARCA	Nessuno		
FRANCIA	Diverse modalità per rifugiati e richiedenti asilo e per ricongiungimenti familiari.	Prima o al momento dell'arrivo.	Visita medica e RX torace.
GERMANIA	Autocertificazione per gli stranieri mentre per i rifugiati visita medica e RX torace.	Per i rifugiati dopo l'arrivo nei centri di accoglienza.	In alcuni Lander esami aggiuntivi come l'HIV in Baviera.
GRAN BRETAGNA	Si	Al momento del passaggio della frontiera.	Gli stranieri devono sottoporsi a una visita medica, come previsto dall'Immigration Act e dalla legislazione di sanità pubblica.
GRECIA	I cittadini extracomunitari al momento della richiesta del permesso di soggiorno devono esibire un certificato sanitario.		
LUSSEMBURGO	Per gli stranieri non appartenenti all'UE sono previsti una visita medica e un RX torace.	Al momento del rilascio della carta di identità dello straniero e al momento della prima dichiarazione di arrivo.	La visita può essere fatta da un medico di Scelta sulla base di un formulario fornito dal Ministero della Sanità e sottoposto a controllo da parte di ispettori dello stesso Ministero.

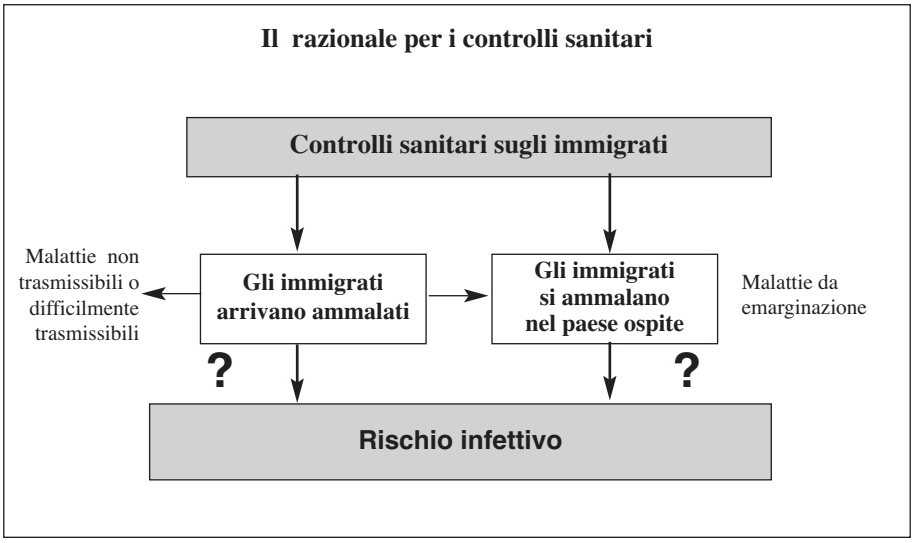
Paese	*Presenza di controlli sanitari obbligatori*	*Momento in cui i controlli vengono effettuati*	*Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti*
ITALIA	Nessuno		
NUOVA ZELANDA	Si	Al momento della presentazione della domanda di immigrazione.	Visita medica secondo precise indicazioni, anamnesi comprese abitudini di vita e fertilità, anamnesi familiare, esame obiettivo per apparato, RPR o VDRL, test urine, parassitologico feci per anamnesi positiva per infezione da salmonella o residenza in aree tropicali. RX Torace, Test tubercolina se richiesto. Bambini e adulti se non vaccinati Polio, Bambini se non vaccinati difterite e epatite B. Il richiedente si impegna a sottoporsi e a pagare altri esami a giudizio delle autorità di immigrazione
OLANDA	Non esistono controlli tranne che per i rifugiati.	Per i rifugiati entro dieci giorni dall'arrivo nei centri di accoglienza	Visita medica e RX torace per i rifugiati
PORTOGALLO	Nessuno		
SPAGNA	Si	Al momento del rilascio del visto e al passaggio della frontiera.	Si tratta di controlli per malattie infettive, malattie mentali e tossicodipendenza.
STATI UNITI	Si	Prima del rilascio del visto.	L'Ufficio Consolare prevede che gli stranieri si sottopongano a una visita medica e ad esami, che accertino le loro condizioni fisiche e mentali, e in modo particolare l'assenza di malattie contagiose e di alterazioni che rendano inabili al lavoro
SVEZIA	Si	Al momento del passaggio della frontiera.	Visita medica generale.
SVIZZERA	Obbligatori per chi vi si reca per la prima volta (ad eccezione originari da Australia, Canada, Nuova Zelanda, Paesi EC e EFTA), per i rifugiati e per i richiedenti asilo	Al passaggio della frontiera, avvisando 5 giorni prima, RX entro 5 giorni dall'arrivo	Visita medica, RX torace con eventuali altri esami complementari da parte delle autorità cantonali

Riguardo al nostro Paese, si ricorda come la prima menzione di controlli sanitari per la popolazione immigrata sia abbastanza recente. Infatti l'art. 4 comma 2 del DL 18/11/95 n°489 prevedeva:

"Ai fini dell'ingresso, i cittadini non appartenenti all'Unione Europea esibiscono ai controlli di frontiera idonea certificazione comprovante l'assenza di patologie pregiudizievoli per la salute pubblica". Una successiva precisazione veniva data in un telegramma del Ministro della Sanità del 21/11/95:

"... Ai fini della medesima certificazione si devono intendere le malattie infettive in atto, aventi carattere di ampia diffusibilità per via aerea o orofecale". Non era tuttavia chiara la definizione dei paesi di origine sulla base della quale richiedere tali controlli per cui l'art.4 comma 2 del DL 18/1/96 n°22 precisava: "Ferma restando la normativa vigente in materia di profilassi internazionale, gli stranieri provenienti da uno Stato, che, in ragione di particolari condizioni epidemiologiche, sia inserito in apposito decreto del Ministro della Sanità, esibiscono ai controlli di frontiera, oltre ai documenti previsti dalla predetta normativa, un certificato rilasciato, nei dieci giorni precedenti la partenza, dall'autorità sanitaria del Paese di provenienza, vidimato dal consolato d'Italia, comprovante l'assenza di malattie infettive in atto, aventi carattere di ampia diffusibilità per via aerea o orofecale". Benché a conoscenza degli autori non vi sia stata una indicazione degli Stati interessati e delle particolari condizioni epidemiologiche, l'indicazione del controllo è stata mantenuta nei DL 19/3/96 n°132 e DL 17/5/96 n°269 per poi scomparire definitivamente nel successivo DL 16/7/96 n°376 in cui era assente ogni riferimento a controlli.

Il razionale storico alla base dei controlli sanitari consiste nell'ipotesi che l'immigrato sia malato di patologie trasmissibili alla popolazione ospite. Tuttavia il profilo epidemiologico immediatamente successivo all'entrata nel Paese induce alcuni elementi di riflessione. I dati finora raccolti evidenziano negli immigrati che hanno volontariamente lasciato il loro Paese, il cosiddetto "effetto migrante sano": il migrante al momento della partenza si autoseleziona: parte solo chi si ritiene in buona salute. Pertanto la maggior parte degli immigrati presenterà nei primi anni di permanenza nel Paese ospite bisogni sanitari "acuti" collegati sia alle condizioni di grave disagio in cui vivono gli immigrati sia allo stress di adattamento alla nuova realtà sociale.



Nel caso invece che l'immigrato arrivi malato, bisogna riconoscere che non tutte le malattie degli immigrati sono trasmissibili e anche per alcune malattie infettive il rischio reale di trasmissione è molto basso. Il rischio infettivo dipende anche dalle condizioni ambientali del Paese ospite: ad esempio la malaria non rappresenta un problema il vettore-zanzara è assente.

Anche molte malattie a trasmissione orofecale non presentano rischi di trasmissione secondaria nei Paesi industrializzati per la presenza di infrastrutture e pratiche igieniche. Per le malattie a trasmissione parenterale, come il Tripanosoma Cruzi, il fattore determinante la trasmissione è rappresentato dalle caratteristiche organizzative delle strutture trasfusionali del paese, comprendendo in esse la selezione dei donatori e i controlli effettuati sul sangue donato.

In accordo con Gellert, per molte patologie infettive più che di introduzione di un agente patogeno è più corretto parlare di spostamento di un malato in una nazione.

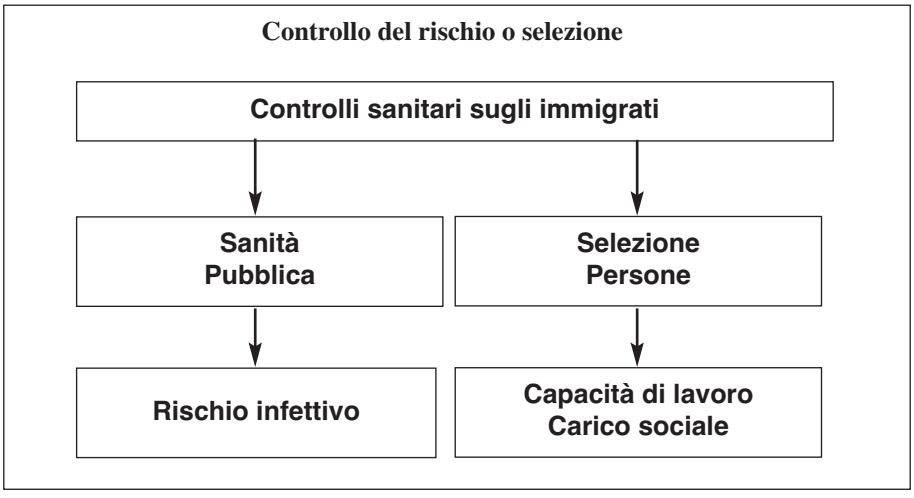
Inoltre è opportuno sottolineare come il rischio infettivo nel caso di possibile trasmissione secondaria, molto spesso si manifesta all'interno della comunità degli immigrati non coinvolgendo la popolazione del paese ospite. Molti studi sulle popolazioni dei rifugiati non considerano la possibilità di trasmissione all'interno dei campi o delle strutture di accoglienza, dove la promiscuità è elevato e le condizioni igieniche non ottimali.

Alla luce di queste riflessioni, le procedure sanitarie connesse all'immigrazione sembrano essere una combinazione tra premesse errate di sanità pubblica e le interferenze del mondo politico che producono un approccio lontano dalla realtà e dai veri bisogni. Un risultato di questa pericolosa combinazione è rappresentato dai controlli per HIV.

Come affermato da Loutan e Kean, gli screening nelle popolazioni immigrate più che trovare giustificazioni di sanità pubblica sembrano obbedire a motivazione politiche, di chi manipola l'apprensione dell'opinione pubblica per la possibile introduzione di malattie contagiose (Loutan 1992). L'AIDS è sempre stato la "patologia degli altri": come ricorda la Haour-Knipe (1995) è significativo che in Africa l'AIDS è stato per anni una patologia "europea" o "americana" mentre la letteratura divulgativa nei paesi occidentali si soffermava su una presenta origine africana del morbo Se l'infezione dell'HIV veniva da fuori erano consequenziale che fossero gli stranieri a portarla nel Paese.

Tuttavia come acutamente affermato dal Department of Health degli Stati Uniti e opportunamente riferito da McCance, " Il rischio e la protezione dall'infezione da HIV non deriva dalla nazionalità della persona infetta ma dai particolari comportamenti che ha tenuto. Un'attenza valutazione dei principi epidemiologici e delle attuali conoscenze mediche ci porta a concludere che permettere ad uno straniero affetto da HIV di entrare nel nostro paese non aggiungerà rischi per la popolazione degli US, dove l'infezione è già diffusa. La nostra migliore difesa contro un'ulteriore diffusione, sia da cittadini US che stranieri, è una popolazione formata". Benchè l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia concluso che la diffusione dell'HIV non venisse modifica dallo screening dei viaggiatori, compresi gli immigrati e rifugiati, molti paesi hanno inserito o previsto in modo a volte non appariscente dei controlli in tal senso.

L'esame dei test richiesti e delle patologie indagate permette tuttavia di individuare un'altra motivazione di fondo che ha portato alla istituzione degli screening: la selezione di una popolazione immigrata "sana" che produca lavoro e non consumi risorse.



Tale politica viene effettuata dai Paesi che si riconoscono storicamente come Paesi di immigrazione quali ad esempio gli Stati Uniti. In questo Paese, come ricorda McCance, le prime norme sull'immigrazione del 1882 proibivano l'entrata a chi fosse "lunatico, idiota o incapace di prendersi cura di sé stesso". Un emendamento del 1891 escludeva "gli idioti, i pazzi, i poveri o le persone che avevano probabilità di divenire un carico sociale e le persone sofferenti di malattie ripugnanti o contagiose". Attualmente nel caso particolare in cui il richiedente abbia come solo ostacolo la presenza di un difetto fisico, di una malattia o invalidità che gli possa impedire di lavorare, la sua entrata negli Stati Uniti è subordinata alla creazione di un fondo individuale per coprire le eventuali spese per l'assistenza sociale pubblica.

Anche l'attività di screening del governo australiano ha come obiettivo di identificare quelle situazioni mediche che possono rappresentare un carico sociale. Al medico non viene solo richiesto di indicare situazioni ovvie e apparenti (es. insufficienza renale) ma anche di diagnosticare e di esprimere una prognosi su quelle non conosciute precedentemente alla visita.

I controlli, tuttavia, in quanto screening hanno la loro sensibilità e specificità ovvero producono falsi positivi e falsi negativi, da un lato diagnosticando patologie non presenti, e quindi impedendo l'entrata nel Paese ad individui sani (si pensi al ricongiungimento familiari) dall'altro non riconoscendo gli individui affetti con un rischio teorico per la sanità pubblica. A questi limiti intrinseci dobbiamo aggiungerne altri estrinseci. Alcune patologie infettive hanno modalità di presentazione per cui la diagnosi è possibile solo a distanza di anni: Neil riferisce come solo il 25% dei casi di lebbra importati negli Stati Uniti sia stato diagnosticato al momento dell'entrata e come altri siano stati riportati con una latenza di dieci anni (Neil 1985). Come riporta Morrone, l'immigrazione di persone colpite da lebbra non costituisce un rischio significativo per la salute pubblica nei paesi in cui la lebbra è scomparsa come l'Olanda, purché gli immigrati possano usufruire di servizi sanitari efficienti e di buone condizioni igieniche, e che viceversa in Italia la lebbra è presente da secoli in forma endemica.

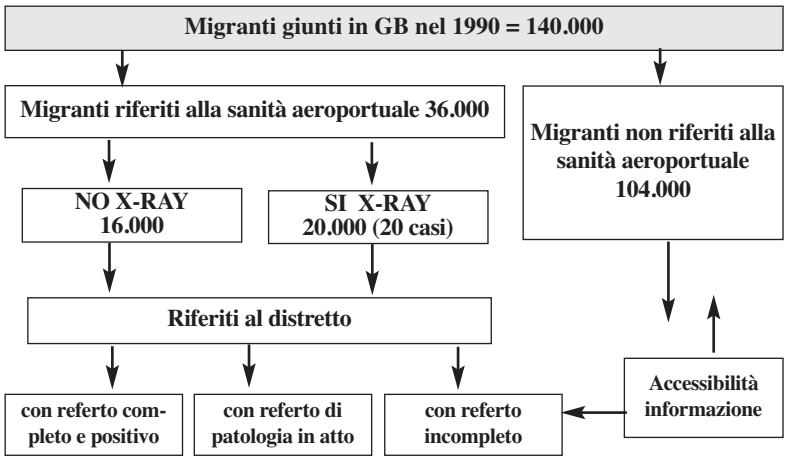
La praticabilità dei controlli è collegata alla loro tipologia e al luogo in cui vengono effettuati, sia come tempi che come disponibilità. Il test con la tubercolina non può essere letto immediatamente mentre non tutti i test per la sifilide sono disponibili nei Paesi in via di sviluppo. I costi dell'intervento di screening non sono spesso calcolati e sono spesso sottostimati: in Svizzera nell'ambito degli screening nella popolazione dei richiedenti asilo loutan ha stimato per il 1991 un costo compreso tra i 5.000 e gli 8.000 dollari per ogni caso di tubercolosi identificato. Commentando la bassa siero prevalenza nei test per l'HIV, Keane, responsabile per International Organization for Migration a Bangkok, ironizzava che sarebbe stato molto

più razionale, da un punto di vista del costo/efficacia e dell'impatto sanitario, sottoporre tutti i migranti ad indagini per la diagnosi precoce del carcinoma del retto, del nasofaringe e del fegato. Infine Gellert sottolinea che nei PVS i costi per gli esami sono spesso proibitivi e le spese annuali per i test dell'HIV potrebbe superare il budget annuale per le spese sanitarie pro-capite oltre che distorcere l'uso delle limitate risorse disponibili da interventi prioritari.

La popolazione target degli screening è spesso costituita da chi fa domanda di risiedere stabilmente nel Paese ospite, non comprendendo i migranti temporanei, i turisti e i cittadini locali che si recano per periodi più o meno lunghi in Paesi ad alta endemia. Un altro aspetto critico nella definizione della popolazione da coinvolgere è rappresentato dalle brevi visite che spesso gli immigrati compiono nel loro paese di origine. Durante queste permanenze spesso brevi, gli immigrati, già residenti e che in alcuni casi hanno già acquisito la nazionalità del paese ospite, possono ammalarsi di patologie infettive come il caso della tubercolosi riportata dallo studio di McCarthy.

La veridicità dell'esame e dei test di laboratorio effettuati in molti Paesi di origine secondo Albouckreck sarebbe inficiata dalla scarsa qualità del laboratori e del personale sanitario, dalla corruzione e da altre pratiche fraudolente come l'acquisto o la falsificazione di esami. Tuttavia si deve riconoscere che le divergenze tra gli screening tra prima e dopo l'arrivo dell'immigrato nel Paese ospite non è detto che siano dovute per forza a problemi nelle procedure diagnostiche del Paese di origine: è stata riscontata da Keane una variazione di sette volte nel tasso di trattamento per tubercolosi (1/150-1/20) tra Paesi diversi riceventi la stessa popolazione.

Screening della tubercolosi sulla popolazione immigrata in Gran Bretagna



Lo screening della tubercolosi è uno di quelli più frequentemente richiesti dai Paesi oggetto del nostro studio anche se con modalità differenti. Anche se abbiamo già accennato ad alcuni dati riguardo questo tipo di controllo è opportuno presentare alcune modalità organizzative.

La figura mostra il sistema di controllo al porto di arrivo per migranti, rifugiati, studenti e visitatori per lunghi periodi all'aeroporto Heathrow in Gran Bretagna. Non tutti gli arrivi sono riferiti all'unità di controllo sanitario aeroportuale, su 20.000 radiografie effettuate si sono identificati solo 20 casi, dato che per Bakhshi non può giustificare una costosa attività di screening su base nazionale, ma soprattutto vi sono notevoli perdite al momento del riferimento per il follow up ai distretti. Attraverso un questionario inviato a 50 distretti scelti a caso, si è evidenziato che solo diciannove avevano una politica scritta in tal senso, che 43 si basavano sul sistema di riferimento aeroportuale anche se con problemi relativi agli indirizzi sbagliati, e solo 8 avevano strumenti aggiuntivi per identificare gli immigrati. Altri problemi identificati riguardavano l'ambiguità delle linee guida per il follow up di immigrati provenienti da paesi a bassa endemia, e per la mancanza di risorse per assicurare la chemioprofilassi per chi era ad elevato rischio. In conclusione i miglioramenti suggeriti da Hardie al termine di questa analisi sono:

- notificare tutti gli immigrati e non solo di quelli che passano dall'unità di controllo sanitario dell'aeroporto;
- utilizzare metodologie aggiuntive per contattare chi sfugge al sistema di notifica;
- informare gli immigrati sui servizi sanitari;
- incoraggiarli a registrarsi presso un medico di base;
- ricollocare ed offrire lo screening della tubercolosi all'interno di un pacchetto preventivo comprendenti le vaccinazioni di routine;
- valutare i distretti con politiche scritte;
- fornire risorse aggiuntive per i distretti con una numerosa popolazione immigrata.

L'esperienza australiana di screening della tubercolosi si basa, invece, su una prima visita con radiografia del torace per la concessione del visto. I casi anomali vengono segnalati nella madrepatria, che in caso di conferma della presenza di segni anormalità e in funzione delle tipologia riscontrata attiverà un follow-up.

In Italia è stato proposto da Besozzi e altri uno schema di intervento preventivo che prevede l'esecuzione all'ingresso del test tubercolinico, della radiografia del torace e, solo previo consenso dell'interessato, del test HIV a cui seguono, collegati con il rilascio del permesso di soggiorno:

- la chemioprofilassi dei soggetti <35 anni cutipositivi oltre i 10 mm, senza malattia in atto;

- la cura degli ammalati o dei portatori di lesioni polmonari potenzialmente evolutive;
- la vaccinazione con BCG nei soggetti cutinegativi in cui si ritiene difficoltoso il follow-up tubercolinico;
- il controllo radiologico annuale per due anni dei soggetti non vaccinati e non trattati.

Senza entrare nel merito della proposta, e limitandosi ad esprimere delle riserve in particolare sull'associazione con il rilascio del permesso di soggiorno, si ricorda come gli autori sottolineino che:

"Eventuali riscontri di malattia o infezione tubercolare devono essere motivo di intervento terapeutico immediato, libero da qualsiasi denuncia all'autorità giudiziaria per gli irregolari, ma vincolante per il permesso di soggiorno per coloro che chiedono la regolarizzazione. La garanzia di poter soggiornare nel nostro Paese anche da ammalati, il libero accesso a strutture sanitarie pubbliche senza impedimenti di tipo burocratico o economico (come il pagamento del ticket), la fornitura gratuita di farmaci, l'erogazione di un eventuale sussidio di cura ambulatoriale sono elementi imprescindibili per poter ottenere una maggiore collaborazione da parte degli immigrati, non escludendo anche una diminuzione della quota di "irregolari" da ottenere mediante una maggiore fiducia nelle istituzioni. Tali interventi non possono né devono essere visti in chiave ideologica, ma soltanto come interventi di protezione del singolo e della collettività..."

L'eliminazione delle barriere per gli screening e la disponibilità della chemioprofilassi a favore degli stranieri, infatti, sono state poste anche da altri autori, quali il McKenna, come condizioni per ottenere dei progressi nel controllo della tubercolosi.

Conclusioni

La ricerca ha permesso di evidenziare alcuni punti essenziali:

- necessità di una prevenzione del razzismo ed eliminazione dei pregiudizi e della discriminazione nei servizi sanitari;
- necessità di una chiarificazione e condivisione su gli obiettivi dei controlli sanitari;
- necessità di un'accessibilità completa.

E' diffuso un atteggiamento passivo o meglio attendista riguardo al razzismo nei servizi sanitari, considerato con un semplice riflesso di quello della società nel suo complesso. Fernardo ed altri autori invece ritengono alla luce dalla natura etica dell'assistenza sanitaria, che gli operatori e le strutture

 sanitarie debbano invece farsi carico di una modifica dell'atteggiamento dei servizi e, quindi curare "i mali della società e non rifletterli".

Le esperienze del NHS, il Servizio sanitario nazionale in Gran Bretagna, e le indicazioni date da Bhopal e Parson (1993) per una politica sanitaria in quel Paese possono essere un punto di riferimento:

- conoscenza da parte dei responsabili sanitari della grandezza, distribuzione geografica, delle caratteristiche socio-economiche, della religione, delle lingue parlate e degli stili di vita delle popolazioni immigrate e delle minoranze etniche;
- sviluppo e applicazioni di una politica per le pari opportunità e per la conoscenza dei propri diritti da parte dei pazienti;
- formazione del personale coinvolto nell'assistenza;
- valutazione dei bisogni delle popolazioni immigrate e delle minoranze in fase di programmazione
- adeguata sistemi di raccolta di dati statistici e di monitoraggio;
- campagne di informazione e di educazione sanitarie appropriate e consapevoli degli specifici aspetti culturali e sociali;
- attenzione e valutazione dell'accessibilità e accettabilità dei servizi forniti;
- presenza di iniziative per eliminare gli ostacoli alla comunicazione (interpreti, traduzione ..);
- coinvolgimento di rappresentanti di tali comunità.

Inoltre, da quanto discusso nei paragrafi precedenti, emerge la necessità di una chiara distinzione tra le procedure di polizia e di tipo amministrativo e l'esame medico. Inoltre bisogna definire gli obiettivi di un programma sanitario per chi chiede di entrare o è entrato da poco nel Paese se sono di selezione o se hanno finalità di sanità pubblica. Molti controlli non hanno giustificazione scientifica o si sono dimostrati di difficile praticabilità e sembrano derivare da spinte politiche emotive e non razionali. Sarebbe preferibile capovolgere il punto di vista mirando ad un controllo sanitario o meglio ad interventi di tutela sanitaria a favore della popolazione immigrata. Un'attenzione specifica in tal senso dovrebbe portare, come propone Bourdillon, a: estendere le condizioni oggetto di indagine in funzione del rischio dell'immigrato, modificando la natura sistematica dell'intervento, utilizzare le campagne di screening per programmi di informazione ed educazione sanitaria, introdurre il nuovo arrivato nel sistema sanitario. Infine è opportuno un richiamo agli aspetti etici relativi alla professione medica soprattutto per quanto riguarda il legame tra atti medici e aspetti amministrativi e sull'uso di strumenti diagnostici di tipo invasivo come la broncoscopia per la valutazione della tubercolosi.

Infine riguardo alla accessibilità, esperienze di restrizione come la Proposition 187 della California sembrano immotivate e controproducenti.

L'accessibilità in altri paesi sembra limitata alle situazioni di emergenza e gravità la cui identificazione non è sempre agevole o condivisibile. Garantire l'accessibilità dei servizi sanitari a chi è presente a vario titolo nel territorio risponde invece ad una condivisa esigenza etica di riconoscere il diritto alla salute delle persone e sembra la forma migliore per assicurare il controllo delle patologie nelle popolazioni immigrate.

ALLEGATO: Modulo raccolta dati

Information Required

The situation

1) How many immigrants are there in your country?

official data _____ related to the year _____
exstimate _____ related to the year _____

2) How many are the immigrants coming from Developing Countries?

with legal status
official data _____ related to the year _____
exstimate _____ related to the year _____

illegal
exstimate _____ related to the year _____

The right to health

3) Which is the model that better describe your heath system?

❑ The private market is dominant and run by competition. The government serves a small part of the population

❑ The government intervenes in health sector and most of the people are served by mandatory social assurance

❑ The government provides health care to all the people. The system is financed by taxation

❑ There is no private market. There is a centralized system with planning and management only at central level

Other _____

4) Which is the accessibility to the health system for immigrants with legal status?
_____
_____
_____

5) Which is the accessibility to the health system for illegal immigrants?
_____
_____
_____

ALLEGATO: Modulo raccolta dati

6) Are there specific health services for immigrants? No ❑ Yes ❑
If yes, which ones?

_____
_____
_____

7) Are there specific health interventions for immigrants (i.e. immunization, screenings)?
No ❑ Ye s ❑ If yes, which ones?

_____
_____
_____

Controls at boundaries

8) Are there health controls for people coming in? No ❑ Yes ❑

9) If yes, for which diseases? For each of them please describe the diagnostic procedures required

DISEASE	PROCEDURE
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

10) The controls are made

❑ when the VISA is issued
❑ at boundaries
❑ other _____

NOTES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

FILLED BY:

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 991.419 (1995). Al 31.3.'96 sono state presentate 248.950 domande di regolarizzazione

% sul totale della popolazione: 1.7%

N° immigrati da PVS: 725.822 (1995); 1,4% sulla popolazione residente

N° irregolari: 25-40% rispetto ai regolari. Oggi circa 150-200.000 (stime)

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Come i residenti italiani ma con diversificazioni in rapporto al tipo di permesso di soggiorno che permette o meno l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini.
Per cure urgenti, infortunio e maternità. Attualmente sono garantite le cure essenziali, continuative ed interventi di medicina preventiva per alcune "categorie" di utenti: donne in gravidanza, minori, malati di malattie infettive.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
No; possibilità di iniziative promosse e sostenute da Enti Locali e/o Aziende Sanitarie/Ospedaliere.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
No; possibilità di iniziative promosse e sostenute da Enti Locali e/o Aziende Sanitarie/Ospedaliere.

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Introdotti dal D.L. 489/95, art. 4. Alla sua quarta reiterazione sono stati eliminati. Attualmente no.

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Prima di ottenere il visto dell'Ambasciata italiana. Attualmente no.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
Certificato medico attestante l'assenza di malattie infettive diffusibili. Attualmente nulla.

fonte: Caritas di Roma

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 4.000.000 (1994). Dai dati del censimento 1991, risulta che circa un quarto dei nati in Australia (circa 3.300.000) ha almeno un genitore non australiano.

% sul totale della popolazione: 22,7%.

N° immigrati da PVS. Il 58,5 % degli immigrati proviene da Paesi europei e dall'ex Unione Sovietica (in particolare, gli italiani risultano 263.938, che equivale al 6,5% della popolazione immigrata totale); il 10,9% da Paesi del Sud-Est asiatico; il 9,2% dall'Oceania (principalmente dalla Nuova Zelanda); il 6% dal Nord-Est asiatico; il 7,9 % da Paesi africani; infine, il 4,1% dalle Americhe (di cui, il 2,1% dall'America Latina).

N° irregolari. 48.000 è il numero di coloro che, entrati con regolare visto all'ingresso, hanno prolungato irregolarmente la loro permanenza.

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Nel sistema sanitario nazionale australiano coesistono il settore pubblico e quello privato[1]. Medici privati forniscono le prime cure e quelle specialistiche, mentre un sistema ospedaliero misto (statale e privato) fornisce tutti i servizi. Medicare, un fondo assicurativo sanitario, copre il rischio contro i costi per l'assistenza ospedaliera (esclusi i pazienti non mutuati) e le cure mediche e optometriche. Il fondo è finanziato attraverso una tassa sull'imponibile fiscale.

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Tutti hanno diritto di accedere alle strutture pubbliche[2]

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Ufficialmente chi è entrato in modo illegale non dovrebbe avere titolo per accedere ai servizi sanitari in quanto non registrato per tale assistenza).

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Benché non si possa parlare di servizi specifici per gli immigrati, il governo promuove un offerta di servizi "ethnic sensitive" e appropriati al gruppo di appartenenza. Ad esempio si assicura la disponibilità di interpreti.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Nessuno

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
SI

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Prima del rilascio del visto

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
Visita medica e ad un RX torace eseguiti da un medico riconosciuto dal governo australiano seguendo specifiche indicazioni[3] riportate da un apposita scheda.

fonte: Louise Spieler, Primo Segretario, Ambasciata di Australia in Italia

1. Australian Government Publishing Service. Australia in breve. Canberra 1994.
2. L'Australia ha accordi di reciprocità in materia sanitaria con Nuova Zelanda, Gran Bretagna, Olanda, Italia, Malta, Svezia e Finlandia. Tali accordi permettono ai visitatori a breve termine di usufruire del sistema sanitario per trattamenti ospedalieri e terapeutici urgenti
3. Una delle ragioni addotte per tali accertamenti è l'identificazioni di persone con malattie che rappresentano un rischio per la salute pubblica, ("pubblic risk"), come ad esempio la tuberculosi .Il visto può essere rifiutato nel caso che il richiedente abbia una malattia che possa rappresentare oltre che un rischio di sanità pubblica anche un peso significativo per l'assistenza sanitaria.

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 425.000[1]

% sul totale della popolazione: 4.2%

N° immigrati da PVS: 112.000

N° irregolari: 40.000

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
La maggior parte della popolazione è coperta da assicurazioni sociali obbligatorie e il governo interviene nel settore sanitario

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Gli immigrati regolari possono accedere al sistema mutualistico. Il contributo di malattia è variabile da una mutua all'altra.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Gli irregolari non hanno alcuna possibilità di accesso.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Nessun servizio pubblico. Sono presenti strutture sanitarie di volontariato.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Nessuno.

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Nessuno

fonte: Richard Beya, Les enfants déplacés ASLB, Bruxells

1. Secondo altre fonti (cfr. Caritas di Roma Dossier '96) gli immigrati sarebbero 921.000 per l'anno 1993, overo il 9.1% della popolazione residente

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati*
Secondo i dati del censimento del 1991, gli stranieri erano 4.342.890. Ogni anno si calcolano 220.000 nuovi arrivi in media (dal 1990 al 1994)[1]

% sul totale della popolazione: 16%

N° immigrati da PVS*. Negli anni '50, oltre l'80% degli immigrati proveniva da Paesi europei; nel 1994, solo il 17% dei nuovi arrivati era proveniente dall'Europa. Se il flusso dai Paesi del vecchio continente appare fortemente ridimensionato, in crescita è il numero di immigrati provenienti da Asia (64% dei nuovi arrivi nel corso del 1994), Africa (6%), Caraibi (4%), America del Sud (4%). Si stima che gli stranieri provenienti da PVS siano circa 700.000

N° irregolari: circa 50.000? /anno

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Il Canada ha un sistema sanitario con copertura universale finanziato dalla tassazione generale.

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Gli stranieri possono accedere al sistema sanitario dopo 90 giorni dall'arrivo. Ai cittadini canadesi, ai residenti, ai lavoratori stagionali viene rilasciato un tesserino sanitario da parte degli uffici provinciali del Ministero della Sanità sulla base del certificato di nascita, del permesso di soggiorno o del passaporto. Il tesserino permette l'accesso ai servizi di salute.
In alcune province tale diritto è esteso anche agli studenti stranieri e ai rifugiati il cui status giuridico è stato riconosciuto. L'assistenza sanitaria si estende ai familiari a carico.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Nessuna. Tuttavia, in attesa che la loro posizione venga definita, gli immigrati irregolari possono usufruire dei servizi essenziali.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Nelle maggiori città (Toronto, Montreal) si cerca di fornire l'assistenza sanitaria nella lingua madre

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
In risposta a sollecitazioni da parte del Co-

mitato Permanente sulla Sanità e l'Assistenza Sociale (raccomandazioni 27 e 28 del First Report di tale Commissione) il Governo ha sviluppato una specifica politica per l'accessibilità dei servizi sanitari agli immigrati e ai rifugiati, con finanziamenti e attività culturali, formative e di ricerca[2]. Inoltre, sono stati approntati degli opuscoli informativi che descrivono le modalità di accesso ai servizi sanitari e sociali[3].

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori. Si.

Momento in cui i controlli vengono effettuati: Prima del rilascio del visto.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti: visita medica secondo precise indicazioni[4]: anamnesi, con informazioni su terapie farmacologiche passate o in atto, sieropositività per HIV e precedenti ricoveri ospedalieri; esame obiettivo per apparato compresa l'acuità visiva e uditiva e l'esame del fundus oculi; conclusioni diagnostiche e prognostiche; allegati VDRL F.T.A. A.B.S., analisi delle urine, RX torace.

fonte: J.M. Cherning, Attachè medico, Ambasciata del Canada in Italia

* *Andrea Negrotto Cambiase e Sandro De Bernardin, Ambasciata di Italia, Canada*

1. Istituto Statistico di Ottawa. Recherches en Immigration - Population Totale D'immigrants 1996.
2. Government of Canada Minister of National Health and Welfare. Building Partnerships. Minister of Supply and Services Canada 1991
3. Fact Sheet # 4. Health and Income Security.
4. Tali indicazioni sono state rintracciate sul "medical report for canadian immigration", che contiene una sezione di identificazione del richiedente, una guida all'anamnesi, una guida all'esame obiettivo, una guida per gli esami di laboratorio, da compilarsi da parte del medico, più una sezione aggiuntiva utilizzata dal medical officer dell'Ufficio immigrazione con indicazioni per ulteriori indagini e approfondimenti diagnostici e anamnestici e per eventuale follow up.

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 222.746** (1996) 196.705* (1995)

% sul totale della popolazione: <4%

N° immigrati da PVS: 127.331*(1995) 75.000** (1996)

N° irregolari: Non sono stati forniti dati

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento

Lo Stato fornisce servizi sanitari a tutta la popolazione e il sistema viene finanziato attraverso la tassazione generale e i contributi

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari

Si ha accesso al sistema sanitario dopo sei settimane dalla data di rilascio del permesso di soggiorno. In caso di emergenza è possibile usufruire delle prestazioni sanitarie gratuitamente, anche prima di aver ottenuto il permesso di soggiorno.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini

Agli immigrati irregolari e/o clandestini è garantita gratuitamente l'assistenza solo per i casi urgenti

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati

Non esistono servizi specifici per la popolazione immigrata Vi sono tuttavia servizi particolari per rifugiati con problemi psico-sociali quali i sopravvissuti a torture e screening nella popolazione dei richiedenti asilo

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Nessuno.

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Nessuno

*fonte: * Bruno Archi, Primo Segretario, Ambasciata di Italia, Danimarca*
***VK Larsen, Danish Refougee Council. Danimarca*

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati
Secondo i dati del censimento del 1990, gli immigrati regolarmente presenti risultavano 4.200.000, di cui 1.300.000 avevano già acquisito la nazionalità francese e 2.900.000 erano stranieri. A questi vanno aggiunti 700.000 stranieri nati in Francia (e quindi non immigrati!)[1] .

% sul totale della popolazione
Gli stranieri rappresentano il 6,8% della popolazione.

N° immigrati da PVS
Secondo i dati del censimento, il 46% degli stranieri proviene dal Maghreb e dall'Africa nera, l'11,8% dall'Asia e il 2% dalle Americhe.

N° irregolari
Secondo i dati del Ministero dell'Interno (1990), 1.000.000; altre stime si mantengono intorno ai 500.000

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
I servizi sono assicurati da strutture pubbliche o private e sono coperte da una assicurazione di malattia universale obbligatoria.

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Le stesse dei francesi, ma con alcune restrizioni e ostacoli di natura amministrativa.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Non beneficiano di nessuna protezione sociale, ad eccezione delle cure urgenti conformemente all'obbligo di assistenza delle persone in pericolo[2].

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Non dati disponibili.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Non dati disponibili

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Per rifugiati e richiedenti asilo, se il loro arrivo in Francia è concordato, al momento dell'arrivo è prevista una visita medica con alcune analisi per patologie che se diagnosticate vengono anche prontamente trattate (parassitosi intestinali, malattie sessualmente trasmesse, tubercolosi). Per chi di loro arriva singolarmente, non previsto, non vi sono controlli né assistenza[3].
Per i ricongiungimenti familiari, le condizioni per l'ingresso sono stabilite dal Ministro incaricato della popolazione e dal Ministro della Sanità. L'obiettivo è quello di verificare nel Paese di origine che l'immigrato non sia affetto da tubercolosi polmonare in fase evolutiva, da tossicomania per sostanze stupefacenti, da turbe mentali in grado di compromettere l'ordine pubblico e la sicurezza delle persone, da malattie considerate dal Regolamento Sanitario Internazionale[4].

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Prima dell'arrivo in Francia o al momento dell'arrivo

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
Visita medica e RX torace.

1 Dati del censimento riportati da INSE. Les Etrangers en France, 1994.
2 Legge del 7 agosto 1851, che obbliga gli ospedali ad accogliere tutti gli indigenti quale che sia la loro nazionalità.
3 Bourdillon F, Lombrail P, Antoni M, Benrekassa J, Bennegadi R, Leloup M, Huraux-Rendou C, Scotto C. la santé des populations d'origine etrangere en France. Soc Sci med. 1991; 32:1219-1227
4 Décret n° 94-963 du 7 novembre 1994 relatif au regroupament familial des étrangers, pris pour l'application du chapitre VI de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers. Pubblicato sul Journal Officiel de la Republique Française in data 9 novembre 1994.

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 6.990.510* (1994)

% sul totale della popolazione: 9%

N° immigrati da PVS
Non sono disponibili dati relativi alla provenienza dai PVS, ma la maggior parte degli extracomunitari (in totale 5.429.512) proviene da paesi poveri

N° irregolari
Non esistono dati ufficiali

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Vi è un forte intervento dello Stato e il finanziamento avviene attraverso assicurazioni sociali

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari*
Per i lavoratori dipendenti soggetti ai contributi sociali le possibilità sono le stesse che per i tedeschi. I disoccupati vengono assicurati, in via obbligatoria, presso la cassa malattia locale; in tal caso i contributi vengono pagati tramite l'indennità di disoccupazione.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Gli immigrati irregolari non hanno alcuna possibilità di accesso al sistema sanitario. Si prevedono aiuti solo in caso di emergenza.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Esistono a livello regionale dei servizi per gli immigrati: ad esempio il Centro etno-medico di Hannover, che offre ai migranti consulenza e assistenza sanitaria.
Non esiste alcuna offerta di servizi coordinata a livello interregionale o federale.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Vi sono progetti specifici a livello regionale: il Programma sanitario per rifugiati a Brema; il progetto "Migrazione e Salute" a Heidelberg. Non esistono interventi sanitari a coordinamento centrale destinati a tutta la popolazione immigrata.

Controlli Sanitari*

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Non sono previsti controlli sanitari alla frontiera per gli stranieri ma solo un'autocertificazione. Gli uffici per l'immigrazione si riservano il diritto di revocare il permesso di soggiorno in caso di malattie infettive.
Per i rifugiati valgono regole diverse: la Legge sull'asilo politico, all'articolo 6 (comma 1), sancisce l'obbligo per i rifugiati di sottoporsi a una visita medica e a un RX torace, all'arrivo in Germania.

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Pochi giorni dopo l'arrivo nei centri di accoglienza.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
E' previsto per legge che i profughi si sottopongano alla visita medica e all'esame radiografico del torace; in alcuni Lander sono richiesti esami aggiuntivi, come ad esempio il test per l'HIV in Baviera.

fonte: Rosa Maria Chicco Ferraro e Stefania Rosini Riccardo, Ambasciata di Italia in Germania.
** Helmut Sausen, Consigliere per gli affari sociali, Ambasciata di Germania in Italia*

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati*: *circa 2.000.000*

% sul totale della popolazione: *3%*

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Il governo fornisce servizi sanitari a tutta la popolazione finanziandoli attraverso la tassazione generale

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Analoghe possibilità di accesso al National Health , rispetto ai cittadini britannici.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Gli immigrati irregolari non hanno alcuna possibilità di accesso al sistema sanitario. Si prevedono aiuti solo in caso di emergenza.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
La National Association Health Autorities nel suo rapporto del 1987 Action not words pur evidenziando la presenza di limitati servizi addizionali o speciali, ha sottolineato la presenza di discriminazioni razziali nei servizi sanitari. Da allora vi sono stati degli impegni di politica sanitaria e sono state attivate iniziative per la raccolta di dati, il coinvolgimento delle comunità locali, la formazione del personale (anche medici di base), il rapporto con l'utenza (es. traduzione Patient's Charter), educazione sanitaria

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Sono previsti periodicamente screening per la tubercolosi e campagne vaccinali per le comuni malattie infettive.
Si conoscono altri interventi specifici[1]:
• 1981 Stop Rickets Campaign contro il rachitismo nella popolazione asiatica
• 1984 Asian Mother and Baby Compaign che evidenziò le barriere culturali e linguistiche

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori: Si

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Al momento del passaggio della frontiera.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
Gli stranieri devono sottoporsi a una visita medica, come previsto dall'Immigration Act e dalla legislazione di sanità pubblica

fonte: Geoffrey Watson, Press and Information Officier, Ambasciata della GRAN BRETAGNA in Italia
** Dossiet statitisco Immigrazione '95*

1 Bahal V. Development of a black and ethnic minority health policy at the Department of Health. In Hopkins A, Bahl V (Ed) Access to health care for people from bleak and ethnic minorities. London: Rooyal College of Physicians Pubblications 1993

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: nel 1995 470.000 ufficiali e stime 600.000 (AI) Secondo i dati del censimento del 1991, erano presenti in Grecia 167.276 stranieri e 61.500 rifugiati (riconosciuti o in attesa di riconoscimento)[1].

% sul totale della popolazione: 11%

N° immigrati da PVS: Secondo i dati del censimento del 1991, 104.1591

N° irregolari: 500.000 di cui 200.000 albanesi, 100.000 polacchi, 50.000 egiziani, 40.000 filippini, 14.000 iracheni e 50.000 diversi (AI) Secondo altre stime, 300/400.0001.

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento

Il mercato privato è molto forte e regolato dalla competizione, ma lo Stato fornisce servizi sanitari a tutta la popolazione. Il finanziamento avviene attraverso la tassazione generale e i contributi

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Per i lavoratori immigrati regolari, il datore di lavoro è obbligato a pagare i contributi assistenziali.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Solo in caso di malattia grave è possibile accedere agli ospedali pubblici

Servizi specifici per la tutela della salute d egli immigrati
No

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
No

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
I cittadini extracomunitari al momento della richiesta del permesso di soggiorno devono esibire un certificato sanitario.

fonte: Ambasciata di Italia in Grecia

1 I dati riportati si riferiscono ai risultati del censimento del 1991. Office National de la Statistique, recensement du 17 mars 1991

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 154.041 (1994)

% sul totale della popolazione: <40%

N° immigrati da PVS: 13.119

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Gli immigrati che svolgono un'attività lavorativa sono obbligatoriamente iscritte al sistema sanitario.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Nessuna.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Nessuno.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Nessuno.

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Per gli stranieri non appartenenti all'UE sono previsti una visita medica e un RX torace.

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Al momento del rilascio della carta di identità dello straniero e al momento della prima dichiarazione di arrivo.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
La visita può essere fatta da un medico di scelta sulla base di un formulario fornito dal Ministero della Sanità e sottoposto a controllo da parte di ispettori dello stesso Ministero

fonte: Johny Lahure, Ministre de la Sante, Luxembourg

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati
Dati non forniti

% sul totale della popolazione
Dati non forniti

N° immigrati da PVS
Dati non forniti

N° irregolari
Dati non forniti

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Dati non forniti

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Gli immigrati residenti possono accedere al sistema sanitario come i neozelandesi. L'accesso ai servizi è gratuito fino a un reddito di 35.000 $ NZ, per una famiglia composta dai genitori più 2 figli.
Coloro che entrano come turisti, per motivi di studio o come lavoratori temporanei, cioè con permesso di soggiorno con una durata massima di due anni, devono stipulare un'assicurazione sanitaria personale, nel Paese d'origine o in Nuova Zelanda. Vi è comunque possibilità di accesso alle strutture sanitarie in caso di incidenti sul lavoro e stradali.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Nessuna.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Nessuno. Tuttavia, le ambasciate consegnano una guida informativa sul sistema sanitario neozelandese per i visitatori d'oltre mare[1].

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Nessuno.

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori:
Si.

Momento in cui i controlli vengono effettuati:
Al momento della presentazione della domanda di immigrazione.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti:
visita medica secondo precise indicazioni[2], : anamnesi comprese abitudini di vita e fertilità, anamnesi familiare, esame obiettivo per apparato, RPR o VDRL, test urine, parassitologico feci per anamnesi positiva per infezione da salmonella o residenza in aree tropicali. RX Torace, Test tubercolina se richiesto[3]. Bambini e adulti se non vaccinati Polio, Bambini se non vaccinati difterite e epatite

B. Il richiedente si impegna a sottoporsi e a pagare altri esami a giudizio delle autorità di immigrazione

fonte: M. Nalda, Ufficiale Consolare, Ambasciata della Nuova Zalansa in Italia

---

1 Ministry of Health. A guide to the New Zealand Health System for Overseas Visitors.

2 Al medico viene domandato se il richiedente soffra di una qualunque condizione che possa probabilmente determinare la necessità di un trattamento, ospedalizzazione o assistenza specialistica in Nuova Zelanda. Gli si chiede inoltre un parere se l'immigrato debba essere respinto su motivazioni mediche.

3 I Paesi per cui viene richiesto il test sono: West Samoa, India, Cina, Tomga, Filippine.

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati
Sono considerati immigrati i rifugiati e quanti sono arrivati in Olanda per motivi di lavoro per lo più dalle ex-colonie . Tale gruppo è composto da 1.050.000 persone (inclusi i figli nati in Olanda) (AI)

% sul totale della popolazione: 7%

N° immigrati da PVS: Circa 560.000*

N° irregolari:
Non sono disponibili dati ufficiali relativi agli immigrati irregolari ma secondo alcune stime ammonterebbero a circa 200.000 persone

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Lo Stato provvede per la gran parte della popolazione alla assistenza sanitaria e alla previdenza sociale tramite forme di assicurazioni sociali nazionali.

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Le possibilità di accesso alla assistenza sanitaria per gli immigrati in regola sono identiche a quelle garantite ai cittadini olandesi..

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini*
Gli immigrati irregolari sono esclusi dalle assicurazioni sociali. L'unica possibilità è di pagare di persona o attraverso assicurazioni private. Le cure urgenti sono comunque garantite

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati*
Non esistono strutture specifiche per gli immigrati. Nel caso dei rifugiati è altresì prevista un'équipe medica all'interno dei centri di accoglienza. Sono presenti, soprattutto nelle grandi città, numerose strutture di volontariato che offrono assistenza socio-sanitara agli immigrati irregolari.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
L'Olanda porta avanti una politica specifica nei confronti della tutela della salute degli immigrati attraverso attività di ricerca, campagne di informazione, corsi di formazione per operatori sanitari e disponibilità di interpreti.

Controlli Sanitari*

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Non esistono controlli tranne che per i rifugiati.

Momento in cui i controlli vengono effettuati
per i rifugiati entro dieci giorni dall'arrivo nei centri di accoglienza

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
visita medica e RX torace per i rifugiati

fonte: Ranieri Tallarigo, Ambasciatore di Italia in Olanda
**Joost van der Meer, Erasmus Universiteit Rotterdam Olanda*

1 In Olanda una persona è considerata di "origine etnica" se la persona in questione ovvero uno dei suoi genitori eè nata all'estero

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati
ufficialmente 168.316 (1995); stime 300.000

% sul totale della popolazione: 1.7%

N° immigrati da PVS: 100.000
N° irregolari: ca. 130.000

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Lo Stato fornisce servizi sanitari a tutta la popolazione e il finanziamento avviene attraverso la tassazione generale

Immigrati e Sanità*

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Stesse possibilità dei portoghesi.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Non vi è possibilità di accesso al servizio sanitario nazionale, se non per i casi di emergenza.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Nessuno.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
A livello centrale esiste una commissione interdipartimentale che ha il compito di verificare l'accessibilità ai servizi, con particolare alle esigenze di salute della popolazione straniera, e di promuovere iniziative in favore dell'integrazione sociale.

Controlli Sanitari*

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Non è previsto alcun controllo sanitario, all'ingresso o al momento del rilascio del visto

fonte: Ambasciata del Portogallo in Italia
**Antonio Bellavai, Primo Segreterio Ambasciata di Italia, Portogallo*

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 484.342 (1993)

% sul totale della popolazione: 1,2%

N° immigrati da PVS: 240.000

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Tutti i lavoratori immigrati regolari sono inclusi nel regime della Sicurezza sociale e hanno quindi diritto all'assistenza.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Nessuna.

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Servizi Sociali per l'integrazione degli immigrati presso il Ministero degli Affari Sociali; organizzazioni sindacali; ONG.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
La "Consejeria de Salud" della Comunità autonoma di Madrid insieme all'ONG "Medicos del Mundo" ha elaborato una guida per gli immigrati.

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Si.

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Al momento del rilascio del visto e al passaggio della frontiera.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
Si tratta di controlli per malattie infettive, malattie mentali e tossicodipendenza.

fonte: Andreas Ruiz Secchi, Ambasciata di Spagna in Italia

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 19.767.000 stranieri*

% sul totale della popolazione: 6,2%*

N° immigrati da PVS: 14.538.000*

N° irregolari
3.400.000 persone con un incremento annuo di 300.000 Nuove entrate essenzialmente dal Messico, El Salvador, Guatemala, Canada, Polonia e Filippine[1].

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Il mercato privato è molto forte e regolato dalla competizione. L'intervento del governo si limita all'assistenza di una piccola parte della popolazione.

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Identiche a quelle dei cittadini statunitensi.

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
Le strutture sanitarie hanno l'obbligo di fornire la copertura di Medicaid per le condizioni di emergenza[2] . Alcuni stranieri "undocumented", considerati come coperti da benefici delle legge pubblica, possono avere i benefici di Medic-Aid in aggiunta a quelli già previsti quali servizi sanitari di emergenza. I criteri di classificazione per l'assistenza sanitaria sono infatti diversi da quelli dell'IMS. Imigration and Naturalization Service[3].

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Nessun dato disponibile.

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Nessun dato disponibile.

Controlli Sanitari*

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Si. Nel caso particolare in cui il richiedente abbia come solo ostacolo la presenza di un difetto fisico, di una malattia o invalidità che gli possa impedire di lavorare, la sua entrata nel Paese è subordinata alla creazione di un fondo individuale per coprire le eventuali spese per l'assistenza sociale pubblica.

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Prima del rilascio del visto.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
L'Ufficio Consolare prevede che gli stranieri si sottopongano a una visita medica e ad esami, che accertino le loro condizioni fisiche e mentali, e in modo particolare l'assenza di malattie contagiose e di alterazioni che rendano inabili al lavoro[4].

** fonte: La biblioteca dell'ambasciata ha fornito i relativi capitoli del "Code of Federal Regulation, title 8, Aliens and Nationality" e i dati demografici contenuti in "Statistical Abstract of the United States 1995"*

1 Caswelll AE. Immigrants and health care: mounting problems. Annals Internal Medicine 1995; 122:309-10

2 Siddhathan K, Alalasundaram S. Undocumented aliens and uncompensed care: whose responsability. Am J Public Health 1993; 83: 410-412

3 Loue S, Foerstel J. Clarifing the legal definition of "undocumented aliens". Am J Public Health 1994; 84:1032

4 Dal 1952. specifiche motivazioni mediche per un rifiuto di ingresso erano: ritardo mentale, pazzia, personalità psicopatica, deviazioni sessuali, handicap mentali, tossicodipendenza o alcolismo cronico, malattie contagiose. In partcolare dal 1970 queste erano limitate a tubercolosi in fase attiva, morbo di Hansen, malattie veneree mentre nel 1987 veniva aggiunta l'infezione da HIV . Con l'Immigration Act del 1990, l'individuazione delle specifiche condizioni non viene più definita per legge ma delegataal Secretary of health and human service che le limita a: malattie infettive significative per la sanità pubblica, disordini mentali o fisici associabili a comportamenti pericolosi e tossicodipendenza (McCance C. Medical Screening of Migrants: Current National Requirements in the United States. International Migration 1992; 30:215-221.). Benché si ritenga che la tubercolosi sia considerata come l'unica malattia diffusiva significativa, non vi sono indicazioni federeali per le procedure di follow-up dei pazienti con radiografia sospetta e sputum negativo e non è possibile fare stime sugli immigrati in tali condizioni (McKenna MT, McCray E, Onorato I. The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in United States, 1986-1993. N Engl J Med 1995; 332:1071-76)

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati
508.000 con 45.348 nuovi arrivi nel 1992*

% sul totale della popolazione: 5.8%

N° immigrati da PVS
25.219 nuovi arrivi nel 1992

Sistema sanitario

• Organizzazione e finanziamento
Lo Stato fornisce servizi sanitari a tutta la

popolazione . Il finanziamento avviene attraverso la tassazione generale e i contributi

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari
Gli stessi

Possibilità di accesso per gli immigrati i rregolari e/o clandestini
Nessuna

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
Nessuno

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
Nessuno

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Si

Momento in cui i controlli vengono effettuati
Al momento del passaggio della frontiera.

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti
Visita medica generale.

** fonte: Weibert Borrelli, Ambasciata di SVEZIA in Italia*

Entità del fenomeno

N° Complessivo Immigrati: 1.191.000[1].

% sul totale della popolazione: 17%

N° immigrati da PVS
dati non disponibili

N° irregolari: dati non disponibili

Sistema sanitario*

• Organizzazione e finanziamento
Assicurazione sanitaria obbligatoria presso assicuratori privati o casse di malattia.

Immigrati e Sanità

Possibilità di accesso per gli immigrati regolari*
Ogni persona domiciliata in Svizzera è tenuta ad assicurarsi entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera[2].

Possibilità di accesso per gli immigrati irregolari e/o clandestini
dati non disponibili

Servizi specifici per la tutela della salute degli immigrati
dati non disponibili

Interventi sanitari specifici in favore della popolazione immigrata
dati non disponibili

Controlli Sanitari

Presenza di controlli sanitari obbligatori
Obbligatori per chi vi si reca per la prima volta (ad eccezione originari da Australia, Canada, Nuova Zelanda, Paesi EC e EFTA),

per i rifugiati e per i richiedenti asilo[3].

Momento in cui i controlli vengono effettuati

al passaggio della frontiera, avvisando 5 giorni prima, RX entro 5 giorni dall'arrivo

Certificazioni previste, patologie indagate, esami richiesti

visita medica, RX torace (con eventuali altri esami complementari da parte delle autorità cantonali)

** fonte: L'ambasciata ha fornito il materiale legislativo e opuscoli informativi per i controlli sanitari nei migranti*

---

1 Bollini P. Health Policies for Immigrant Populations in the 1990s. A comparative study in seven Receiving Countries. International Migration 1992; 30:103-13.

2 Legge Federale sull'Assicurazione Malattia del 4 dicembre 1994.

3 Dal 1992 sono previsti screening per i richiedenti asilo per l'identificazione della tubercolosi (RX torace, test tubercolina) per l'epatite B (antiHBc). Il programma prevede la vaccinazione per tetano, difterite, poliomielite, epatite B, e in funzione dell'età, H. influenzae, morbillo, parotite e rosolia (Loutan 1992).

Capitolo 5

Il diritto alla salute degli immigrati nelle Leggi regionali italiane

di Bianca Maisano*, Giorgio Fumagalli*, Maurizio Marceca*°, Andrea Scapigliati* e Salvatore Geraci*

* *Caritas Diocesana di Roma*

° *Istituto di Igiene "G. Sanarelli", Università degli Studi di Roma La Sapienza*

Alla ricerca di risposte adeguate

La ricerca *Il diritto alla salute degli immigrati nelle leggi regionali italiane* che ha permesso di raccogliere, analizzare ed iniziare a sistematizzare le informazioni commentate nelle *schede-regioni* presentate in questo capitolo, è solo la prima tappa di un processo molto più complesso ed articolato che ha come méta la creazione di una *rete interregionale* che renda possibile lo scambio informativo tra i diversi contesti regionali sul tema specifico del diritto alla salute degli immigrati nel nostro paese.

Le schede regionali e le griglie comparative costituiscono quindi utili strumenti per iniziare o continuare un dialogo che, durante lo svolgimento della ricerca, ci siamo trovati a provocare o facilitare.

Nell'ultimo decennio l'esplosione del fenomeno migratorio, soprattutto in alcune regioni, è servito a mettere in luce l'urgenza e l'affannosa ricerca di piste giuridiche nuove per dare risposte adeguate al diritto alla salute degli stranieri presenti sul territorio nazionale. Sono emerse una certa improvvisazione (alcune regioni, come per esempio il Friuli e l'Emilia Romagna, pur dimostrando sensibilità al tema, hanno emanato leggi in cui il tema della tutela della salute è affrontato in maniera svincolata dai dati epidemiologici disponibili e dall'approccio interculturale specifico richiesto dalla diversità etnico-culturale degli immigrati), alcune incertezze di fondo (come nel caso dell'individuazione dei destinatari della legge) e, di conseguenza, alcune interpretazioni discordanti a motivo della impreparazione istituzionale.

Tutto ciò non ha impedito ad un gruppo di medici sensibili sparsi nei diversi contesti regionali, di confrontarsi quotidianamente in modo il meno inadeguato possibile con pazienti di altre culture. A sua volta questo contatto ha fatto intravedere con sempre maggior chiarezza la necessità di un apporto di altre discipline: un apporto nuovo, utile all'individuazione di orientamenti operativi più efficaci per un approccio rispettoso della cultura della persona, garantendo nel contempo la valorizzazione della ricchezza di quanto già vissuto localmente nelle diverse regioni italiane.

Alla ricerca, dunque, una volta inquadrato lo scheletro logico e normativo, peraltro in continua evoluzione, rimane ora da valutare la reale ed effettiva applicazione di quanto legiferato e progettato dalle singole regioni. Alcune

esperienze, quali quella della Regione Veneto o di alcune Aziende USL di Roma, (riportate in appendice a questo volume), costituiscono indubbiamente esemplificazioni interessanti e, per alcuni aspetti, imprescindibili modelli di riferimento.

Ma siamo convinti si tratti solamente delle prime *pepite* di un *filone d'oro* ancora sommerso. Esperienze il più delle volte limitate, ignorate dai rispettivi organi regionali, lontane dal clamore della cronaca, stanno attuando, giorno dopo giorno, i primi significativi passi di una medicina attenta alla salute non solo di tutti, ma anche di ciascuno, considerato nella sua irripetibile originalità anamnestica.

La sfida al rispetto per la singola persona che ci sta davanti, e che è portatrice di una cultura e di una sensibilità specifiche, ci spinge a continuare a *ricercare* non solo leggi, ma processi in atto che, anticipando le leggi o applicandone lo spirito vero che le anima, possono contribuire al disegno di politiche che tengano finalmente conto del contesto multiculturale che ci caratterizza.

Perché una ricerca sul *diritto alla salute degli immigrati nelle leggi regionali italiane?*

Da quando il tema della salute delle persone di altre culture presenti nel territorio italiano ha iniziato a richiamare l'attenzione dei medici e del personale sanitario, non sono mancate, sparse un po' dovunque ed a livelli diversi, occasioni di incontro, di scambio e di informazione.

Citiamo, tra le più recenti (ottobre '96) l'iniziativa dell'ISMU (Fondazione Cariplo per le iniziative e lo studio sulla Multietnicità, di Milano) di dedicare una sezione permanente del proprio periodico informativo al tema della salute dei migranti, con l'obiettivo di creare uno strumento utile al coordinamento delle iniziative in atto a livello nazionale; il Corso semiresidenziale di Medicina della Migrazioni, promosso dalla Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo in collaborazione con la Caritas di Roma, svoltosi alla fine di ottobre '96 e giunto alla sua quarta edizione; il gruppo "Immigrazione e Salute" del Lazio, aderente alla SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) che da circa un anno collega varie realtà del volontariato, del privato sociale e del settore pubblico e sta realizzando una *rete operativa* sia

nelle risposte da dare sul piano dell'assistenza sanitaria, sia nell'approfondimento politico e culturale.

Nonostante le iniziative appena citate esprimano una nuova tendenza, che mira alla formazione ed al coordinamento degli operatori, superando una visione puramente assistenziale, gli sforzi conoscitivi in questo campo si sono rivolti, almeno inizialmente, soprattutto all'analisi ed allo studio degli aspetti clinici ed epidemiologici. Le informazioni ricavate, tuttavia, si sono ben presto rivelate limitate per una reale comprensione ed un corretto approccio a questa realtà del tutto nuova per il mondo sanitario italiano.

Si è dimostrato invece particolarmente utile, oltre ad un serio confronto con le soluzioni adottate a livello internazionale e ad un approccio multidisciplinare, mettersi profondamente in ascolto delle esperienze, iniziate nell'ultimo decennio prevalentemente in ambito extraistituzionale, un po' in tutte le regioni italiane.

Molte di queste iniziative, nate semplicemente per rispondere a dei bisogni di assistenza sanitaria non garantiti dalla struttura pubblica, ancora carente di una legislazione organica, sono state successivamente in grado di agire politicamente come elementi catalizzatori di leggi regionali che, proprio grazie al loro specifico apporto, risultano più adeguate alla realtà cui vogliono rispondere.

E' il caso della recente legge n.33/3.11.1994 della Regione Campania che, confrontata con la precedente (1984), lascia intravedere l'importanza di conoscere e considerare il percorso storico vissuto e l'efficacia di istituzioni dotate di una certa flessibilità in grado di adeguare il servizio al mutare della domanda. Mutamento del resto prevedibile in un contesto migratorio in evoluzione e sempre più caratterizzato dalla multiculturalità.

D'altra parte la mancata conoscenza e considerazione delle problematiche sanitarie connesse ai processi migratori, e delle relative risposte già sperimentate in altri contesti regionali, unite alla carenza di una normativa specifica nel proprio territorio, come è il caso della Regione Sicilia, ha causato, in alcune regioni, l'inutile moltiplicazione di iniziative e progetti pieni di buone intenzioni ma spesso rivolti nella direzione sbagliata: come l'apertura di ambulatori per l'assistenza degli immigrati non coordinati tra di loro e non dotati di personale specificamente formato, avvenuta in molte della maggiori città italiane.

Errori strategici e ritardi operativi che spesso amplificano, invece di risolvere, i problemi sanitari di persone che, in una situazione di maggior vulnerabilità, si sono viste di fatto negato o solo elemosinato un diritto fondamentale, quello alla salute, appunto. A questo proposito la cronaca di malasanità, o più spesso il disagio consumato nel silenzio, non risparmiano nessuna regione.

Di fatto la normativa nazionale, e di conseguenza quella regionale, risultano, anche per quanto riguarda la tutela della salute degli stranieri, particolar-

mente disorganiche e disomogenee, lasciando spazio a dubbi e difficoltà interpretative che aprono il campo ad una pericolosa quanto incontrollabile *discrezionalità*.

Inoltre, come evidenziato più oltre, nella maggior parte delle leggi regionali, al ricco riferimento a fonti normative autorevoli e di ampio respiro (quali la risoluzione delle Nazioni Unite 40/144 del 1985 relativa alla tutela dei diritti umani e delle libertà fondamentali, o l'art. 32 della Costituzione Italiana che in maniera significativa vincola la tutela della salute all'individuo in quanto tale, senza alcun tipo di distinzione o discriminazione) non fanno poi riscontro provvedimenti legislativi in grado di dare concretezza all'applicazione dei principi enunciati.

Di fronte a tale realtà, come medici aperti ad una medicina globale, che tentano cioè di non ridurre il loro operare ad una risposta acritica ai soli problemi emergenti, è stato inevitabile spingere il nostro interesse professionale oltre i muri dell'ambulatorio, oltre i confini dell'azienda Usl e della stessa regione, per avventurarci in un viaggio che ci permettesse di conoscere i limiti, ma anche le possibilità di ottimizzare l'efficacia e l'impatto del nostro servizio.

Intraprendere questo viaggio ha avuto inoltre per noi anche il senso di non lasciar cadere tanti *perché* nati, insieme ad un senso di impotenza, alla fine di ogni giornata trascorsa in ambulatorio.

Raccogliere questi *perché* ha significato accettare di mettere in discussione non solo *cosa* stiamo tentando ma anche *come* ci prepariamo e ci rapportiamo a questo incontro con pazienti di altre culture. Lasciare che nascesse dentro una inquietudine che continua anche oggi ad accompagnare ogni nostro passo. Scegliere di investire energie in quell'azione *politica* che mira a rendere l'altro non oggetto della nostra cura ma soggetto del suo diritto.

Il quadro di riferimento

La prima domanda cui trovare risposta era quella relativa al contesto di riferimento in cui ci saremmo mossi. Quale il quadro legislativo nazionale?

A partire dagli anni '80 l'incremento del fenomeno migratorio in Italia ha interessato inizialmente soprattutto alcune regioni, quali il Lazio, la Lombardia, la Sicilia, la Campania, la Puglia, per poi estendersi praticamente a tutte le altre; ciò è servito a mettere in luce l'urgenza di piste giuridiche nuove per dare risposte adeguate al diritto alla salute degli stranieri presenti sul territorio nazionale.

Il primo intervento organico a livello statale per i cittadini extracomunitari

a cui ci è parso opportuno far riferimento è dunque la legge 30 dicembre 1986 n. 943.

Con tale legge veniva sancita la parità di trattamento e la piena uguaglianza dei lavoratori extracomunitari legalmente residenti in Italia rispetto ai lavoratori italiani. Inoltre veniva posta una garanzia relativamente all'utilizzo di servizi sociali e sanitari, al mantenimento dell'identità culturale, all'istruzione ed alla disponibilità dell'abitazione.

Sotto l'impulso dato dalla legge 943/86, nel 1989 venne emanato un Decreto Ministeriale istitutivo di una serie di organi collegiali. Conseguentemente veniva costituita una *Consulta per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie* avente lo scopo di promuovere iniziative atte a rimuovere gli ostacoli all'effettivo esercizio dei diritti di questi cittadini. In questo contesto veniva disposta l'attivazione di analoghe consulte a carattere regionale.

A fronte del sostanziale fallimento delle iniziative legislative appena menzionate, lo Stato emanò il decreto legge n.146 del 30 dicembre 1989 convertito con modificazioni in legge 28 febbraio 1990 n. 39 (meglio conosciuta come Legge Martelli).

Per quanto si riferisce all'assistenza sanitaria la legge n. 39 prevede, come meglio specificato nel secondo capitolo di questo volume, che i cittadini extracomunitari che chiedono la regolarizzazione e che non hanno diritto all'assistenza sanitaria per altri motivi, possano ottenere di essere assicurati presso il Servizio Sanitario Nazionale e iscritti all'Unità Sanitaria Locale del comune di reale dimora.

E' proprio sullo sfondo di tale quadro legislativo nazionale che, negli anni 1988-1994 si sono formulate a livello Regionale e di alcune Amministrazioni Locali, leggi che con modalità e tempi differenti, hanno affrontato il tema della tutela della salute dei cittadini extracomunitari.

E' proprio questo anche l'ambito temporale che delimita la nostra ricerca.

Un'esperienza pluriennale, caratterizzata da strategie politiche e metodologie differenti che, proprio per i limiti e le difficoltà incontrate, costituisce un irrinunciabile patrimonio per chi ha il compito di disegnare ma anche di attuare, interventi finalizzati alla *effettiva* tutela del diritto alla salute della popolazione immigrata.

Le caratteristiche e le modalità attuative contenute in queste leggi regionali sono analiticamente presentate e commentate nelle schede regionali che costituiscono una forma di sistematizzazione dei risultati ottenuti dalla ricerca.

In che direzione muoverci?

Una volta chiarito il contesto di riferimento in cui intendevamo muoverci, era importante porci le domande giuste, utili per definire gli obiettivi e la metodologia della nostra indagine.

Dopo alcune sessioni di *brain-storming*, in cui soprattutto è stato importante il tentativo di uno scambio onesto, dal quale emergessero non solo i risultati ma anche gli insuccessi ed i limiti riscontrati da ciascuno nella propria esperienza clinica interculturale, sono emersi i seguenti interrogativi:

1. Come mettere a disposizione di quanti si occupano della salute dei migranti, sia in campo politico che amministrativo e sanitario, una raccolta organica della legislazione regionale?

2. Come suscitare discussione e riflessione sull'efficacia delle politiche e delle iniziative finora promosse per la tutela della salute della popolazione immigrata a livello nazionale al fine di migliorare l'efficacia, la pertinenza e l'impatto dei prossimi interventi?

Rispondere a tali interrogativi ci ha guidati nella formulazione di alcuni obiettivi operativi, a loro volta suddivisi in obiettivi specifici, che servissero da guida e delimitassero il campo d'azione della nostra ricerca. Tale processo di costruzione di una sorta di quadro logico della nostra *ricerca-intervento*, si è rivelato imprescindibile in molti momenti di valutazione *in itinere*, ed ha permesso alla ricerca stessa e all'équipe di essere *porosa* nei confronti di nuovi apporti ed anche di nuovi *ricercatori* che si sono aggiunti a noi in corso d'opera.

Si è così deciso di pianificare le nostre attività di ricerca secondo i seguenti obiettivi operativi:

A. Analizzare i contenuti delle singole leggi regionali e degli eventuali regolamenti applicativi in materia di emigrazione.

B. Confrontare gli orientamenti adottati dalle diverse regioni per la tutela della salute degli immigrati.

C. Raccogliere informazioni relative alla presentazione ed attuazione di progetti specifici relativi alla tutela della salute della popolazione immigrata.

D. Fornire strumenti utili alla creazione di una rete interregionale che garantisca una rapida ed efficace informazione ed un supporto strategico agli organi Locali competenti sul tema Salute-Emigrazione.

Come è possibile osservare, trattandosi di obiettivi che implicano una sequenza non solo logica, ma anche temporale, essi possono essere considerati anche come tappe successive di un processo. Ciascuna tappa infatti ha un senso in se stessa e costituisce un diverso livello di approfondimento della conoscenza del tema.

Ciascun obiettivo operativo, come già ricordato, ha permesso di individuare degli obiettivi specifici che sono riportati, per un ulteriore approfondimento della conoscenza della metodologia adottata, in allegato (Allegato 1).

Come si é proceduto

Abbiamo cercato di dedicare la maggior attenzione possibile alla scelta del *come* procedere nel nostro lavoro, e non solo al prodotto finale della ricerca, nella convinzione che già il percorso potesse trasformarsi in un'occasione formativa per chi avesse scelto di parteciparvi.

Trattandosi di uno studio svolto a titolo totalmente volontario, ci trovavamo nella migliore situazione per selezionare un gruppo di lavoro veramente motivato ed aperto ad un'esperienza di autoformazione in un campo finora del tutto inesplorato in ambito italiano.

L'opzione di procedere in tutte le fasi come *team di ricerca* e non come singoli ricercatori, in un continuo scambio e confronto di opinioni, se da una parte ha rallentato in alcuni momenti il ritmo di lavoro che ci eravamo proposti, dall'altra ci ha permesso di arricchirci reciprocamente e di fare noi stessi un'esperienza di *multiculturalità* che ci ha messi, per così dire, in sintonia con il tema che ci eravamo proposti di approfondire.

Un'altra opzione metodologica che si spiega solo a partire dagli obiettivi *politici* che la ricerca si era posta, è stata quella di non stabilire come unico criterio l'efficienza nel raggiungimento del risultato ma anche la *sensibilizzazione* dei vari interlocutori coinvolti nella ricerca o già operatori nel campo della salute dei migranti.

Per esempio, unitamente all'utilizzo di metodiche informatiche per la ricerca delle leggi attraverso la Biblioteca del Parlamento, non abbiamo voluto

rinunciare al contatto personale sistematico con tutti e venti gli Uffici Regionali presenti a Roma, coinvolgendo i responsabili cui sono stati personalmente presentati gli obiettivi della ricerca. Questa scelta per così dire antieconomica, ha fornito però immediati risultati qualitativi che ci hanno permesso di ottenere un sorta di *polso* della sensibilità delle singole regioni al tema.

Senza entrare nel dettaglio descrittivo, crediamo però utile ripercorrere sinteticamente i punti salienti del nostro *viaggio* nella legislazione regionale nella convinzione che anche la scelta dei mezzi, dei percorsi e degli eventuali aggiustamenti di rotta, possa costituire un punto di riferimento per chi debba, per interesse e dovere professionale, acquisire strumenti e chiavi di lettura sul tema specifico della salute in campo migratorio.

Schematicamente, dal punto di vista metodologico, la ricerca si è articolata in quattro fasi.

- **Raccolta dati e documentazione**
- **Analisi e discussione dei dati e della documentazione raccolta**
- **Redazione di un primo documento di lavoro**
- **Edizione e diffusione a livello nazionale del documento definitivo**

1) Raccolta dati e documentazione

Durante questa prima fase il gruppo di lavoro si è costituito ed ha iniziato la sua attività prendendo contatto diretto con gli Uffici Regionali presenti a Roma. Ad ogni ufficio è stata consegnata una lettera contenente una breve presentazione della ricerca. Con questa occasione si è anche verificato e corretto *l'indirizzario*, censendo i nomi dei rispettivi responsabili e monitorando il grado di conoscenza e sensibilità al tema.

In questo modo, con circa un mese di lavoro, si è portata a termine presso gli stessi Uffici, ed anche presso Biblioteche e Centri Studi specializzati, una prima raccolta dei documenti legislativi regionali in materia di emigrazione relativamente al periodo 1988-1994.

Successivamente si è proceduto alla presa di contatto prima telefonico e poi via fax con tutti gli Assessorati Regionali cui è stato somministrato un *questionario* semistrutturato contenente le informazioni e le citazioni delle leggi precedentemente raccolte.

Le risposte al questionario, unitamente alle leggi raccolte, hanno permesso di costruire le *schede-regioni* e le *griglie comparative* presentate in questo capitolo.

Al termine di questa prima fase, durata complessivamente quattro mesi, si è avuta a disposizione una panoramica completa ed aggiornata sulle leggi inerenti il tema della ricerca.

2) Analisi e discussione dei dati e della documentazione raccolta

Nonostante i tempi previsti della prima fase siano risultati sottostimati, ed alcuni cambiamenti istituzionali nelle regioni come le elezioni regionali e le rispettive nuove nomine negli Assessorati, abbiano obbligato a ripetere i contatti e a posticipare ripetutamente le date di chiusura della raccolta dati, il lavoro di analisi ha potuto iniziare già durante la sistematizzazione delle informazioni raccolte. I risultati dell'analisi dei testi e dei dati raccolti sono riportati e commentati nelle *schede-regioni* mentre un quadro sintetico dell'analisi è contenuto nelle *griglie comparative*.

La discussione si è invece realizzata con una metodologia partecipativa attraverso la formazione di un *gruppo di lavoro allargato* con l'apporto di *esperti esterni* alla ricerca. Le sessioni di discussione sotto forma di *focus group* sono state precedute dalla diffusione ai partecipanti dei risultati dell'analisi accompagnati da un breve questionario aperto con lo scopo di orientare e definire l'ambito della discussione.

3) Redazione di un documento di lavoro

Al termine delle sessioni di discussione il gruppo di lavoro ha proceduto alla redazione di un *documento di lavoro* contenente le *schede-regioni* e le *griglie comparative* rivedute secondo gli apporti raccolti. Il documento di lavoro, riportato nella sua ultima versione in questo capitolo, ha le caratteristiche di un documento analitico per quanto riguarda la raccolta legislativa, e sintetico-propositivo per quanto riguarda la discussione e le conclusioni della ricerca.

4) Edizione e diffusione a livello nazionale del documento definitivo

Si è quindi proceduto ad un nuovo ulteriore contatto con tutti i referenti regionali ai quali è stato inviato il *documento di lavoro* nella sua parte relativa alla rispettiva regione (*scheda-regione*) e le tre *griglie comparative* per consentire il confronto con i dati delle altre regioni.

In questa occasione si è chiesto alle regioni di verificare, commentare ed eventualmente integrare o aggiornare la scheda della propria regione.

Le risposte hanno permesso di giungere alla redazione del documento definitivo che verrà presentato e diffuso a tutti gli Enti regionali coinvolti nella ricerca attraverso la presente *pubblicazione*.

Gli ostacoli del percorso

Gli *ostacoli*, riconducibili a fattori sia interni che esterni, incontrati lungo il percorso, ed i *limiti* della ricerca che ne sono derivati, rappresentano indubbiamente degli interessanti stimoli per la riflessione.

L'analisi dei *fattori interni*, ci fornisce infatti utili suggerimenti metodologici per realizzare una migliore programmazione della prossima tappa della ricerca che, più che conclusa, ci appare *un cantiere aperto*, in attesa di una nuova *squadra* che ne possa continuare i lavori.

L'analisi dei *fattori esterni* invece, porta alla nostra attenzione aspetti qualitativamente deboli del contesto di riferimento che possono guidare legislatori ed operatori nell'individuazione delle necessarie strategie correttive.

Alcuni di questi fattori infatti evidenziano la obiettiva difficoltà di una interpretazione chiara ed univoca della legge nazionale, che si riflette poi nella formulazione delle leggi regionali; altri permettono di diagnosticare una diffusa impreparazione istituzionale nella gestione di questo cambiamento epocale. Carenza che dovrebbe indurre gli incaricati a provvedere ad una formazione specifica per gli operatori della quale, a sua volta, la legislazione dovrebbe tener conto nelle norme applicative.

Altri fattori infine rivelano l'insufficiente peso dato fin qui alla discussione, alla ricerca, ed alla diffusione e coordinamento delle informazioni nel campo del diritto alla salute dei migranti, ambito per il quale questa stessa ricerca si propone quale stimolo e strumento.

Tra gli ostacoli incontrati nel percorso ci limiteremo quindi a presentare quelli che, in qualche modo, contribuiscono ad una riflessione criticamente propositiva.

Il primo riguarda certamente la difficoltà riscontrata nella stima del *fattore tempo* nella fase di programmazione delle attività della ricerca. Ciò ha determinato un allungamento della durata della ricerca stessa e la necessità di un aggiornamento al momento della sua chiusura. Infatti se inizialmente la delimitazione temporale della raccolta legislativa è stata, come detto, 1988-1994, al momento della presente edizione (fine 1996) si è dovuto procedere ad un rapido aggiornamento dei testi legislativi regionali che non ha però potuto interessare, per ovvi motivi, anche la documentazione attuativa complementare che rimane quindi aggiornata al 1994.

Un ostacolo che appare relazionabile ad alcuni fattori interni, ma

soprattutto esterni. I motivi di questo *lievitamento dei tempi previsti* si possono infatti così sintetizzare:

- Difficoltà nell'individuazione dell'effettivo referente regionale con cui *dialogare*.
- Intempestività delle risposte da parte di alcuni referenti regionali.
- Cambiamento dei referenti a causa delle elezioni amministrative.
- La ricerca, si è avvalsa esclusivamente della collaborazione di professionisti volontari la cui programmazione a lungo termine resta problematica.

Un altro ostacolo, che limita la completezza e la confrontabilità dei dati è la *differenza di sensibilità al tema* della ricerca da parte delle varie amministrazioni regionali. Esse infatti in alcuni casi non hanno risposto neppure dopo numerose sollecitazioni, come per esempio la regione Calabria, oppure ci hanno dato riscontro in modo affrettato ed incompleto.

I motivi più frequentemente rilevati, che possono in parte spiegare questo differente interesse nei confronti del tema della ricerca, sono:

- Irrilevanza reale o presunta dell'entità numerica degli immigrati nel rispettivo territorio regionale.
- Assenza di un referente o sua scarsa motivazione.
- Imminente scadenza o nomina recente del referente.
- Impreparazione e scarsa conoscenza del tema.
- Assenza o insufficienza di coordinamento centro-periferia, nel territorio regionale.
- Atteggiamento di attesa e/o di blocco operativo, per la mancanza di chiarimenti di fronte a dubbi o differenze di interpretazione della legge.

Ci è parso poi, quasi paradossalmente, un ostacolo, la partecipazione nella raccolta-dati di persone già sensibili al tema. Ciò si è verificato nei casi in cui le risposte non ci erano pervenute formalmente da parte dei referenti regionali, come è stato per la regione Lazio. Tale scelta infatti, se da una parte ci ha permesso di superare una obiettiva difficoltà che avrebbe reso incompleta la ricerca, dall'altra si è rivelata *ostacolo nella sensibilizzazione* che ci eravamo proposti. Di fatto l'ufficio competente e il rispettivo referente, sono rimasti estranei ai contenuti e agli obiettivi della ricerca.

Citiamo infine, tra gli ostacoli legati a fattori interni, che hanno influenzato qualitativamente il nostro lavoro sia dal punto di vista dell'appropriatezza del linguaggio che della ricchezza e specificità nello svolgimento dell'analisi, la ridotta partecipazione di consulenti giuridici. Ciò ha notevolmente penalizzato il carattere di *multidisciplinarietà* che il tema richiedeva.

Ragionando sui risultati: le schede-regioni e le griglie comparative

Le schede regioni

Le schede-regioni, nate inizialmente come strumento di analisi dei testi legislativi di ogni singola regione, sono diventate nel corso della ricerca veri e propri *strumenti di dialogo con* le singole regioni e *tra* le diverse regioni. Con l'ausilio di una *Guida alla compilazione delle schede regionali,* riportata in allegato (Allegato 3) ed unitamente alle griglie comparative, esse rappresentano un'analisi partecipativa dei dati legislativi scritta a quattro mani dai ricercatori e dai rispettivi referenti regionali che hanno avuto, a più riprese, l'opportunità di verificare, discutere ed integrare le informazioni raccolte preliminarmente.

Le schede contengono infatti, in forma sistematizzata, i principali risultati ottenuti dalla ricerca, un loro commento ed alcuni spunti di discussione.

Ciascuna scheda-regione, compilata secondo le modalità esposte nella *Guida,* viene riportata alla fine di questo capitolo in ordine alfabetico.

Le griglie comparative

Le griglie rappresentano la sintesi comparativa di alcuni parametri che abbiamo individuato nella legislazione regionale e che abbiamo commentato per esteso nelle singole schede.

Questo sussidio, utile ad una valutazione globale del tema, si compone di tre parti:

1. **I principi ispiratori,** ovvero le grandi tematiche relative agli interventi di tutela sanitaria previsti dalla legislazione in esame.
2. **La tipologia dei destinatari** cui la legge regionale vigente è rivolta
3. **Le fonti normative** locali, nazionali ed internazionali cui la legge regiona-

le fa esplicito riferimento nelle finalità, nei principi ispiratori e nella tipologia dei destinatari.

Le griglie sono state pensate allo scopo di consentire una lettura "intraregione", per riflettere sugli aspetti affrontati o lacunosi nell'ambito della singola regione, ed una lettura "interregione", per permettere una valutazione comparativa per argomento legislativo fra le regioni che hanno partecipato alla ricerca. Attraverso le griglie abbiamo voluto fornire una sintesi estrema della situazione legislativa regionale; tale lavoro presenta quindi tutti i limiti della sintesi di una realtà complessa e non di univoca interpretazione, limiti in parte superati nelle schede regionali.

Nelle righe seguenti offriamo dei chiarimenti riguardo le schematizzazioni adottate e alcuni spunti di riflessione su alcune caratteristiche delle singole leggi regionali.

I PRINCIPI ISPIRATORI

Il *primo punto* definisce gli ambiti temporali della ricerca che ha valutato la legislazione prodotta ed esecutiva dal 1988 al 1994. Tutte le regioni presentano una legislazione sull'argomento in vigore nel periodo indicato tranne 4 casi particolari: Valle d'Aosta, Sicilia, Molise e Basilicata.

La Valle d'Aosta ha prodotto una legislazione specifica solo nel Dicembre '95; è tuttavia presente una Delibera della Giunta del 1988 in cui, pur trattando il problema dell'immigrazione, non compaiono riferimenti alla tutela della salute. Abbiamo ritenuto necessario includere nella ricerca questa regione per l'attenzione mostrata dai referenti regionali al problema e la loro sollecita collaborazione in termini di studio e partecipazione alla nostra ricerca.

La Regione Sicilia contempla il problema immigrazione solo in minima parte in una vasta produzione legislativa relativa alla tutela degli emigranti siciliani al loro ritorno in Italia; ed in questa minima parte non viene comunque considerato il problema della tutela della salute del cittadino immigrato.

La Regione Molise, il cui referente ha partecipato a tutte le fasi della ricerca, non presenta una legislazione relativa all'argomento in esame, in relazione allo scarso flusso migratorio presente nel territorio regionale.

La legge regionale vigente in Basilicata, pur essendo stata prodotta nel 1996, e quindi fuori dal limite temporale della ricerca, è stata analizzata ugualmente per la spinta innovativa determinata nell'ambito regionale allo studio ed alla soluzione dei problemi legati all'immigrazione extracomunitaria.

Il *secondo punto* raccoglie in sintesi tutte le opportunità che la legge concede agli immigrati di partecipare direttamente o tramite rappresentanti alla progettazione e realizzazione degli interventi previsti. Tutte le leggi esaminate prevedono la costituzione di una Consulta per l'immigrazione, come da indica-

zione delle leggi nazionali sul tema. Tale organo ha però solo valore consultivo per le decisioni della Giunta Regionale.

Il *terzo punto* riguarda specificamente l'assistenza sanitaria: alcune leggi regionali affrontano il problema dell'assistenza sociale, del diritto al lavoro, alla scuola ed alla abitazione, e non il diritto all'assistenza sanitaria in senso stretto; si può includere negli interventi socio-assistenziali anche la tutela della salute? La legislazione regionale dell'Abruzzo non soddisfa il nostro interrogativo, pur essendo meritevole di approfondimenti in altra sede, potendo comprendere nel concetto di salute anche gli aspetti abitativo, lavorativo e dell'istruzione.

Al *quarto punto* vengono indicate le regioni che prevedono lo stanziamento di fondi per la realizzazione concreta della tutela della salute. In tutte le leggi esaminate in cui è contemplato il principio di tutela della salute, sono presenti articoli di definizione dei capitoli di spesa e dei fondi a cui far riferimento.

Il *quinto punto* analizza la possibilità di fornire assistenza sanitaria alla popolazione immigrata non in regola con le disposizioni relative al soggiorno in Italia. E' necessario sottolineare che la legislazione nazionale 943/86 e 39/90 che fa da sfondo alla normativa regionale esaminata, prevede la possibilità per il cittadino straniero di accedere alle strutture sanitarie pubbliche in caso di cure urgenti, ma di fatto chiede al cittadino immigrato non in regola con le disposizioni relative al soggiorno, la partecipazione alla spesa sanitaria tramite pagamento di una tariffa stabilita per legge (art. 5, L. 663/79).

In alcune leggi regionali (Basilicata, Calabria, Campania, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna, Valle d'Aosta) è specificata, alla voce destinatari, la necessità di essere in regola con le disposizioni di legge relative all'ingresso e soggiorno in Italia, per cui gli immigrati irregolari non sono in possesso del diritto alla tutela della salute.

In altre leggi regionali si nota l'ampliamento delle finalità assistenziali anche ad immigrati irregolari: in Piemonte e Friuli, con le leggi regionali rispettivamente 62/95 e 51/93, si definisce il problema degli interventi assistenziali non differibili e si nota un ampliamento delle finalità assistenziali anche ad immigrati irregolari. Un serio problema di interpretazione viene posto in alcune leggi regionali (Emilia, Lazio, Lombardia, Toscana, Trentino, Umbria e Veneto) dall'inquadramento fra i destinatari dei cittadini immigrati *dimoranti* nel territorio regionale: che significato può essere attribuito al termine dimorante quando la legislazione nazionale vigente (D.L. 663/79, convertito in legge 33/80) distingue fra immigrati residenti e coloro che sono semplicemente presenti nel territorio nazionale?

Al *punto 6* si analizzano le norme di tutela sanitaria di madri e bambini: in

tale categoria abbiamo compreso le indicazioni legislative relative alle campagne vaccinali (Trentino, Toscana), alla tutela della maternità, alla gestione del delicato problema della sessualità ed uso dei sistemi anticoncezionali in rispetto alle diversità culturali e religiose delle donne immigrate (Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Trentino).

Il concetto di salute, al di là delle definizioni, è frutto dell'esperienza personale e dell'ambiente sociale e culturale in cui l'individuo cresce e da cui è formato. Ne deriva una profonda diversità fra le culture umane, per cui è realtà dei fatti che la percezione del proprio corpo, della malattia, della sessualità e della crescita dell'individuo sano siano radicalmente diverse a seconda della provenienza dell'individuo.

Partendo da questa premessa, abbiamo osservato e riportato al *punto 7* come la legislazione regionale tratti il problema della formazione degli operatori nel settore della tutela della salute del cittadino immigrato extracomunitario.

La sensibilità a tale profondo problema relazionale e cardine degli interventi in materia è purtroppo presente solo in due regioni in termini di legge vigente e delibere successive: Campania ed Umbria.

Nell'*ottavo riquadro* abbiamo indicato i programmi di prevenzione che riguardano la diffusibilità delle malattie infettive: nelle leggi regionali individuate (Trentino, Umbria e Veneto) si nota un'attenzione alla tutela della sanità pubblica (cittadini italiani ed immigrati extracomunitari) che passa attraverso programmi di vaccinazioni ed accertamenti gratuiti per la popolazione immigrata.

L'*ultimo punto* della griglia riguarda la possibilità di stipulare convenzioni con strutture pubbliche e/o con quelle del volontariato. In alcune leggi regionali si sottolinea l'opportunità di una reale collaborazione fra gli organi pubblici e le strutture del privato sociale (Puglia); in altre leggi (Sardegna), è prevista direttamente la convenzione con strutture universitarie, specie per la gestione dei problemi di salute pubblica, oppure con strutture del volontariato, già in essere nell'ambito di questo problema (Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli, Lazio, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto).

LA TIPOLOGIA DEI DESTINATARI

Questa griglia è stata elaborata per dare un'idea immediata dell'importanza che assume il problema della tutela della salute nell'ambito regionale; alcune leggi, infatti, contemplano fra i destinatari tutte le categorie di individui che rientrano nella grande categoria del *migrante:* apolidi, rifugiati, profughi.

E' importante sottolineare la diversità che nella legge si viene a creare fra

gli immigrati *cittadini* o *lavoratori*. Tale distinzione nasce dal riferimento alla legislazione nazionale: la Legge 943/86 ha riconosciuto la parità di diritti tra i lavoratori italiani e quelli stranieri, mentre la Legge 39/90 parla esplicitamente di cittadini extracomunitari ed apolidi, ovvero di individui presenti nel territorio non solo a titolo lavorativo.

Le regioni Abruzzo e Liguria fanno esplicito ed esclusivo riferimento ai lavoratori secondo le indicazioni della Legge 943/86; nelle leggi regionali di Calabria e Sardegna, pur presentando ambedue le tipologie, si nota una particolare caratterizzazione lavorativa del destinatario.

LE FONTI NORMATIVE

Tutte le leggi esaminate identificano la base normativa da cui prendono avvio, in termini di principi ispiratori e di legame giuridico diretto.

Solo tre regioni (Friuli, Marche e Piemonte) fanno riferimento alla Costituzione Italiana che all'articolo 32 afferma: "La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. (omissis). La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Tale riferimento, di per sé così impegnativo, lega saldamente la tutela della salute all'individuo, sia esso cittadino italiano o extracomunitario, ed esula da ogni valutazione sullo status giuridico.

In altre leggi regionali si notano riferimenti a norme CEE emesse a tutela e regolamentazione del fenomeno migratorio.

In altri contesti legislativi (Basilicata, Campania, Puglia, Toscana, Umbria) si prende avvio anche dalla risoluzione delle Nazioni Unite 40/144 del 1985 riguardante la protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali.

Nella maggior parte dei casi, come è naturale, le leggi regionali fondano la scelta dei destinatari (definizione di regolarità) e le modalità di attuazione della tutela della salute (fruibilità del Sistema Sanitario Nazionale) sulla legge nazionale vigente relativa all'immigrazione.

Un cantiere aperto

Ogni ricerca termina normalmente con delle conclusioni e possibilmente con delle raccomandazioni. Tuttavia, come si diceva più sopra, ci sembra con questo lavoro di aver semplicemente partecipato a degli scavi il cui cantiere rimane più che mai aperto.

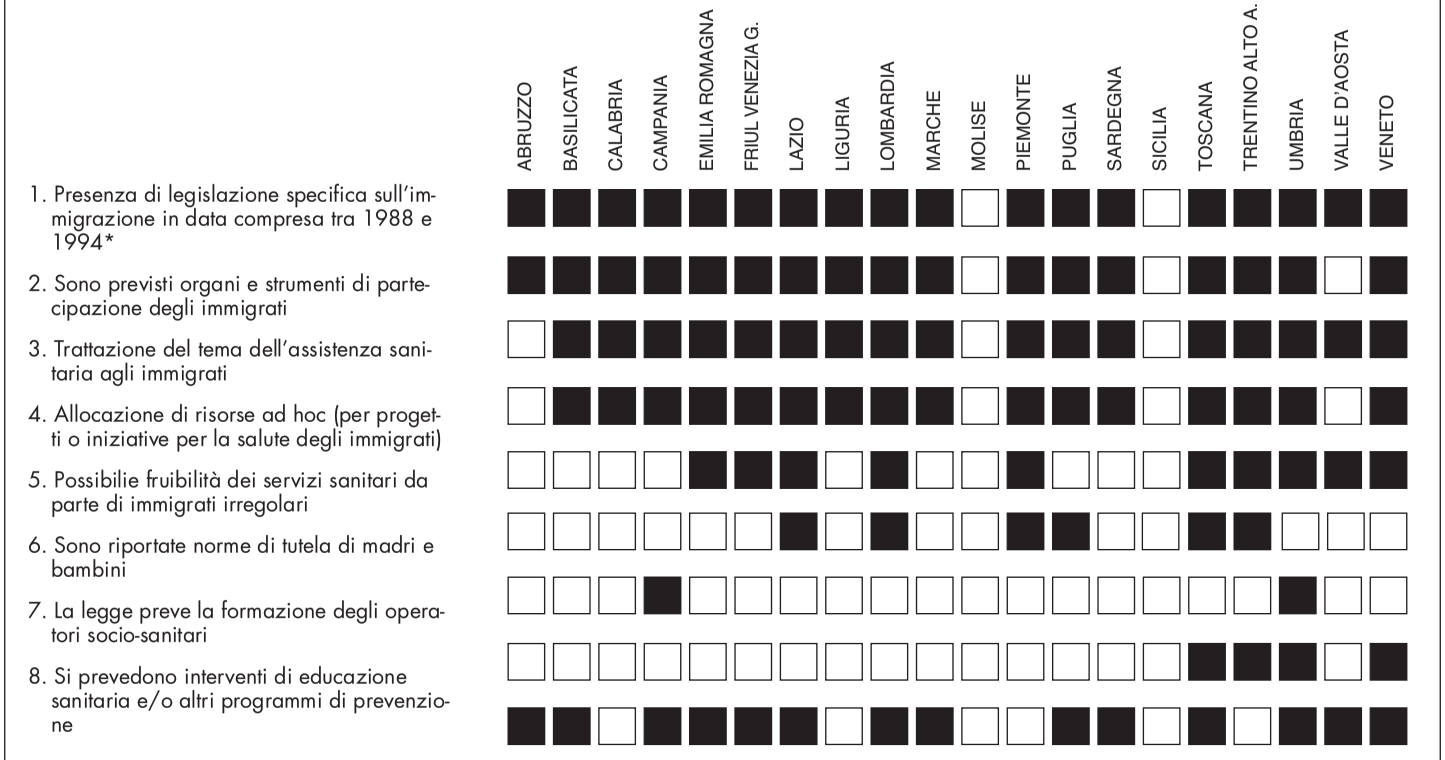
Durante questi scavi, come capita spesso a Roma, ci siamo imbattuti in tracce preziose che rappresentano i segni di una civiltà che ha già iniziato ad evolversi verso l'interculturalità nell'approccio al tema della salute di persone provenienti da differenti culture.

Come far emergere e valorizzare tutto questo *già* ancora sommerso*?*

Ci sembra sia venuta alla luce la necessità di continuare questo stile di ricerca-intervento che, servendosi di un attento monitoraggio delle leggi e delle norme applicative, così come delle ricerche e dei progetti in corso nelle varie regioni, si propone altresì di diffondere informazioni, dati e risultati, stimolando e coinvolgendo attivamente gli operatori in uno scambio interattivo.

Parlare di un *Osservatorio permanente del diritto alla salute per gli immigrati* da realizzarsi attraverso *una rete interregionale di collegamento*, non è probabilmente una proposta originale, ma forse questo lavoro rappresenta un primo passo ed uno strumento concreto in questa direzione.

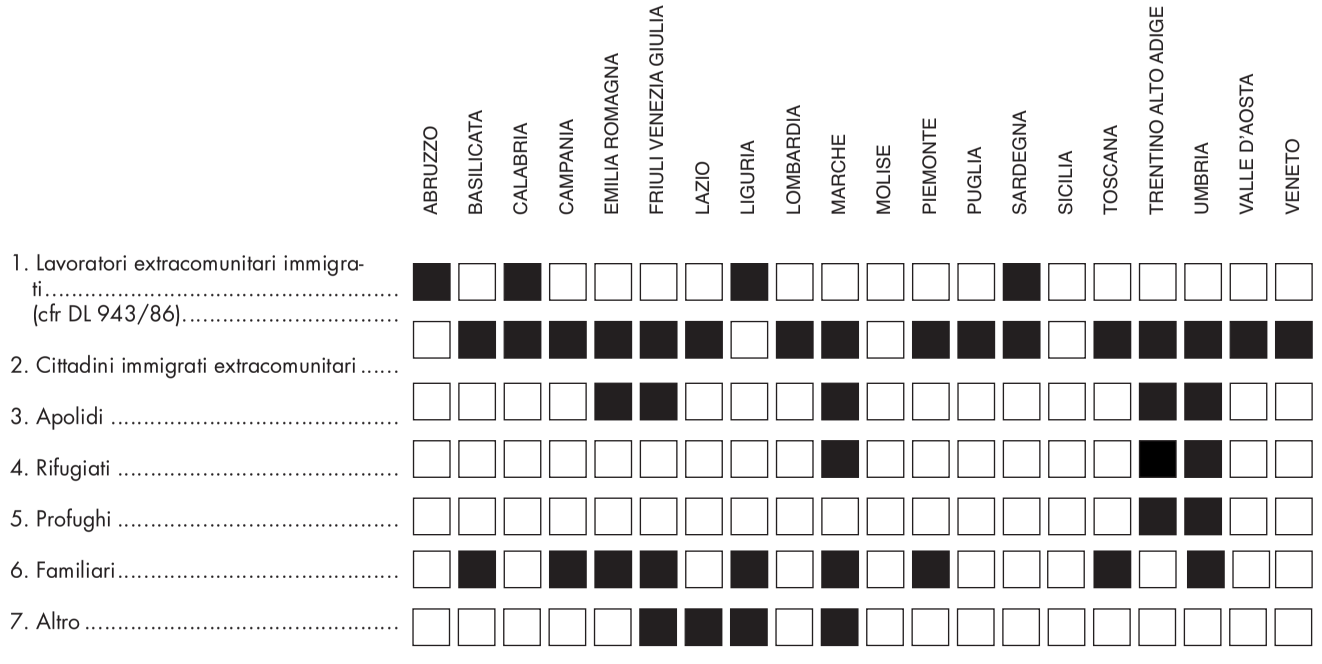
Griglia di lettura dei documenti legislativi regionali in materia di diritto alla salute degli immigrati extracomunitari: principi ispiratori



* Basilicata L.R. n. 26, 13.04.96; Valle D'Aosta L.R. n. 51, 29.12.95

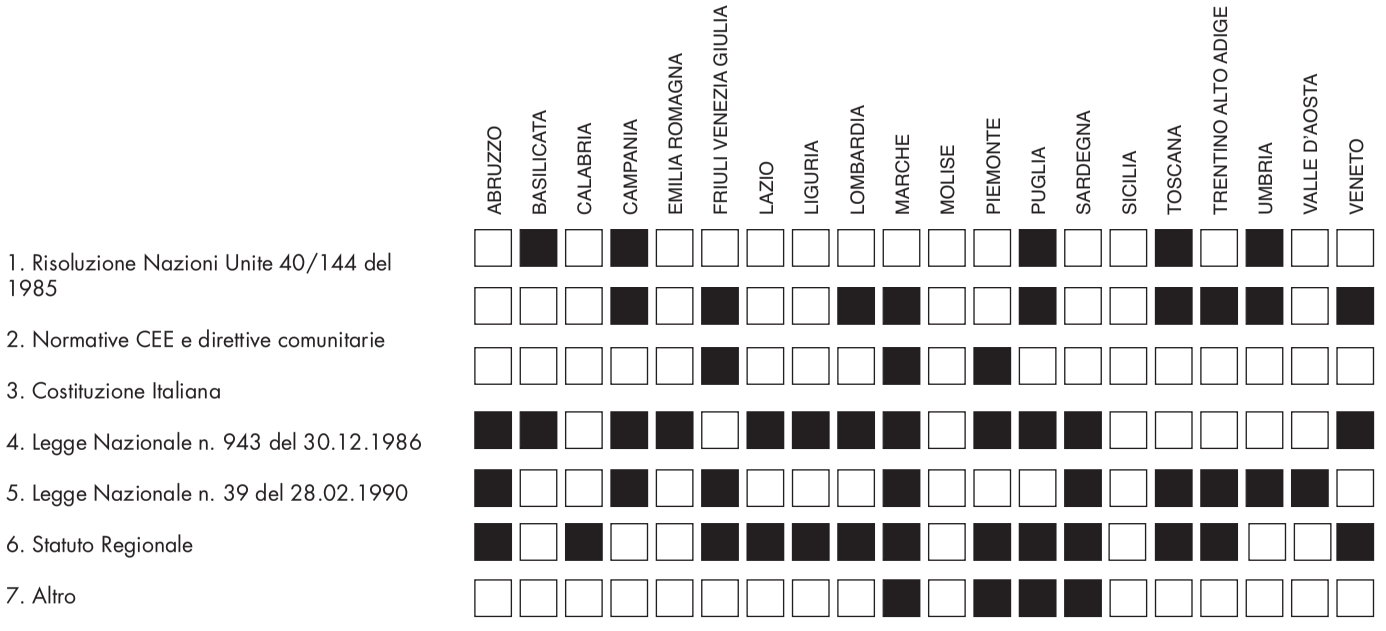
fonte: Caritas Diocesana di Roma - Area Sanitaria

Griglia di lettura dei documenti legislativi regionali in materia di diritto alla salute degli immigrati extracomunitari: tipologia dei destinatari



fonte: Caritas Diocesana di Roma - Area Sanitaria

Griglia di lettura dei documenti legislativi regionali in materia di diritto alla salute degli immigrati extracomunitari: fonti normative



fonte: Caritas Diocesana di Roma - Area Sanitaria

RIFERIMENTI NORMATIVI

ABRUZZO

Legge vigente
n. 10, 13.02.1990
Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo.

Modifiche
n. 10, 11.02.1992
Modifiche ed integrazioni della L.R. n. 10, 13.02.1990 recante: *Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo*.
n. 42, 2.09.1993
Modifiche ed integrazioni della L.R. n. 10, 13.02.1990 recante: *Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo*.
n. 79, 28.04.1995
Modifiche ed Integrazioni alla L.R. 10 del 13.02.90 recante: *Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo*.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n. 72, 26.11.1991
Interventi in favore delle popolazioni jugoslave.

BASILICATA

Legge vigente
n. 26, 13.04.1996
Interventi a sostegno dei lavoratori extracomunitari in Basilicata ed istituzione della commissione regionale dell'immigrazione.

Modifiche
n. 7, 25.01.1993
Modifiche ed integrazioni alla L.R. 21.02.1990 n. 6 *Provvidenze per i lavoratori lucani all'estero ed istituzione della Commissione regionale dei lucani all'estero e della Commissione Regionale dei lavoratori extracomunitari in Basilicata*.

Legge precedente
n. 6, 21.02.1990
Provvidenze per i lavoratori lucani all'estero ed istituzione della Commissione regionale dei lucani all'estero e della Commissione Regionale dei lavoratori extracomunitari in Basilicata.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n. 32, 13.11.1989
Interventi in favore delle popolazioni armene colpite dal sisma del dicembre 1988 e gennaio 1989.

CALABRIA

Legge vigente
n. 17, 9.04.1990
Interventi regionali nel settore della emigrazione e della immigrazione.

CAMPANIA

Legge vigente
n. 33, 3.11.1994
Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati stranieri in Campania provenienti da paesi extracomunitari.

Legge precedente
n.10, 10.03.1984
Interventi regionali nel settore dell'emigrazione e della immigrazione.

EMILIA ROMAGNA

Legge vigente
n. 14, 21.02.1990
Iniziative regionali in favore dell'emigrazione e dell'immigrazione. Nuove norme per l'istituzione della consulta regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n.16, 28.06.1991
Iniziative di solidarietà a favore dei profughi albanesi.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Legge vigente
n. 46, 10.09.1990
Istituzione dell'Ente regionale per i problemi dei migranti.

Modifiche
n. 18, 11.05.1993
Riforma e riordinamento di Enti Regionali.

Altre leggi in materia
n. 29, 9.07.1990
Assestamento del bilancio ai sensi dell'art.10 della legge regionale n.10 20.01.1982, variazioni al bilancio per l'anno 1990 ed al bilancio pluriennale per gli anni 1990-1992, autorizzazione di ulteriori e maggiori spese ed altre norme finanziarie e contabili. Art. 21.
n. 4, 1.02.1991
Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale della Regione (Legge finanziaria 1991). Art. 29.
n. 51, 30.06.1993
Disposizioni finanziarie per favorire l'attuazione del Piano Regionale socio-assistenziale e integrazioni e modifiche a normative del settore.

LAZIO

Legge vigente
n. 17, 16.02.1990
Provvidenze a favore degli immigrati da paesi extracomunitari.

Altre leggi in materia
n. 26, 9.03.1990
Finanziamenti ai comuni per interventi in relazione alla presenza di stranieri, profughi e/o apolidi.
n. 8, 15.02.1992
Strutture di prima accoglienza per immigrati extracomunitari.
n. 30, 26.07.1991
Disposizioni ed interventi regionali in materia di cooperazione internazionale con i Paesi in Via di Sviluppo

LIGURIA

Legge vigente
n. 7, 09.02.1990
Consulta per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n. 17, 06.08.1992
Interventi a favore della popolazione dell'Armenia colpita dal terremoto del 7.12.1988.
n. 27, 11.06.1993
Nuove norme in materia di emigrazione ed istituzione della Consulta Regionale per l'emigrazione.
n. 49, 10.09.1993
Modifica della legge regionale 11.06.93 n.27 "Nuove norme in materia..."

Altre leggi in materia
n. 20, 27.08.1992
Integrazione alla legge regionale 15.11.78 n.59 - Interventi in materia di emigrazione. Istituzione della Consulta Regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione.

LOMBARDIA

Legge vigente
n. 38, 04.07.1988
Interventi a tutela degli immigrati extracomunitari in Lombardia e delle loro famiglie.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n.1, 04.01.1985
Norme a favore degli emigrati e delle loro famiglie.
n. 63, 27.11.1989
Iniziative della Regione Lombardia a favore delle popolazioni dell'Armenia colpite da calamità naturali nel Dicembre 1988. (*legge non operante).*

Altre leggi in materia
n. 33, 14.12.1991
Modifiche ed integrazioni della L.R. n.34,

31.03.78 "Norme sulle procedure della programmazione , sul bilancio e sulla contebilità della regione" e success. modificazioni. Istituzione del fondo ricostituzione infrastrutture sociali Lombardia (FRISL) capo 2, art . 9, punto c.

MARCHE

Legge vigente
n. 3, 05.01.1994
Interventi a favore degli emigrati, degli immigrati, dei rifugiati, degli apolidi, dei nomadi e delle loro famiglie.
Legge preparatoria (con lo stesso testo) n.163, 30.11.1993

Legge precedente
n. 40, 02.11.1988
Interventi a favore dei lavoratori emigrati ed immigrati e delle loro famiglie.

MOLISE

Manca la normativa regionale inerente al tema della ricerca.

PIEMONTE

Legge vigente
n. 64, 8.11.1989
Interventi regionali a favore degli immigrati extracomunitari residenti in Piemonte.

Legge precedente
n.1, 9.1.1987 modificata con L.R. n.45, 20.12.1988
Interventi regionali in materia di movimenti migratori.
Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n. 26, 12.06.1991
Interventi di solidarietà della Regione Piemonte a favore del popolo somalo.

PUGLIA

Legge vigente
n. 29, 11.05.1990
Interventi a favore dei lavoratori extracomunitari in Puglia.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n. 11, 02.08.1993
Cooperazione della Regione Puglia con i paesi in via di sviluppo.

SARDEGNA

Legge vigente
n. 46, 24.12.1990
Norme di tutela e di promozione delle condizioni di vita dei lavoratori extracomunitari in Sardegna.

Modifiche
n. 6, 28.04.1992
Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione.

SICILIA

La normativa vigente è stata emanata precedentemente al 1988. Circolare Ass. 26.02.1987 n. 59.

TOSCANA

Legge vigente
n. 22, 22.03.1990
Interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana.

Modifiche
n. 29, 06.07.1992
Modifiche ed integrazioni alla LR 22/90: *Interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana.*

n. 61, 30.04. 1990
Modifiche ed integrazioni alla Legge regionale 6.12.84, n.70 concernente il piano sanitario regionale e il piano regionale dei servizi sociali.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n.14, 23.02.1989
Contributi per le opere di soccorso a favore delle popolazioni dell'Armenia.
n. 59, 30.04.1990
Iniziative di solidarietà in favore della popolazione Rumena.
n.14, 22.04.1991
Contributi per soccorsi rivolti a profughi, rifugiati, prigionieri e popolazioni coinvolte in eventi eccezionali causati da conflitti armati, calamità e situazioni di denutrizione e di carenze igienico-sanitarie.

Altre leggi in materia
n. 56, 30.04.1990
Programma straordinario ed urgente a favore degli stranieri immigrati, gli esuli ed i loro familiari nel comune di Firenze ed in altri comuni.

TRENTINO ALTO ADIGE

Legge vigente
L.P. n. 13, 02.05.1990
Interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
L.R. n. 11, 30.05.1993
Interventi a favore di popolazioni di stati extracomunitari colpiti da eventi bellici, calamitosi o in condizioni di particolari difficoltà economiche e sociali.

UMBRIA

Legge vigente
n. 18, 06.04.1990
Intervento a favore degli immigrati extracomunitari

Modifiche
n. 8, 17.04.1991
Modificazioni della L.R. 10.04.90 n.18 "Interventi a favore degli immigrati extracomunitari".

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n. 32, 27.04.1990

Altre leggi in materia
n. 9, 27.03.1990
Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1989/91 Art. 30 e Art. 41 comma 4.

VALLE D'AOSTA

Legge vigente
n. 51, 29.12.1995
Interventi per la promozione di servizi a favore di cittadini extracomunitari.

VENETO

Legge vigente
n. 9, 30.01.1990
Interventi nel settore immigrazione.

Leggi relative a situazioni o eventi particolari
L.R. n. 9, 28.03.1989
Istituzione di un fondo di interventi per le popolazioni colpite dal terremoto dell'Armenia.
19L.R. n. 20, 20.03.1990
Interventi a favore del popolo rumeno.

Altre leggi in materia
L.R. n.28, 19.06.1984
Interventi regionali nel settore della emigrazione.
L.R. n.18, 22.06.1989
Modifiche alla legge regionale 19 giugno 1984, n. 28, concernente "interventi nel settore dell'emigrazione e dell'immigrazione".

Obiettivi specifici della ricerca

(A. Analizzare i contenuti delle singole leggi regionali in materia di emigrazione)

a.1 Raccogliere le leggi regionali sull'emigrazione emesse dal 1988 al 1994.

a.2 Elencare i principali temi affrontati dalle leggi regionali in materia di emigrazione emesse negli anni 1988-1996.

(B. Confrontare i diversi orientamenti adottati dalle singole regioni per la tutela della salute degli immigrati)

b.1 Esaminare e confrontare i diversi contenuti e strategie di approccio al tema della tutela della salute degli immigrati extracomunitari nella legislazione di tutte le regioni italiane nel periodo 1988-1994.

b.2 Evidenziare i criteri ispiratori di ogni legge regionale in rapporto al diritto alla salute del cittadino immigrato.

b.3 Ricercare, attraverso la comparazione delle diverse leggi regionali esaminate, aspetti positivi, limiti e tipologie peculiari di approccio al tema della tutela della salute degli immigrati

(C. Raccogliere informazioni relative alla presentazione ed attuazione di progetti specifici inerenti la tutela della salute della popolazione immigrata)

c.1 Raccogliere informazioni di tipo qualitativo e quantitativo relative all'attuazione di progetti regionali e locali, sia pubblici che promossi da enti privati nel periodo 1990-1994, finalizzati alla tutela della salute della popolazione immigrata.

c.2 Sistematizzare attraverso la costruzione di una mappa degli interventi il materiale raccolto mettendone in luce le diverse tipologie, le politiche e strategie locali e, particolarmente, gli ostacoli incontrati a causa di carenze legislative.

(D. Fornire strumenti utili alla creazione di una rete interregionale che garantisca una rapida ed efficace informazione ed un supporto strategico agli organi locali competenti sul tema Salute-Emigrazione)

d.1 Redigere un documento di lavoro contenente una rassegna analitica delle leggi regionali e degli interventi locali sul tema della tutela del diritto alla salute della popolazione immigrata ed gli elementi propositivi emersi dalla ricerca.

d.2 Diffondere il documento di lavoro ed altre eventuali informazioni sulle strategie di intervento peculiari raccolte a livello regionale e locale a tutti i soggetti ed enti che hanno partecipato alla ricerca.

d.3 Studiare nuove modalità per favorire l'informazione interregionale sul tema della tutela della salute della popolazione immigrata.

REFERENTI REGIONALI

ABRUZZO

Assessorato Competente:
Lavoro Emigrazione
Dott. A. Di Paolo
Viale Bovio, 425 Pescara
tel. 085/7671
Ufficio Immigrazione:
Dott.essa A. Tomasello
tel. 085/767295
Altri organi ad hoc:
- CREI Consiglio Regionale per l'Emigrazione e l'Immigrazione

BASILICATA

Assessorato Competente:
Dipartimento Attività Produttive
Ufficio Lavoro Industria ed Emigrazione
Dott. Andrea Sandomenico
Dott. Girolamo Carulli
Coordinatore Avv. Giulio Maglione
Via Anzio,44 86100 Potenza
tel: 0971/448815
fax: 0971/448630
Altri organi ad hoc:
- Commissione Regionale dei Lavoratori Extracomunitari

CALABRIA

Assessorato Competente:
Lavoro - Settore Emigrazione Immigrazione
Dott. C. Tanferna
Palazzo Europa
88060 Catanzaro
tel: 0961/62918
fax: 0961/764575
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale dell'Emigrazione e Immigrazione

CAMPANIA

Assessorato Competente:
Lavoro, Emigrazione ed Immigrazione
Servizio Gruppi Etnici
Dott. D'Alessandro
Dott. Basile
Dott. Oranges
Centro direzionale Isola A6 - Napoli
tel: 081/7532135 / 12-13-14
fax: 081/7532100
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale dell'Immigrazione Extracomunitaria

EMILIA ROMAGNA

Assessorato Competente:
Sanità e Servizi Sociali
Ufficio Immigrazione
Dott. R. Bonoli
Dott.ssa H. Barole
Viale Aldo Moro,30 40127 Bologna
tel: 051/283962/283958.
fax: 051/283732
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale dell'Emigrazione e dell'Immigrazione

FRIULI VENEZIA GIULIA

Assessorato Competente:
Servizi Sociali - Servizio Immigrazione

Presidente ERMI: Dott. Nemo Gonano
Piazza XX Settembre, 23
33100 Udine
tel: 0432/555111
fax: 0432/295628

Direzione Regionale Sanità
Funzionario Servizio Assistenza Sanitaria:
Rag. Damico
Via Cavour, 5
34100 Trieste
tel.040/3771111
fax: 040/3775523
Direzione Regionale Assistenza Sociale
Funzionario: Sig.ra Brautti
V. S. Francesco, 37
34100 Trieste
Altri organi ad hoc:
- ERMI Ente Regionale per i Problemi dei Migranti
Piazza XX Settembre,23 33100 Udine tel: 0432/555111 fax: 0432/295628

LAZIO

Assessorato Competente:
Politiche per la qualità della vita
Ufficio Immigrazione
Funzionario: Dr.ssa Scodino (ha partecipato alla ricerca la Sig.ra Pucci)
Viale Caravaggio, 99
00147 Roma
tel: 06/5138301
Altri organi ad hoc:
- Consulta regionale per i problemi degli immigrati extracomunitari nel Lazio

LIGURIA

Assessorato Sanità e servizi sociali
Via Fieschi, 15
16121 Genova
Assessorato Competente:
Servizio Politiche Attive del Lavoro
Ufficio Studi e interventi a favore dell'occupazione
Dott. Ansaldo, Sig.ra Fanciulli
tel: 010/593559-548
fax: 010/592227
Dott. Badino, Arch. Andrea Andreani
fax: 010/5484920
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale per i problemi dei lavoratori extracomunitarie delle loro famiglie

LOMBARDIA

Referenti regionali
Servizio politica del lavoro
Via F. Filzi, 22
20124 Milano
tel: 02/67631
fax: 02/67655669
Ufficio immigrazione
Dirigente: Dott. Massimo Casolo Ginelli
Funzionario: Sig.ra Amato Palmira
Funzionario: Sig.ra Vitale Ivana
tel: 02/6798857 opp. 6784480
fax: 02/67654721
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale per i problemi degli immigrati extracomunitari in Lombardia
- Comitato tecnico-interdisciplinare

MARCHE

Servizio Servizi Sociali
Dirigente: Dott. Paolo Pelosi
Funzionario: Dott.ssa Susanna Piscitelli
fax 071/2801065
Servizio Sanità
Capo-ufficio Prestazioni e livelli assistenziali: Dott. Vincenzo Cardoni
Funzionario: Dott. Alberico Marcobelli
fax 071/2801062
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale per l'emigrazione e l'immigrazione

MOLISE

Assessorato Sanità, Igiene e Sicurezza Sociale
Dott. A.M. Iorio
Dott.ssa Floria
tel.: 0874/429576
fax: 0874/429568

PIEMONTE

Regione Piemonte,
Assessorato al lavoro-ufficio immigrazione
Dirigente: Dott. A. Catalano
Funzionario: Dott. ssa M. La Cecilia (Ufficio Immigrazione)
tel: 011/4323413/3342
fax: 011/4324878
Assessorato Assistenza e Servizi Sociali
Dirigente: Dott. R. Teppa
(Settore programmazione e verifica interventi socio-assistenziali)
tel: 011/4322327
fax: 011/4322300
Assessorato Sanità
Funzionario: Dott. P. Del Prete (Ufficio Educazione Sanitaria)
tel: 011/4322216
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale
- Commissione regionale per la promozione della salute straniera in Piemonte
- Sportello I.S.I USL n.1 di Torino

PUGLIA

Assessorato Competente:
Servizi Sociali-Immigrazione-Emigrazione
Dirigente: Dott.ssa Zenzola
Funzionario: Rag. Luigi Festinante
fax: 080/5404127
tel: 080/5404129

Altri organi ad hoc :
- Consulta Regionale dell'Immigrazione Extracomunitaria

SICILIA

Assessorato del Lavoro, della Previdenza Sociale, della Formazione Professionale e dell'Emigrazioni.
Dott.ssa R. Maccarrone
tel: 091/6961111
fax: 091/511180

SARDEGNA

Assessorato Competente:
Lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale.
Ufficio immigrazione
Dott.ssa Carla Tanda
fax 070/401829
via XXVIII Febbraio, 5
Cagliari
tel: 070/6065554
fax: 070/6065532
Altri organi ad hoc:
- Ufficio regionale per gli immigrati
- Consulta regionale per l'immigrazione

TOSCANA

Unità operativa Migrazioni - Regione Toscana
Dott.ssa B. Von Berger
P.za della libertà, 16 - 50129 Firenze
fax: 055/4382080
Dipartimento Sicurezza Sociale
Dott. L. Tozzi
V. dei Servi, 51 - 50100 Firenze
tel: 055/4383552
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale dell'immigrazione extracomunitaria

TRENTINO ALTO ADIGE

Provincia autonoma di Trento
Servizio relazioni pubbliche
Dott. Marco Viola
Sig.ra Giuliana Bassetti
tel: 0461/495354
fax: 0461/495596
Altri organi ad hoc :
- Consulta Provinciale dell'immigrazione.

UMBRIA

Ufficio Coordinamento Relazioni Esterne Rapporti Comunitari
Servizio Relazioni Esterne (c/o Presidenza Giunta regionale Umbria)
Dott. Alessandro Vestrelli (segr. Consulta)
tel: 075/5042550
fax: 075/5042509
Ufficio Economia e Finanza sist. S.S. e Gestione Risorse
Dott. Paolo Pierini
Tel: 075/5042064
fax: 075/5042095
Ufficio Programmazione servizi socio-sanitari, promozione, informazione
Area operativa Servizi socio-sanitari
Dott.ssa Paola Bellini
tel: 075/5042039
fax: 075/5042095
Altri organi ad hoc:
- Consulta Regionale dell'immigrazione.

VALLE D'AOSTA

Assessorato Competente:
Sanità ed Assistenza Sociale
Dott. M. De Gaetano
tel: 0165/273111
fax: 0165/273303

VENETO

Referenti regionali
Dipartimento immigrazione
Dott. Antonini
tel: 041/793120
fax: 041/793145
Altri organi ad hoc:
- Consulta regionale per l'immigrazione.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DELLE SCHEDE REGIONALI

1. PERCORSO CRONOLOGICO DELLA LEGGE REGIONALE VIGENTE
(a cura degli autori della ricerca)

1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

Vengono semplicemente riportati i titoli delle leggi secondo il seguente schema (se *non é presente alcun riferimento legislativo*, é possibile che sia precedente al 1988 o che sia inesistente):

1.1.1 Legge vigente

1.1.2 Modifiche

1.1.3 Legge precedente: intesa come legge quadro sostituita dalla vigente.

1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

1.1.5 Altre leggi in materia

1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

In questo paragrafo si commentano le citazioni legislative sopra riportate in termini di evoluzione del concetto di tutela della salute degli immigrati e in termini di sensibilità ai problemi internazionali.

2. FONTI NORMATIVE ESPLICITE DELLA LEGGE VIGENTE E QUADRO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO
(a cura degli autori della ricerca)

Si vuole evidenziare come i principi ispiratori a cui si fa riferimento influenzino l'impostazione della legge vigente.

3. DESTINATARI
(a cura degli autori della ricerca)

Viene riportata in esteso la citazione legislativa che individua la tipologia dei destinatari della legge vigente.

4. MODALITA' DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
(a cura degli autori della ricerca)

Costituisce l'obiettivo primario della scheda. Include la citazione per esteso delle parti della legge relative alla tutela del diritto alla salute degli immigrati (il termine ***salute*** é inteso nella sua più ampia accezione), cui segue un commento secondo i seguenti punti:

1) Finalità della legge vigente: é dato il riferimento legislativo sul quale viene determinata l'equiparazione dell'immigrato extracomunitario al cittadino italiano.

2) Intersettorialità: la tutela della salute come benessere globale dell'individuo si attua attraverso la difesa del diritto alla casa, alla formazione scolastica e lavorativa oltre che ai servizi socio-assistenziali e sanitari.

3) Organi o strumenti di partecipazione di tipo consultivo degli immigrati in relazione a progetti o iniziative per il problema migratorio.

4) Norme per la tutela di madri e bambini ed eventuali programmi di prevenzione.

5) Possibile fruibilità dei servizi sanitari da parte di immigrati irregolari.

6) Allocazione di risorse per progetti o iniziative per la salute degli immigrati.

7) Formazione di operatori socio-sanitari nell'approccio all'immigrato.

8) Convenzioni con università, istituti o organismi di volontariato.

5. ATTUAZIONE DELLA LEGGE IN MATERIA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI
(a cura degli autori della ricerca e dei referenti regionali)

Vengono descritti brevemente i progetti regionali o locali di cui é pervenuta notizia. Tale descrizione ha un duplice scopo: evidenziare l'attuazione delle indicazioni legislative in termini di assistenza sanitaria agli immigrati; informare sull'esistenza di attività del privato sociale in termini di salute e immigrazione.
L'assenza di citazioni o commenti deriva dalla mancanza di informazioni su progetti regionali o locali coordinati e finanziati a livello regionale.
In questo caso é richiesta la collaborazione degli uffici regionali referenti per completare il paragrafo, dando indicazioni relative ad attività pubbliche o private nel campo dell'assistenza sanitaria agli immigrati.

6. EVOLUZIONE: LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE DELL'IMMIGRATO
(a cura dei referenti regionali)

Per completare questo paragrafo si prega di utilizzare le seguenti indicazioni:
1) Il tema della tutela della salute degli immigrati é stato oggetto di nuove circolari, decreti, delibere rispetto a quelle già citate? (Se si citare e allegare documentazione);

2) Secondo le attuali linee programmatiche regionali é possibile progettare un'evoluzione verso l'effettiva fruizione di questo diritto da parte degli immigrati? Con quali strategie ? Con quali tempi ?

7. REFERENTI REGIONALI
(a cura degli autori della ricerca e dei referenti regionali)

Questo paragrafo riporta gli indirizzi dei referenti regionali in termini di uffici e di funzionari. Se necessario si prega di completare o di modificare le indicazioni riportate.

8. CONFRONTO CON LE ALTRE REGIONI ITALIANE
(a cura dei referenti regionali)

Si chiede ai referenti regionali di commentare le griglie inviate insieme alla scheda regionale.
La prima griglia si riferisce alle fonti normative da cui la legge regionale prende avvio: si chiede quindi di dare una valutazione ai riferimenti legislativi in relazione a quelli delle altre regioni.
La seconda griglia si riferisce alla tipologia dei destinatari: si chiede di commentare il "tipo di immigrato" a cui sono destinati i benefici della legge regionale anche in relazione alle indicazioni legislative presenti nelle altre regioni italiane.
La terza griglia riassume gli aspetti salienti della legge vigente in termini di salute degli immigrati.

9. BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE
(a cura dei referenti regionali)

Si invitano i referenti regionali a riportare tutte le indicazioni bibliografiche di riferimento in termini di tutela della salute degli immigrati; in particolare si chiede di indicare opuscoli e guide per immigrati extracomunitari prodotte a livello regionale o locale.

Nota degli autori
Volutamente non sono state inserite le normative riservate ai nomadi, oggetto di un'altra ricerca. I punti 6,8,9 sono stati dalla maggior parte delle regioni lasciati in bianco (hanno compilato in parte queste sezioni le regioni: Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Umbria), avendo quindi un quadro estremamente incompleto e non lo abbiamo riportato. Gli indirizzi del punto 7 sono riportati a parte.

ABRUZZO

1. Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente

n. 10, 13.02.1990 - Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo.

- 1.1.2 Modifiche

n. 10, 11.02.1992 - Modifiche ed integrazioni della L.R. n. 10, 13.02.1990 recante: "*Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo* art. 12, comma 3.

n. 42, 2.09.1993 - Modifiche ed integrazioni della L.R. n. 10, 13.02.1990 recante: "*Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo*".

n. 79, 28.04.95 - Modifiche ed Integrazioni alla L.R. 10 del 13.02.90 recante: "*Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo*".

- 1.1.3 Legge precedente

Non é presente alcun riferimento legislativo

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

n. 72, 26.11.1991 - *Interventi in favore delle popolazioni jugoslave*.

- 1.1.5 Altre leggi in materia

Non é presente alcun riferimento legislativo

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La L.R. n.10 del 13.02.1990 viene approvata immediatamente prima della conversione in legge del decreto avvenuta in data 28.02.1990 (Legge Martelli).

La modifica del 1992 inserisce una precisazione relativa alla Presidenza del CREI (Consiglio Regionale Emigrazione Immigrazione) mentre la modifica del 1993 si riferisce al diritto allo studio degli immigrati (attribuzione di borse di studio).

La modifica del 28/4/95 n. 79 amplia il concetto della tutela sociale degli immigrati, sottolineandone gli aspetti culturali, linguistici e religiosi.

La Legge n.72 stanzia 200 milioni per la fornitura di opere, beni, servizi e collaborazione e assistenza tecnica in favore della popolazione della Ex Jugoslavia.

2. Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto Regionale
- Legge Nazionale n. 943 30.12.1986
- Legge Nazionale n.39 28.02.90 (nelle leggi di modifica e integrazione della L.R. 10/90)

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La L.R. deriva dallo Statuto Regionale il principio della garanzia del diritto al lavoro e l'obiettivo del movimento migratorio dei lavoratori come libera scelta.

La Legge Nazionale fornisce invece alla L.R. il quadro in cui inserire le iniziative volte all'inserimento sociale ed occupazionale degli immigrati e delle loro famiglie.

3. Destinatari

Sono considerati destinatari dei benefici previsti dalla presente legge i lavoratori immigrati di cui all'art.1 della legge 30.12.86, n. 943(...) purché dimostrino di essere in regola con le disposizioni concernenti il soggiorno degli stranieri in Italia .(art. 2, comma 4).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente
Assente nella legge vigente, e nelle successive modifiche, un riferimento specifico al tema della promozione della salute.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

- Istituzione del Centro Poliambulatorio "Gesù Misericordioso" con sede in Pescara - Via Napoli, 44 - operante dal 25-05-95.
- Apertura di un Presidio Multifunzionale con il compito sanitario della prevenzione e della distribuzione dei farmaci.

Tali centri, che operano in base ad atti contrattuali stipulati tra la Giunta Regionale e la Caritas diocesana di Pescara-Penne, hanno scadenza il primo, triennale, il secondo, annuale a decorrere dalla data dell'apertura ufficiale.

BASILICATA

Premessa
Per la presenza di contenuti innovativi per la Regione Basilicata sulla tutela della salute della popolazione immigrata, questa scheda regionale é stata compilata analizzando la Legge Regionale n. 26 del 13.04.96.

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente

n. 26, 13.04.1996 - Interventi a sostegno dei lavoratori extracomunitari in Basilicata ed istituzione della commissione regionale dell'immigrazione.

- 1.1.2 Modifiche

n. 7, 25.01.1993 - Modifiche ed integrazioni alla L.R. 21.02.1990 n.6 *Provvidenze per i lavoratori lucani all'estero ed istituzione della Commissione regionale dei lucani all'estero e della Commissione Regionale dei lavoratori extracomunitari in Basilicata*

- 1.1.3 Legge precedente

n. 6, 21.02.1990 - *Provvidenze per i lavoratori lucani all'estero ed istituzione della Commissione regionale dei lucani all'estero e della Commissione Regionale dei lavoratori extracomunitari in Basilicata*.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

n. 32, 13.11.1989 - *Interventi in favore delle popolazioni armene colpite dal sisma del dicembre 1988 e gennaio 1989*.

- 1.1.5 Altre leggi in materia

Non é presente alcun riferimento legislativo

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali.

La legge regionale attualmente vigente rappresenta un superamento della L.R. 6/90 in termini di tutela dei cittadini extracomunitari nei diritti fondamentali. Prende avvio da una base legislativa ampia nazionale ed internazionale, superando l'esclusivo riferimento alla tutela del diritto al lavoro per contemplare diverse forme di pertecipazione, solidarietà e tutela degli immigrati extracomunitari.

La modifica del 1993 non riguarda direttamente la componente *immigrati*.
La L.R. n.32 del 1989 riguarda invece lo stanziamento di cinquanta milioni per collaborazione tecnica, fornitura di opere, beni e servizi, sussidi in denaro ed interventi di emergenza in favore della popolazione armena colpita dal terremoto del 1989/1990.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

- 2.1 Elenco fonti normative
- Legislazione nazionale 943/86
- Risoluzione ONU 40/144 del 1985

- 2.2 Quadro concettuale di riferimento
La L.R.vigente ha il proprio principio fondante nella tutela dei diritti umani, in attuazione dei principi generali della Risoluzione delle Nazioni Unite e della Legge Nazionale, mirando a garantire agli immigrati ed alle loro famiglie condizioni di uguaglianza con i cittadini italiani nel godimento dei diritti civili.

3.
Destinatari

Le attività e gli interventi (...) sono rivolti agli immigrati provenienti da paesi extracomunitari e alle loro famiglie che soggiornano nel territorio regionale e che in esso risiedono in regola con le leggi di Stato.(art.3)

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente
- Art.1 (finalità): *le iniziative promosse dalla Regione sono rivolte a:*
a) tutelare il diritto al lavoro, allo studio, alle prestazioni sociali e sanitarie degli immigrati (...).
- Art.5 (tutela della salute): *gli immigrati anche stagionali o coloro che si trovino sul territorio regionale hanno libero accesso ai servizi sanitari, alle strutture di base dei servizi socio-assistenziali e agli asili nido, nel rispetto della cultura di provenienza.*

Modalità
La legge pone l'aspetto sanitario tra le principali finalità a cui le iniziative della regione e della consulta devono tendere. Basandosi sul principio di equiparazione degli immigrati extracomunitari con i cittadini italiani, viene garantito l'accesso ai servizi e ai presidi sanitari pubblici. Di particolare interesse é l'attenzione data ad alcuni aspetti della tutela della salute, quali l'accesso agli asili nido e la tutela delle donne immigrate nel loro inserimento sociale; bisogna inoltre considerare che tutti gli altri aspetti del problema immigrazione, come la casa, il lavoro, la scuola hanno comunque una ricaduta sullo stato di salute generale della popolazione immigrata.
La legge prevede l'istituzione di centri di accoglienza finanziati attraverso i fondi regionali e realizzati anche in convenzione con il volontariato. Queste strutture, intervenendo in caso di necessità, possono essere le più adatte a garantire, nei limiti imposti dalla legge, un'assistenza sanitaria di base anche per gli immigrati irregolari.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Nell'ambito regionale non esistono strutture attivate per la tutela della salute degli immigrati, sostenute o realizzate pienamente con il contributo ufficiale della Giunta Regionale.

CALABRIA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n. 17, 9.04.1990 - Interventi regionali nel settore della emigrazione e della immigrazione.

- 1.1.2 Modifiche
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.5 Altre leggi in materia
Non é presente alcun riferimento legislativo.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

Non sono note leggi regionali in materia precedenti alla vigente che viene emessa nel periodo immediatamente successivo alla normativa nazionale Legge 39/90.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto Regionale

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La L.R., in attuazione dei principi del proprio Statuto, si propone di rimuovere le cause dell'emigrazione. Nonostante tale finalità appaia perseguibile solo a lunga scadenza e particolarmente centrata sulla problematica dei cittadini calabresi all'estero, la legge di fatto non manca di considerare con iniziative occupazionali abitative, culturali, formative ed assistenziali (cfr. art.5) i bisogni degli immigrati.

3.
Destinatari

Sono considerati stranieri immigrati coloro che, provenienti da paesi extracomunitari, dimorino stabilmente nella Regione per motivi di lavoro e siano in regola con le vigenti disposizioni di legge in materia di autorizzazione al lavoro, di ingresso e soggiorno degli stranieri. (art. 2, punto 4).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

La legge fa esplicito riferimento al tema dell'assistenza sanitaria nell'art.5. (punto p) in cui vengono enunciati gli indirizzi dell'intervento regionale: *favorire d'intesa con gli enti locali territoriali l'inserimento nella comunità regionale degli stranieri immigrati, attraverso l'istituzione di servizi sociali di accoglimento e di prima assistenza, promuovendo la soluzione del problema alloggiativo, garantendo il diritto all'**assistenza sanitaria.***
Negli articoli successivi di attuazione degli indirizzi enunciati, il tema dell'assistenza sanitaria non viene tuttavia approfondito se non implicitamente all'art. 12 relativo ai fondi destinati alle attività socio-assistenziali che dovranno tenere conto delle particolari esigenze connesse al fenomeno migratorio.
Si nota nella legge una notevole attenzione alla necessità di studio, documentazione e programmazione degli interventi in materia di emigrazione, insieme ad uno spazio considerevole per gli aspetti abitativo, della formazione e riqualificazione professionale e culturale, elementi essenziali ma ancora potenziali per fondare la promozione della salute in senso integrale.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Nell'ambito regionale non esistono strutture attivate per la tutela della salute degli immigrati, sostenute o realizzate pienamente con il contributo ufficiale della Giunta Regionale.

CAMPANIA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente

n. 33, 3.11.1994 - Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati stranieri in Campania provenienti da paesi extracomunitari.

- 1.1.2 Modifiche

Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente

n.10, 10.03.1984 - *Interventi regionali nel settore dell'emigrazione e della immigrazione*.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.5 Altre leggi in materia

Non é presente alcun riferimento legislativo.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La recente legge regionale attualmente vigente viene approvata a distanza di dieci anni dalla precedente di cui costituisce un'importante e articolata evoluzione.
Innanzi tutto viene scorporata la componente emigrazione che nel 1984 era considerata parallelamente all'immigrazione.
Le finalità della legge vengono inserite in un quadro concettuale di riferimento molto più ampio. Viene ampliata la tipologia degli immigrati destinatari della legge.
Si passa da un concetto di *assistenza agli immigrati in particolare stato di bisogno* a quello di promozione di interventi rivolti alla *tutela dei diritti* degli immigrati rifacendosi a concetti di uguaglianza che favoriscano l'*inserimento* nel tessuto sociale, culturale ed economico degli immigrati della regione Campania.
Viene trattato in modo specifico il tema della *tutela della salute*.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Legge Nazionale n. 39 28.02.1990
- Risoluzione delle Nazioni Unite 40/144 del 1985
- Normativa CEE
- Legge Nazionale n. 943 30.12.1986

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La L.R. si riferisce ai principi generali della legge nazionale 39/90 sottolineando l'*armonia* esistente nei confronti dei principi di protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali contenuti nella Risoluzione delle Nazioni Unite e nella normativa CEE. Fa esplicito riferimento alla Legge nazionale 943/86 nel cui quadro vengono inserite le iniziative rivolte a garantire agli immigrati ed alle loro famiglie, condizioni di uguaglianza nel godimento dei diritti civili con i cittadini italiani ed a rimuovere le cause economiche, culturali e sociali che ne ostacolano l'inserimento nel tessuto sociale, culturale ed economico della Regione Campania.

3.
Destinatari

(...) Immigrati provenienti da paesi extracomunitari e loro famiglie che soggiornano regolarmente sul territorio regionale e che in esso risiedono (art.2 , punto 1).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

Titolo I - Principi Generali - Art. 1 (Finalità) Omissis 2. Le iniziative promosse dalla

regione sono rivolte: a) alla tutela del diritto al lavoro, allo studio, alle ***prestazioni sociali e sanitarie*** *degli immigrati provenienti da Paesi extracomunitari e delle loro famiglie.*

Titolo II - Strumenti di partecipazione - Art. 3 (Consulta Regionale dell'Immigrazione Extra Comunitaria) Omissis 2. Alla Consulta sono attribuiti i seguenti compiti: a) formulare proposte ed esprimere pareri in ordine alle iniziative ed agli interventi regionali per profili riguardanti l'immigrazione extracomunitaria, e, in particolare, in ordine ai piani ed ai ***programmi in materia socio-sanitaria,*** *(...) Omissis g) proporre alla Regione iniziative, anche nei confronti del Parlamento e del Governo, concernenti questioni di ordine economico, sociale, previdenziale ed* ***assistenziale*** *anche da realizzare d'intesa con gli Stati dai quali provengono detti immigrati.*

*Titolo IV - Tipologia degli interventi - Art. 12 (Informazione e Servizi Sociali) Omissis 3 La Regione promuove ed incentiva l'istituzione, da parte dei Comuni, di centri destinati in particolare: a) a fornire informazioni e consulenza per l'****accesso ai servizi socio-assistenziali*** *e (...)*

art. 15 (Tutela della salute) *1. Gli immigrati provenienti da Paesi extra comunitari, anche gli stagionali o coloro che a qualsiasi titolo si trovino sul territorio regionale, hanno libero accesso ai servizi sanitari, alle strutture di base, poliambulatori e asili nido esistenti. Nella predisposizione degli interventi in materia di maternità, sessualità ed uso dei sistemi anticoncezionali, si dovrà tener conto delle diversità culturali e religiose delle donne immigrate provenienti da paesi extracomunitari.*

2. A tal fine la Regione Campania, nel ripartire i fondi destinati alle attività socio-assistenziali da assegnare a ciascun comune terrà conto dell'entità della popolazione immigrata proveniente da Paesi extracomunitari presente nei Comuni della Regione Campania ed emanerà le relative direttive.

3. La Regione promuove le iniziative necessarie, volte alla tutela della salute degli immigrati provenienti da Paesi extracomunitari dimoranti nel territorio regionale, anche attraverso rapporti convenzionali con le Associazioni regionali del volontariato riconosciute dalla Consulta di cui all'art.3.

Modalità

La tutela del diritto alle prestazioni sociali e sanitarie degli immigrati compare al primo posto tra le finalità, subito dopo le fonti normative unitamente ai diritti fondamentali al lavoro e allo studio.

La Consulta Regionale dell'Immigrazione Extracomunitaria, istituita da questa stessa legge, ha tra i suoi primi compiti quello di pianificazione in materia socio-sanitaria e di proposta nei confronti della Regione, del Parlamento e del Governo. Tali premesse, prima di entrare nello specifico dell'art. sulla tutela della salute, attribuiscono alla legge un valore politico ampio e propositivo. Ciò costituisce indubbiamente un elemento originale ed interessante che non può non stimolare il confronto a livello interregionale e nazionale.

Si nota inoltre nella legge una notevole attenzione alla necessità di studio, documentazione e programmazione degli interventi insieme ad uno spazio considerevole per gli aspetti abitativo, della formazione e riqualificazione professionale e culturale, elementi essenziali per fondare la promozione della salute in senso integrale. Ciò acquista ancor più valore se si considera che la legge, a differenza di molte altre leggi regionali, ha come destinatari i soli immigrati e non anche gli emigrati campani da reinserire.

Entrando in merito all'articolo 15 si nota un ampliamento della tipologia dei destinatari che é in contraddizione con quanto enunciato all'art.2,1. Infatti si fa esplicito riferimento alla categoria dei *dimoranti* e dei *lavoratori stagionali*, (per i quali manca una legislazione nazionale specifica), come di *coloro che a qualsiasi titolo si trovino sul territorio regionale* e non, più restrittivamente, dei *soggiornanti regolarmente e residenti*.

Viene chiaramente espresso il concetto di *libero accesso* non solo ai servizi ma anche alle strutture di base, ai poliambulatori e agli asili nido.

Interessante il riferimento alle *diversità culturali* che però si limita alla predisposizione di interventi in materia di maternità, sessualità ed uso dei sistemi anticoncezionali.

Il secondo comma introduce il principio della proporzionalità tra fondi destinati ed entità della popolazione immigrata *presente* nei vari comuni senza specificarne lo status giuridico (regolari/irregolari).

Il terzo comma specifica che le iniziative volte alla tutela della salute possono essere svolte anche attraverso rapporti convenzionati con le associazioni regionali di volontariato riconosciute dalla Consulta di cui all'art.3.

Tale precisazione é significativa in quanto riconosce e valorizza il ruolo di fatto assunto dal volontariato nella copertura dei bisogni sanitari non ancora assolta dal Sistema Sanitario Pubblico in particolare creando uno spazio di intervento nei confronti degli stranieri in posizione irregolare.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Progetti regionali

Progetto per la realizzazione di un centro di ascolto per gli immigrati extracomunitari Regione Campania USL 27 Dipartimento di Salute Mentale approvato con D.G.R. n. 8662 del 29.12.94 ma non ancora realizzato.

Progetti locali

Progetto "Sorriso"

Comuni di Cava de' Tirreni e Vietri sul Mare, USL 48, Curia Diocesana, Comunità di accoglienza presenti sul territorio dei comuni interessati.

EMILIA ROMAGNA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente

n. 14, 21.02.1990 - Iniziative regionali in favore dell'emigrazione e dell'immigrazione. Nuove norme per l'istituzione della consulta regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione

- 1.1.2 Modifiche

Non é presente alcun riferimento legislativo

- 1.1.3 Legge precedente

Non é presente alcun riferimento legislativo

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

n.16, 28.06.1991 - *Iniziative di solidarietà a favore dei profughi albanesi*

- 1.1.5 Altre leggi in materia

Non é presente alcun riferimento legislativo

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge vigente viene emessa pochi giorni prima della legge nazionale n.39/90 e si rifà quindi alla legge nazionale 943/86.

La L.R. 16/91 detta norme riguardo interventi di solidarietà, accoglienza, assistenza, alfabetizzazione e fornitura di beni e servizi, non meglio specificati, a favore dei profughi albanesi, per i quali é previsto lo stanziamento di un miliardo di lire nel bilancio 1991.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Legge Nazionale n. 943 30.12.1986

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

Pur riferendosi alla sola normativa nazionale la legge si muove in quadro di riferimento ampio tale da conferire alla trattazione comune dell'emigrazione e dell'immigrazione una significativa correlazione. Si sottolinea la complessità del fenomeno migratorio all'interno del quale la tutela economica sociale e culturale diventa denominatore comune.

L'approccio alle diverse problematiche e alla programmazione é dunque di carattere inter-

settoriale. Nella attuazione degli interventi vengono valorizzati il settore della Cooperazione Internazionale, il ruolo del Volontariato, del privato sociale e di altre istituzioni.
E' presente nella legge una notevole attenzione alla necessità di studio, documentazione in materia di emigrazione, insieme ad uno spazio considerevole per gli aspetti abitativo (sia di prima che di seconda accoglienza), della formazione e riqualificazione professionale e culturale, dell'informazione sui servizi, del segretariato sociale, elementi essenziali per la promozione della salute in senso integrale.
Inoltre va sottolineata la particolare preoccupazione espressa per gli immigrati in stato di bisogno e per le situazioni di inserimento sociale particolarmente problematico come nel caso degli ex-detenuti stranieri.

3.
Destinatari

Sono destinatari: (...) *stranieri o apolidi immigrati* (art.1, comma 2 ,punto c) *che dimorano in un comune della regione (...)* (art.3, comma 1, punto c). *Gli interventi di cui alla presente legge sono estesi ai familiari delle persone di cui al primo comma* (art.3, comma 2).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

Titolo I *- Principi Generali e Programmazione- Art. 1 (Finalità della legge) Omissis 2. c) (La Regione prevede)*: *interventi a favore degli stranieri o degli apolidi immigrati nella regione, allo scopo di agevolarne l'inserimento sociale, il riconoscimento dell'identità culturale e religiosa e la promozione dei diritti al lavoro, alla formazione professionale, alle prestazioni assistenziali e sanitarie, alla casa, onde rendere effettiva la pari dignità sociale e uguaglianza con i cittadini italiani*
Titolo II - *Attività ed interventi - art.6 (Assistenza Sanitaria) 1. Al fine di realizzare gli obiettivi di cui alla lett. a) dell'art.7 della Legge 23.12.1978, n.833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" , la Giunta Regionale emana direttive per la fruizione da parte degli immigrati delle prestazioni sanitarie presso i presidi del Servizio Sanitario Nazionale della Regione Emilia Romagna, nei limiti e con le modalità previsti per i cittadini residenti.*

Modalità

L'accesso alle prestazioni assistenziali e sanitarie del S.S.N, (cfr. art.1) pur rimanendo un punto qualificante per l'effettiva fruibilità del diritto alla salute, non presenta quegli elementi di specificità ed interculturalità attesi nell'ambito della Medicina delle Migrazioni
Anche l'art.6 esclusivamente dedicato all'Assistenza Sanitaria, non offre spunti particolarmente significativi in questo senso. Tuttavia si intravede un superamento di tale limite nella già citata valorizzazione del ruolo del volontariato come risorsa in ambito sociale, ed un deciso orientamento verso l'assunzione da parte del settore pubblico dell'assistenza sanitaria degli stranieri.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Delibere

Del. n. 195/1989 - Direttiva concernente l'assistenza sanitaria ai lavoratori extracomunitari residenti e dimoranti in Emilia Romagna ai sensi dell'art. 1 L.30 dicembre 1986 n.943 e art. 5 D.L. n.663/1979 convertito in L. 29.02.1980 n.33.

Del. n.133/1992 - Direttiva concernente l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari residenti e dimoranti in Emilia Romagna ai sensi della L 30.12.1986 n.943 e della L. 28.02.1990 n.39.

Lettera circolare 27.02.1991 (firmata dall'Assessore alla Sanità e ai Servizi Sociali Regionali)
Oggetto: Assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari disoccupati ed iscritti nelle liste di collocamento firmata dall'Assessore alla Sanità e ai Servizi Sociali

Progetti regionali

- Convenzione tra l'Azienda USL della Città

di Bologna e la Confraternita della Misericordia per prestazioni sanitarie rivolte ai cittadini italiani indigenti ed extracomunitari temporaneamente residenti in Italia.
Inizio il 10.01.1995
- USL 28 Servizio Materno Infantile, COSPE, *Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini*
finanziato da lla Commissione delle Comunità Europee
Comune di Bologna, Assessorato alla Sanità, Consulta Regionale per l'Emigrazione e l'Immigrazione. Inizio progetto 1991.

Progetti locali
- Comune di Bologna , Assessorato alla Sanità
Proposta di piano di lavoro per l'assistenza e la sorveglianza sanitaria a Bologna nelle comunità di cittadini extracomunitari
Documento predisposto dal Servizio di Medicina di Base dell'USL 28 approvato dal Coordinamento sanitario cittadino nella seduta del 22.05.1991.
- Comune di Bologna Assessorato alle Politiche Sociali e all'Immigrazione. Servizio Immigrazione
Progetto Osservatorio Comunale delle immigrazioni
Inizio 1994

FRIULI VENEZIA GIULIA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n. 46, 10.09.1990 - Istituzione dell'Ente regionale per i problemi dei migranti

- 1.1.2 Modifiche
n.18, 11.05.1993 - *Riforma e riordinamento di Enti Regionali*

- 1.1.3 Legge precedente
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.5 Altre leggi in materia
n.29, 9.07.1990 - *Assestamento del bilancio ai sensi dell'art.10 della legge regionale n.10 20.01.1982, variazioni al bilancio per l'anno 1990 ed al bilancio pluriennale per gli anni 1990-1992, autorizzazione di ulteriori e maggiori spese ed altre norme finanziarie e contabili*.
Art.21: *Assistenza agli immigrati extracomunitari (programma 2.2.5)*.
n.4, 1.02.1991 *Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale della Regione (Legge finanziaria 1991)*.
Art. 29: *Assistenza a favore degli immigrati*.
n.51, 30.06.1993 - *Disposizioni finanziarie per favorire l'attuazione del Piano Regionale socio-assistenziale e integrazioni e modifiche a normative del settore*.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge vigente viene emessa nel periodo immediatamente successivo alla legge nazionale 39/90 alla quale si richiama.
La modifica n. 18 11.05.1993 contiene alcune variazioni prettamente amministrative della legge vigente, inerenti specialmente all'Ufficio di Presidenza che viene con questa legge abrogato.
Le **leggi relative al finanziamento dell'assistenza agli immigrati** sono autorizzazioni al finanziamento straordinario per la organizzazione e gestione dei centri di prima accoglienza e gli interventi di assistenza a favore degli immigrati (1990 e 1991).
Di particolare interesse si rivela invece la L.R.n.51 30.06.1993 che, pur non essendo

specifica, inserisce un'importante modifica relativa ai destinatari dei servizi socio-assistenziali. (cfr. punti 3 e 4).

2.

Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale autonomo
- Direttive CEE
- Legislazione statale vigente
- Costituzione Italiana: artt. 2, 3, 4 e 35

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge si propone, nel quadro di una politica di sviluppo che elimini le cause territoriali, economiche e sociali sottostanti al fenomeno migratorio considerato nel suo insieme, di *garantire il godimento dei diritti umani*. Tale finalità viene perseguita attraverso *interventi di politica attiva* in grado di garantire il lavoro e l'elevazione culturale e professionale quali:

a. Osservazione sistematica dei flussi migratori e del mercato del lavoro
b. Formazione professionale
c. Sostegno ai processi di inserimento
d. Mantenimento dei legami con il paese di origine.

In questo quadro il diritto alla salute, come quello allo studio, alla formazione professionale, all'abitazione, e al lavoro, diviene misura dell'effettiva uguaglianza con i cittadini italiani.

In particolare si sottolinea la valorizzazione delle realtà associative e la centralità dello strumento della programmazione (programmi-obiettivo) coordinata ed attuata dall'ente regionale appositamente istituito dalla legge (ERMI).

3.

Destinatari

Immigrati provenienti da paesi extracomunitari che abbiano residenza o dimora nel territorio della regione Friuli Venezia Giulia ai sensi della legislazione nazionale vigente nonché i loro coniugi e i loro figli (art. 3, comma 2).

N.B. *La L.R. 51 30.06.1993 all'art.7 inserisce la seguente modifica dell'art.7 della L.R..n.33 19.05.1988*

Destinatari : I servizi, le prestazioni e gli interventi socio-assistenziali sono rivolti ai cittadini residenti nella regione e si estendono agli stranieri ed apolidi residenti con permesso di soggiorno nonché a tutte le persone dimoranti che siano bisognose di interventi non differibili.

4.

Modalità di promozione della salute

Legge vigente

Titolo I *- Iniziative di Politica Attiva nei confronti del problema dei migranti Capo I Art. 1 (Finalità) Omissis 3 La Regione altresì al fine di assicurare agli immigrati extracomunitari l'effettivo godimento dei diritti civili e sociali, rimuovendo gli ostacoli che di fatto limitano la loro uguaglianza con i cittadini italiani, ai sensi degli articoli 2,3,4 e 35 della Costituzione ed in armonia con la legislazione statale vigente, adegua, entro 6 mesi dall'entrata in vigore della presente, la legislazione regionale, in tutti i settori di competenza, in materia di* ***assistenza sociale e sanitaria,*** *di diritto allo studio, di formazione professionale, di insediamento abitativo, di artigianato, commercio e cooperazione anche mediante la predisposizione di progetti-obiettivo.*

Titolo II - *Ente Regionale per i problemi dei migranti art.7 (Compiti dell'Ente) g) (l'Ente) favorisce Omissis l'attivazione di idonei centri di accoglienza preferibilmente da parte degli enti locali, singoli associati, finalizzati ad una* ***prima assistenza*** *ed alla necessaria* ***informazione per l'accesso ai servizi socio-assistenziali ...****Omissis*

Modalità

Nonostante l'ampio quadro di riferimento sopra descritto e l'enfasi data allo studio e programmazione degli interventi, la legge manca di chiare indicazioni relative alla specificità interculturale dell'approccio ai problemi della salute degli immigrati. Non vi é altra menzione del tema sanitario se non in termini di informazioni sull'accesso ai servizi all'art. 7 (Norme per l'attivazione straordi-

naria dei centri di accoglienza).
Tuttavia con la modifica dell'art.7 della legge **n.51 30.06.1993 ,** si introduce un ampliamento che appare del tutto innovativo laddove apre l'accesso ai servizi, alle prestazioni ed agli interventi socio-assitenziali anche a *tutte le persone dimoranti che siano bisognose di interventi non differibili*.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

- Ricerca condotta dal Comune di Udine tramite il centro di ascolto (P.zza XX Settembre, 3 - 33100 Udine) per istituire un "Servizio transculturale di psicologia della salute".
- Conferenza sul tema "Immigrati e salute" tenuta dalla A.N.O.L.F. (P.zza Libertà, 6 - 34132 Trieste)
- Ambulatorio per visite mediche e consulenze specialistiche attivato e gestito dalla Associazione Solidarietà Medica Italiana "Medici Contro" (V. Diaz, 30 - 33100 Udine)

LAZIO

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n.17, 16.02.1990 - Provvidenze a favore degli immigrati da paesi extracomunitari.

- 1.1.2 Modifiche
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.5 Altre leggi in materia
n.26, 9.03.1990 - *Finanziamenti ai comuni per interventi in relazione alla presenza di stranieri, profughi e/o apolidi*.
n.8, 15.02.1992 - *Strutture di prima accoglienza per immigrati extracomunitari*
n. 30, 26.07.1991 - *Disposizioni ed interventi regionali in materia di cooperazione internazionale con i Paesi in Via di Sviluppo*

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

- La legge vigente viene emessa nel periodo immediatamente precedente alla legge nazionale 39/90 . Si rifà pertanto alla legge nazionale 943/86 da cui trae il principio di piena uguaglianza nei confronti dei lavoratori italiani. In particolare viene previsto, nell'attuazione della normativa, un sostegno continuativo per le attività dei comuni con elevata presenza di immigrati e una funzione di coordinamento e verifica delle iniziative da parte delle amministrazioni provinciali. (Piano annuale provinciale)
- La legge 26/90 difatti prevede il finanziamento ai comuni per interventi in relazione alla presenza di stranieri, profughi, e/o apolidi mentre la legge 8/92 prevede la realizzazione di una rete di strutture di accoglienza permanenti.
- Infine la legge 30/91, avente in realtà come oggetto gli interventi regionali di cooperazione internazionale con i Paesi in Via di Sviluppo, cita, tra le attività previste, la formazione professionale dei giovani dei paesi in via di sviluppo, favorendone la partecipazione a corsi di formazione e specializzazione regionali, per il loro reinserimento nei paesi di origine.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale artt. 34 e 35
- Legislazione statale 943/86

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge prende origine da un contesto nazionale e regionale concreto, caratterizzato da nuovi problemi e sfide, più che da principi o normative internazionali. Ha come finalità la promozione di iniziative volte al superamento di difficoltà specifiche degli immigrati e delle loro famiglie *nel rispetto della piena uguaglianza dei diritti nei confronti dei lavoratori italiani*. Assicura pertanto l'effettivo godimento dei diritti relativi al lavoro, alle prestazioni sociali e sanitarie, al mantenimento dell'identità culturale e alla formazione professionale. Coerentemente con questa impostazione concreta, la legge sottolinea la necessità che organi dello Stato ed istituti ritenuti idonei dalla Regione effettuino rilevazioni tali da adeguare la risposta dei servizi sociali e pubblici alla domanda dei nuovi insediamenti di immigrati.

3.
Destinatari

I beneficiari della presente legge sono gli immigrati e loro associazioni, provenienti da paesi extracomunitari e dimoranti nel territorio regionale (art.2, comma 1).*(...) Gli enti locali che svolgono attività a favore degli immigrati extracomunitari* (art.2, comma 3). *Gli enti pubblici e privati che operano nel campo dell'assistenza sociale all'immigrazione* (art.2, comma 4).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

Art. 1 (Finalità della legge) Omissis 2 (La Regione) assicura in particolare, agli immigrati l'effettivo godimento dei diritti relativi al lavoro, alle ***prestazioni sociali e sanitarie,*** *Omissis*
Art. 4 (Iniziative) Omissis 2 a) l'effettivo godimento del diritto all'assistenza sociale e sanitaria; b) la tutela dei minori, la promozione culturale e l'inserimento sociale delle donne immigrate, con particolare riferimento alla ***tutela della maternità; c) le iniziative a favore degli anziani e degli handicappati;***

Modalità

Nonostante la legge miri al superamento delle difficoltà inerenti alle condizioni degli immigrati, essa manca di chiare indicazioni relative alla specificità interculturale dell'approccio ai loro problemi sanitari e di una programmazione organica in materia di promozione della salute ed assistenza. Viene però sottolineata la necessità di tutelare la maternità e di promuovere iniziative a favore di anziani ed handicappati, anche se in modi e forme non precisate.
Rimane ambigua la possibilità di assicurare anche agli immigrati in posizione irregolare il diritto sancito dall'art. 1 di questa stessa legge.
A questo proposito, il Piano Regionale degli Interventi a favore degli immigrati prevede, per sopperire all'assistenza sanitaria in casi di bisogno, interventi straordinari per i lavoratori immigrati extracomunitari presenti temporaneamente sul territorio regionale non iscrivibili al SSN.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Non sono pervenute notizie riguardanti progetti mirati a tutelare la salute della popolazione immigrata sostenuti o realizzati con il contributo della Regione.

LIGURIA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente

n.7, 09.02.90 - Consulta per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie.

- 1.1.2 Modifiche

Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente

Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

n.17, 06.08.92 - *Interventi a favore della popolazione dell'Armenia colpita dal terremoto del 7.12.1988.*

n.27, 11.06.93 - *Nuove norme in materia di emigrazione ed istituzione della Consulta Regionale per l'emigrazione.*

n.49, 10.09.93. - *Modifica della legge regionale 11.06.93 n.27 "Nuove norme in materia..."*

- 1.1.5 Altre leggi in materia

n.20, 27.08.92 - *Integrazione alla legge regionale 15.11.78 n.59 - Interventi in materia di emigrazione. Istituzione della Consulta Regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione.*

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge vigente emessa prima della legge "Martelli" si rifà alla legge nazionale 943/86 da cui trae il principio di piena uguaglianza rispetto ai lavoratori italiani.
La legge 17/92 prevede l'istituzione di un fondo di 500 milioni da devolvere a favore della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa per completare una struttura ospedaliera ad Erevan.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale
- Legislazione statale 943/86

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge tramite l'instituzione della Consulta Regionale, quale organo di pertecipazione, si propone di garantire la parità di trattamento tra lavoratori italiani ed extracomunitari. Pertanto avendo come principale fine quello dell'istituzione della Consulta nella prospettiva occupazionale, la legge manca di un impianto normativo di più ampio respiro. Tuttavia nella funzione propositiva riservata alla Consulta vengono considerati molti degli aspetti più generali che riguardano il fenomeno migratorio.
In particolare viene prevista la produzione di un piano di iniziative per la realizzazione di progetti regionali e di una relazione consuntiva sulle attività svolte nell'ambito dello studio del fenomeno, della formazione professionale, dell'informazione, dell'associazionismo e dell'assistenza socio-assistenziale con esplicito riferimento a quella sanitaria.

3.
Destinatari

La legge non ha degli espliciti destinatari in quanto istitutrice della Consulta. Quest'ultima é *costituita per formulare proposte e pareri in merito alle iniziative idonee a garantire a tutti i lavoratori extracomunitari e alle loro famiglie, che* ***dimorano*** *nel territorio ligure, parità di trattamento e uguaglianza rispetto ai lavoratori italiani* (art.1, comma 2).

4.

Modalità di promozione della salute

Legge vigente

Art.1, comma 3: *(...) la Giunta regionale realizza progetti (...) anche sulla base delle proposte della Consulta (...) che riguardano in particolare i settori dell'assistenza sociale, della sanità (...).*

Art.5, comma 2, lettera c: *(...) la Consulta formula proposte ed esprime pareri in merito: (...) ai progetti di carattere socio-assistenziale, (...) e sanitario in favore dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie.*

Modalità

La legge, limitandosi alla istituzione della Consulta, affronta il problema dell'assitenza sanitaria senza specificare obiettivi, ambiti e modalità di intervento. Il tema dell'assistenza sanitaria é considerato alla pari dell'assistenza sociale, economica e culturale negli ambiti della formazione professionale e dell'assistenza scolastica, dell'edilizia sociale e residenziale, del sostegno alle associazioni dei lavoratori extracomunitari finalizzate alla tutela dei diritti civili e al mantenimento dei legami culturali con il paese d'origine. Peraltro i compiti della Consulta rimangono propositivi nei confronti della Giunta limitando ulteriormente l'applicazione della legge.

5.

Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Nell'ambito regionale non esistono strutture attivate per la tutela della salute degli immigrati, sostenute o realizzate pienamente con il contributo ufficiale della Giunta Regionale.

LOMBARDIA

1.

Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente

n.38, 04.07.1988 - Interventi a tutela degli immigrati extracomunitari in Lombardia e delle loro famiglie.

- 1.1.2 Modifiche

Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente

Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

n.1, 04.01.85 - *Norme a favore degli emigrati e delle loro famiglie.*

n.63, 27.11.89 - *Iniziative della Regione Lombardia a favore delle popolazioni dell'Armenia colpite da calamità naturali nel Dicembre 1988. (legge non operante).*

- 1.1.5 Altre leggi in materia

n.33, 14.12.91 - *Modifiche ed integrazioni della L.R. n.34, 31.03.78 "Norme sulle procedure della programmazione , sul bilancio e sulla contebilità della regione" e success. modificazioni. Istituzione del fondo ricostituzione infrastrutture sociali Lombardia (FRISL) capo 2, art 9 , punto c.*

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge vigente viene promulgata dopo la

legge nazionale 943/86 alla quale fa esplicito riferimento ma, rifacendosi ad un'ampia normativa, supera ampiamente l'aspetto occupazionale per trattare i principali temi relativi ai diritti della popolazione extracomunitaria.
La legge 33/91 finanzia la costruzione di alloggi per l'accoglienza degli immigrati.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative
- Statuto regionale
- Legislazione statale 943/86
- Normativa CEE

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento
La legge, rifacendosi alla normativa regionale, statale e comunitaria, si propone di eliminare le difficoltà di inserimento sociale incontrate dagli immigrati extracomunitari e dalle loro famiglie nel territorio regionale. Vengono quindi individuati alcuni ambiti fondamentali a cui rendere effettivo l'accesso: il lavoro, le prestazioni sociali e sanitarie, il mantenimento dell'identità culturale, la formazione professionale e l'abitazione.

3.
Destinatari

La presente legge opera nei confronti degli immigrati che provengono da paesi extracomunitari e ***dimorano*** *nel territorio regionale* (art. 1, comma 2).

4. Modalità di promozione della salute

Legge vigente

Art.1, comma 4: *La Regione, nell'ambito ed in attuazione delle leggi regionali che regolano le singole materie di sua competenza, assicura agli immigrati l'effettivo godimento dei diritti relativi al lavoro e alla prestazioni sociali e sanitarie,(...).*
Art.2, comma 1: *La Giunta regionale predispone ed attua, (...) , un programma annuale delle iniziative (...)* tra cui, comma 2 punto d): l'*estensione dei servizi (...) ,* punto i) *le prestazioni di servizi (...) tendenti (...) a rendere effettivo il diritto alla assistenza sanitaria ed ai servizi sociali previsti per i cittadini lombardi*.
Nello stesso comma viene fatto riferimento anche a : punto l): *le iniziative specifiche per la promozione culturale e l'inserimento sociale delle donne immigrate con particolare riferimento alla tutela della maternità;* punto m): *le iniziative a tutela dei minori;* punto n): *le iniziative a favore degli handicappati;* punto o): *le iniziative a favore degli anziani*.
Inoltre nella formazione del *Comitato tecnico-interdisciplinare* di cui all'art. 5, viene inserito un funzionario regionale per il settore Sanità ed igiene.

Modalità

La legge prende spunto dall'aspetto occupazionale, rifacendosi alla legge nazionale 943/86, per affrontare poi, ampliando il panorama normativo, il problema immigrazione nei suoi vari ambiti, compreso quello sanitario.
A tale proposito la Giunta regionale con il parere della consulta predispone un programma annuale di iniziative a cui viene devoluta una parte del bilancio nell'ambito del piano regionale di sviluppo. Tali iniziative riguardano lo studio del fenomeno migratorio e del mercato del lavoro, gli aspetti abitativo, culturale, di formazione e del diritto allo studio. Per quanto riguarda l'aspetto sanitario, il programma annuale é finalizzato all'equiparazione del trattamento tra immigrati e cittadini lombardi; particolare interesse merita l'esplicito riferimento ad alcune categorie sociali in cui l'aspetto sanitario é di indubbia rilevanza quali: donne e la tutela della maternità, i minori, gli handicappati e gli anziani. La legge prevede l'equiparazione anche per le disposizioni relative agli immigrati in stato di bisogno.

5.

Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati. Progetti regionali

Istituti clinici di perfezionamento di Milano
Associazione dei comuni USSL.78 di Vigevano (PV)
USSL 75 di Milano

Progetti locali
Ambulatorio OIKOS: ambulatorio di base per adulti e per l'area infantile del Comune di Bergamo (Assessorato ai Servizi Sociali), Associazione "Insieme" e Cooperativa "Migrantes", USSL 29 e Ospedali Riuniti di Bergamo.

MARCHE

1.

Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n.3, 05.01.94 - *Interventi a favore degli emigrati, degli immigrati, dei rifugiati, degli apolidi, dei nomadi e delle loro famiglie.*
Legge preparatoria (con lo stesso testo) n.163, 30.11.93

- 1.1.2 Modifiche
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente
n.40, 02.11.88 - *Interventi a favore dei lavoratori emigrati ed immigrati e delle loro famiglie.*

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.5 Altre leggi in materia
Non é presente alcun riferimento legislativo.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

Rispetto alla precedente, che persegue l'inserimento degli extracomunitari nel mondo del lavoro rifacendosi alla legge nazionale n.943, la legge in vigore, successiva alla "Martelli", é finalizzata a riconoscere e tutelare i diritti fondamentali della persona secondo le Carte nazionali ed internazionali anche per gli immigrati extracomunitari. Dal punto di vista della politica sanitaria, non vi é modificazione concettuale: l'aspetto sanitario, infatti, é considerato fra i compiti della Consulta alla pari di quello scolastico, culturale ed abitativo; tuttavia, nella L.R.n.3/94 viene inserito l'articolo 22 che rende esplicita l'equiparazione degli immigrati extracomunitari con i cittadini italiani per quanto riguarda gli interventi socio-assistenziali.
Un ulteriore sviluppo riguarda i Centri di accoglienza e di servizi e il ruolo che le strutture pubbliche e del privato sociale hanno nella loro gestione.
Inoltre l'evoluzione della legge rispetto alla precedente appare sia dal più ampio quadro normativo di riferimento sia dalla ristrutturazione della Consulta in due sezioni, scorporando l'ambito immigratorio da quello emigratorio.

2.

Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale
- Legislazione nazionale n.943/86
- Legislazione nazionale n.39/90
- Costituzione italiana
- Normativa comunitaria
- Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

Una particolare attenzione viene riservata alla programmazione ed al reperimento di finanziamenti regionali, statali, comunitari ed internazionali. La Consulta pone tra i suoi compiti un approccio intersettoriale al problema dell'immigrazione prendendo in considerazione l'approfondimento legislativo, culturale e sociologico del fenomeno migratorio a scopo propositivo ed il sostegno ai bisogni nel campo dell'informazione, culturale, scolastico, sanitario ed abitativo degli immigrati. A questo riguardo merita menzione, a titolo esemplificativo, l'art.13 dove, al punto 2, in base all'art.8 della Costituzione, la Regione promuove il reperimento di locali per l'esercizio del culto.
Altro aspetto interessante è rappresentato dall'apertura legislativa ai nomadi, una rappresentanza dei quali é presente nella Consulta insieme a quella degli extracomunitari.

3.
Destinatari

Le provvidenze e gli interventi previsti dalla presente legge sono destinati altresì (oltre che agli emigrati, ndr) *a:*

a) cittadini immigrati nella regione Marche ***in regola con il permesso di soggiorno*** *;*
b) ***rifugiati*** *in possesso dello status di rifugiato e le loro famiglie;*
c) figli, anche minori, i genitori ed i coniugi dei cittadini stranieri immigrati, anche se hanno raggiunto nelle Marche il capofamiglia in tempi successivi purché in regola con il permesso di soggiorno;
d) gli ***apolidi*** *ed i* ***nomadi****;*
e) i ***minori*** *stranieri non accompagnati da genitori e /o familiari*. (art. 2, comma 2, punti a - e).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

- Art.17, *Centri di accoglienza e di servizi*. Comma 1: *La Regione promuove e sostiene l'istituzione da parte dei comuni dei centri di accoglienza e di servizi (...) al fine di facilitare l'accesso ai servizi socio-assistenziali (...).*
- Comma 2: *Per la gestione dei centri di accoglienza e di servizi i comuni possono convenzionarsi con le associazioni di volontariato (...).*
- Art.22, *Interventi socio-assistenziali*. Comma 1. *Tutti gli interventi previsti per i cittadini italiani sono previsti anche per i destinatari della presente legge sulla base delle leggi nazionali vigenti*.

Modalità

L'esplicita equiparazione tra italiani ed immigrati con permesso di soggiorno esprime la più ampia disponibilità del legislatore in materia di tutela e promozione della salute.
Dal punto di vista operativo, oltre all'ampio coinvolgimento delle strutture pubbliche e del SSN che l'equiparazione di cui sopra comporta, va sottolineata l'istituzione dei centri di accoglienza e di servizi con compiti di orientamento e di facilitazione all'accesso ai servizi sociali, all'inserimento nelle comunità locali e alla corretta fruizione dell'organizzazione amministrativa. Alla gestione di tali centri sono coinvolte, in regime di convenzione, le associazioni di volontariato di comprovata esperienza; il finanziamento rientra nella pianificazione regionale di ripartizione dei fondi.
Le strutture pubbliche e quelle del privato sociale sono parimenti coinvolte anche nella gestione e nella vigilanza igienico-sanitaria delle aree di sosta e di transito per i nomadi.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Progetti regionali

Non sono presenti riferimenti legislativi in forma di delibere in campo sanitario.
Convegno "La salute dei cittadini immigrati", Ancona 18-03-95, Unione Regionale Province Marchigiane. Nella relazione della dott.ssa Piscitelli si dice, tra l'altro, che i Centri di accoglienza e di servizi attivati sono 14, ma che la L.R. non permette adeguati finanziamenti.

Progetti locali

Ambulatorio medico, Caritas diocesana Ancona-Osimo, resp. don Riccardo Borini, via Isonzo 9/A-60120 Ancona. Contributo dell'Assessorato Sanità e Servizi Sociali.

PIEMONTE

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente

n.64, 8.11.89 - *Interventi regionali a favore degli immigrati extracomunitari residenti in Piemonte*.

- 1.1.2 Modifiche

Non é presente alcun riferimento legislativo

- 1.1.3 Legge precedente

n.1, 9.1.87 modificata con L.R. n.45, 20.12.88 - *Interventi regionali in materia di movimenti migratori*.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

n.26, 12.06.91 - *Interventi di solidarietà della Regione Piemonte a favore del popolo somalo*.

- 1.1.5 Altre leggi in materia

Non é presente alcun riferimento legislativo.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge vigente è finalizzata esclusivamente alla tutela dei diritti degli immigrati extracomunitari che erano considerati in maniera marginale nella legislazione precedente. Da notare il cambiamento della tipologia dei destinatari che da dimoranti passano ad essere residenti, determinando la necessità di essere residenti nell'ambito regionale.
Dal punto di vista sanitario si nota una maggiore attenzione verso la tutela della maternità e verso tutte le iniziative volte a rendere effettivo il diritto all'assistenza sanitaria ed ai servizi sociali.
La legge relativa agli interventi a favore della popolazione zingara prevede l'istituzione delle aree attrezzate, all'interno delle quali le USSL devono avviare misure di medicina preventiva e di educazione igienico sanitaria e alimentare.
La legge 26/91 prevede il finanziamento di organismi di assistenza internazionale finalizzato all'acquisto di generi alimentari e medicinali a favore del popolo Somalo.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale
- Legislazione nazionale n.943/86
- Costituzione italiana (art.2, comma 7, art. 9, commi 2,4,5)
- Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo

2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge vigente fa riferimento ai diritti espressi nella costituzione italiana ed alle libertà sancite dalla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo per promuovere la pari dignità e l'integrazione degli immigrati che risiedono nel territoio regionale, tutelando l'identità linguistica e culturale.

3.
Destinatari

Le provvidenze e gli interventi previsti dalla presente legge sono riferiti agli extracomunitari immigrati in Piemonte e ivi residenti in regola con il permesso di soggiorno, salvo quanto disposto dall'art.16, comma 2 della L.R. 20/82 (...) limitatamente agli interventi socio-assistenziali. (Art.2 comma 1).
E' inoltre opportuno sottolineare che la L.R. 20/82 é stata modificata dalla L.R. 62 del 13/04/95 "Norme per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali" che all'art. 21 - comma 4 - prevede: "*Tutte le persone dimoranti nel territorio della Regione hanno comunque diritto agli interventi socio-assistenziali non differibili...*".

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

- Art. 1 comma 1 (finalità) *La Regione Piemonte (...) promuove iniziative perché siano riconosciuti agli immigrati extracomunitari, unitamente alle loro famiglie, che risiedono nel territorio regionale, tutti i diritti secondo i principi ispiratori dell Costituzione Italiana.(...)*
- Art.8 punto c) (compiti della consulta) *La Consulta Regionale per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie ha il compito di: (..) formulare proposte sul potenziamento dei servizi sociali;* punto r) *segnalare alla Giunta Regionale iniziative e provvedimenti atti a soddisfare i principali bisogni in campo scolastico-linguistico, sanitario, abitativo (...)*
- Art.10 punto h) (interventi) *La Regione (...) promuove, coordina e realizza (...) interventi organici (...) aventi lo scopo di: promuovere interventi socio-assistenziali a favore degli immigrati in condizione di bisogno; punto i) promuovere iniziative volte a rendere effettivo il diritto all'assistenza sanitaria ed ai servizi sociali (...) con particolare riferimento all'inserimento sociale delle donne immigrate ed alla tutela della maternità*.
- Art. 11 (interventi socio-assistenziali) *La Regione (...) attua a favore degli immigrati residenti in Piemonte che si trovino in condizione di bisogno gli interventi socio-assistenziali di cui alla LR 20 del 23.08.82*.

Modalità

La legge vigente estende il diritto alla salute, garantito anche e soprattutto alle persone considerate in stato di bisogno, agli immigrati extracomuniatri in piena parità di diritti, e quindi di prestazioni, nei confronti dei cittadini italiani. Resta fermo però il proposito del legislatore di considerare esclusivamente la residenza come limite per l'accesso alle strutture sanitarie da parte dei cittadini extracomunitari immigrati, anche se la legislazione regionale non esclude dal sistema sanitario il cittadino extracomunitario che abbia necessità di interventi non differibili.
E' importante far notare l'attenzione ai problemi sociali e sanitari della donna immigrata, in particolare in stato di gravidanza.

La legge vigente prevede la possibilità di stipulare convenzioni con enti pubblici e privati e con le associazioni degli immigrati nella gestione di centri di accoglienza, ma non c'é esplicito riferimento a tali convenzioni per quanto riguarda la tutela della salute.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Progetti regionali

- Costituzione di una commissione regionale per la promozione della salute straniera in Piemonte (DGR 10-42504 del 16.01.95).
- Istituzione dello sportello I.S.I. (Informazione Salute Immigrati) finanziato attraverso la LR 64/89.
- Delibera regionale per l'iscrizione nell'anagrafe assistibili dei lavoratori extracomunitari e loro familiari (DGR 123-31123 del 22.08.89).
- Realizzazione di una videorivista sulle problematiche dell'immigrazione extracomunitaria da parte dell'Assessorato al Lavoro e Immigrazione.
- Realizzazione di un documento da parte della commissione per la promozione della salute straniera dal titolo :"Gli stranieri immigrati e il sistema sanitario nella regione Piemonte: raccomandazioni per le politiche sanitarie".
- La Regione Piemonte, inoltre, in attuazione della L.R. 64/89 - programma 1995 - prevede, fra l'altro, assegnazioni di contributo per la realizzazione di alcuni progetti promossi dal comune di Torino.

Si segnalano in particolare:
- il progetto TAMPEP (Trasnational AIDS/STD prevention Among migrant Prostitutes in Europe Project). TAMPEP é un progetto pilota, rivolto alle donne straniere che lavorano nella prostituzione e ha come obiettivo primario l'informazione sanitaria finalizzata a prevenire la diffusione dell'AIDS e delle MST (malattie a trasmissione sessuale) con un'evidente azione di salvaguardia della popolazione generale;
- il progetto CAMMINARE INSIEME: Camminare Insieme é un'associazione volontaria Socio-Sanitaria che svolge la sua azione anche in favore degli immigrati extra-

comunitari presenti nel territorio cittadino. L'associazione si propone di offire assistenza sanitaria gratuita a favore di soggetti indigenti ed a tal fine ha avviato un poliambulatorio con sede a Torino, dove offre servizi di odontoiatria, medicina di base, ginecologia, dermatologia, cardiologia, pediatria.

PUGLIA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n.29, 11.05.90 - *Interventi a favore dei lavoratori extracomunitari in Puglia*.

- 1.1.2 Modifiche
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n.11, 02.08.93 - *Cooperazione della Regione Puglia con i paesi in via di sviluppo*.

- 1.1.5 Altre leggi in materia
Non é presente alcun riferimento legislativo.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

Non sono note leggi regionali in materia precedenti alla vigente che viene emessa dopo le leggi nazionali 943/86 e 39/90; rispetto alla prima, presenta finalità più ampie, promuovendo interventi a favore del pieno inserimento degli immigrati nel tessuto sociale e non solo lavorativo.
La legge 11/93 promuove l'educazione ai temi della cooperazione con i paesi in via di sviluppo, la formazione di operatori della cooperazione e il coordinamento in ambito regionale delle iniziative di cooperazione.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale
- Legislazione nazionale n.943/86 e n.49/87
- Normativa CEE
- Risoluzione delle Nazioni Unite 40/140 del 1985 (protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali).

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge, emanata in data successiva alle due leggi nazionali 943/86 e 39/90, si rifà esplicitamente solo alla prima, ma riferendosi ad un'ampia normativa nazionale ed internazionale, si svincola dall'ottica meramente occupazionale, caratteristica di una tipologia normativa più datata, e si propone, come conseguenza, la garanzia delle condizioni di uguaglianza con i cittadini italiani, rimuovendo gli ostacoli a tale processo.
In quest'ottica, é interessante notare alcuni aspetti degli interventi promossi: in quelli culturali, con cui ci si propone di *contrastare fenomeni di emarginazione*, vengono indicate iniziative di educazione alla *multiculturalità* nella scuola dell'obbligo e *corsi formativi rivolti agli operatori* degli Enti Locali. Del resto il problema viene affrontato in modo intersettoriale, considerandone gli aspetti relativi allo studio, alla formazione professionale, alle attività economiche e del diritto alla casa.
Per quanto riguarda il tema assistenziale e sanitario, le fonti di ispirazione della legge portano a dare esplicita menzione di alcune categorie particolarmente bisognose quali le donne e la tutela della maternità, i disabili e gli anziani.

E' importante sottolineare l'esplicitazione fatta all'art.3 sul coordinamento degli interventi tra Regione ed Enti locali.
Inoltre é da considerare la specificazione, fatta al punto a) comma 1 dell'art.12, circa la rappresentanza in seno alla Consulta delle collettivita di immigrati in cui si specifica che i due rappresentanti debbano essere dei due sessi.

3.
Destinatari

I destinatari della presente legge sono gli immigrati provenienti da Paesi extracomunitari che ***dimorino*** *nel territorio della regione e siano in possesso del* ***permesso di soggiorno***. (art.2, comma 1).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente
- Art.8, comma 1: *(...) sono ammessi, a condizioni di parità con i cittadini italiani, alle prestazioni socio-assistenziali e ai servizi sociali (...); accedono, inoltre, al servizio di asilo-nido*.
- Comma 2: (...) *la Regione, nel ripartire i fondi (...), terrà conto del numero degli immigrati presenti nei Comuni (...)*.
- Comma 3: *La Regione promuove le iniziative necessarie a rendere effettivo il diritto alla tutela della salute degli immigrati extracomunitari dimoranti nel territorio regionale*.
- Comma 4: *La Regione promuove iniziative specifiche per la promozione culturale e l'inserimento sociale delle donne immigrate, con particolare riferimento alla tutela della maternità, nonché a favore dei disabili e degli anziani*.

Modalità
La L.R., ispirandosi alla tutela dei diritti fondamentali, si propone di tutelare quello alla salute secondo il principio dell'uguaglianza con i cittadini italiani, ripartendo fondi in maniera proporzionale alla presenza di extracomunitari nel territorio comunale.
E' interessante il fatto che vengano identificate alcune categorie particolarmente bisognose di tutela sanitaria e che compaia anche tra i compiti della Consulta quello di proposta in ordine al tema sanitario.
L'approccio intersettoriale, con cui viene affrontata l'immigrazione, ha poi delle indubbie ricadute anche sul versante sanitario; un esempio a questo riguardo è la menzione particolare data al comma 6 dell'art.9 (Diritto alla casa) riguardo ai piani di accoglienza temporanea nelle zone dove vi sia *utilizzo stagionale delle manodopere extracomunitarie*.
Rimane, tuttavia, il vincolo alla legge nazionale che impedisce forme esplicite di assistenza o comunque di tutela del diritto alla salute per gli immigrati irregolari.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Nell'ambito regionale non esistono strutture attivate per la tutela della salute degli immigrati, sostenute o realizzate pienamente con il contributo ufficiale della Giunta Regionale.

SARDEGNA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n.46, 24.12.90 - *Norme di tutela e di promozione delle condizioni di vita dei lavoratori extracomunitari in Sardegna*.

- 1.1.2 Modifiche
n.6, 28.04.92 - *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione*. Articolo

85: *modifiche alle leggi regionali per l'emigrazione e l'immigrazione*.

- 1.1.3 Legge precedente

Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari

Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.5 Altre leggi in materia

Non é presente alcun riferimento legislativo.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge vigente viene emessa successivamente alla legislazione nazionale e con un ampia ispirazione alle Carte Internazionali; per quanto relativamente breve, sia il titolo sia l'organizzazione degli articoli (finalità, principi ispiratori, legislazione di riferimento) le conferiscono un carattere di novità per l'accento posto alla tutela e promozione delle condizioni di vita e alla garanzia dei diritti e delle libertà fondamentali, piuttosto che agli apetti tecnico-organizzativi.
La modifica riguarda la rappresentanza dei lavoratori extracomunitari nella consulta per l'immigrazione.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale
- Legge nazionale 943/86
- Legge nazionale 39/90
- Convenzione dell'organizzazione internazionale del lavoro 97/49, 263/75 e 143/75
- Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e Patto Internazionale relativo ai diritti civili e politici.

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge, con una divisione originale dei primi articoli, si pone una base di riferimenti molto vasta che partendo dalla equiparazione del diritto al lavoro giunge a garantire quello ai servizi scolastici, sanitari e sociali. Secondo l'impostazione legislativa nazionale vengono istituiti la Consulta per l'immigrazione e, nell'ottica di un coinvolgimento delle strutture amministrative regionali in ordine al problema migratorio, l'Ufficio Regionale per gli immigrati con tre aree operative (sportello ed assistenza, animazione culturale, studi e ricerche) con a capo un responsabile nominato nell'ambito organizzativo dell'Assessorato regionale del lavoro.
Allo scopo di espletare tutte le finalità proposte dalla legge, vengono coinvolte sia le strutture pubbliche dell'assessorato sia i consulenti esterni convenzionati pur non facendo menzione di associazioni di volontariato, università o altre strutture particolari.
Per quanto riguarda la rappresentanza degli extracomunitari in seno alla consulta, é di particolare interesse la modalità di elezione a suffragio universale, modificata successivamente a favore della designazione da parte delle associazioni di cittadini extracomunitari.

3.
Destinatari

Gli interventi della presente legge *sono destinati agli immigrati provenienti da paesi extracomunitari che dimorino, in conformità alla vigente legislazione, nel territorio della Sardegna per motivi di lavoro o di studio(...)*. (art. 4).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

- Art. 5 (equiparazione dei trattamenti): *la Regione opera (...) perché sia garantito il diritto di fruire, in termini di effettiva parità: (...)* punto b) *dei servizi sanitari di diagnosi e cura erogati dalle Unità Sanitarie Locali ai sensi dell'art. 9 del disegno di legge 30.12.89, n. 416, come modificato dalla legge di conversione 28.02.90, n. 39*.
- Art. 6 (Azioni positive) *La Regione, al fine di superare la disuguaglianza di fatto, attua azioni (...) che riguardano: (...)* punto f) l*a tutela (...) di ogni altra normativa previdenziale o assistenziale a cui abbiano diritto*.
- Art. 8 (Costituzione, compiti e organizzazione dell'Ufficio Regionale per gli immi-

grati): *Per la realizzazione delle finalità di cui al titolo I della presente legge é istituito presso l'assessorato regionale del lavoro (...) l'Ufficio Regionale per gli immigrati articolato in tre aree operative: punto a) sportello ed assistenza (...)*.
- Art. 10 (istituzioni e compiti per la Consulta per l'immigrazione) : *é istituita la Consulta Regionale per l'immigrazione con i seguenti compiti: punto a) proporre, agli organismi competenti, (...) iniziative su tutte le materie di cui alla presente legge*.

Modalità
La legge, dal punto di vista concettuale, risulta completa e dettagliata. Tuttavia l'aspetto sanitario, come anche gli altri, rimangono solo accennati senza particolari indicazioni attuative. Di particolare interesse rimane comunque l'esplicito riferimento alle strutture del SSN (USL) quale nodo dell'effettiva garanzia del diritto alla salute.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Progetti regionali
- *Progetto Hippocrate (Med Urbs Migration)*: creazione di una rete tra Italia, Spagna, Marocco, Tunisia per lo studio della cultura e delle abitudini di vita delle comunità straniere per la prevenzione e la promozione della salute.
- Convenzione con l'Istituto di Igiene e Sanità pubblica - Università degli Studi di Cagliari: consulenza tecnico-scientifica nell'ambito dei bisogni socio-sanitari degli immigrati.

Progetti locali
- *Ambulatorio Caritas di Cagliari*: in attesa di assegnazione dei locali da parte del comune di Cagliari; referente Don Marco Lai, tel. e fax 070/403393.

TOSCANA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n.22, 22.03.90 - *Interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana*.

- 1.1.2 Modifiche
n.29, 06.07.92 - Modifiche ed integrazioni alla LR 22/90 "*Interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana*".
n. 61, 30.04.90 - *Modifiche ed integrazioni alla Legge regionale 6.12.84, n.70 concernente il piano sanitario regionale e il piano regionale dei servizi sociali*.

- 1.1.3 Legge precedente
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
n.14, 23.02.89 - *Contributi per le opere di soccorso a favore delle popolazioni dell'Armenia*.
n.59, 30.04.90 - *Iniziative di solidarietà in favore della popolazione Rumena*.
n.14, 22.04.91 - *Contributi per soccorsi rivolti a profughi, rifugiati, prigionieri e popolazioni coinvolte in eventi eccezionali causati da conflitti armati, calamità e situazioni di denutrizione e di carenze igienico-sanitarie*.

- 1.1.5 Altre leggi in materia
n.56, 30.04.90 - *Programma straordinario ed urgente a favore degli*

stranieri immigrati, gli esuli ed i loro familiari nel comune di Firenze ed in altri comuni.

Delibera Regionale n.504, 14.12.93 *- Interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana. Piano degli interventi per l'anno 1993*.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge vigente affronta in maniera specifica la tutela dei diritti civili degli immigrati extracomunitari in piena uguaglianza con i cittadini italiani, scorporando completamente il problema dell'immigrazione da quello emigratorio e svincolandosi dalla prospettiva meramente occupazionale.
Le modifiche apportate con la legge 29/92 riguardano esclusivamente le modalità organizzative della consulta.
La legge 59/90 sottolinea la disponibilità delle strutture di assistenza pubbliche della Regione al ricovero di cittadini rumeni feriti che necessitano di particolari cure ed assistenza.
Attraverso la legge 14/91, la Regione si apre ad ogni iniziativa concordata a livello nazionale in favore di profughi, rifugiati e popolazioni coinvolte in eventi eccezionali, non limitando ad azioni solo all'esterno del territorio regionale il proprio intervento.
Gli interventi per la popolazione Armena, stabiliti dalla legge 14/89, si traducono in finanziamenti di attività di soccorso e ricostruzione in accordo con l'amministrazione statale.
La delibera regionale 504/93 stabilisce i termini dei finanziamenti per le USL e per diverse altre organizzazioni attivate nell'ottica del sostegno agli immigrati extracomunitari.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale
- Risoluzione ONU 40/144 del 1985
- Normativa CEE
- Legislazione nazionale

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge vigente ha il proprio principio fondante nella tutela dei diritti umani e delle libertà fondamentali, in attuazione dei principi generali dello Statuto regionale e della risoluzione delle Nazioni Unite, mirando a garantire agli immigrati ed alle loro famiglie condizioni di uguaglianza con i cittadini italiani nel godimento dei diritti civili. La normativa assume maggiore importanza se si considera che le attività e gli interventi previsti dalla legge sono diretti alla popolazione immigrata dimorante e non solo residente.
E' importante sottolineare la generale attenzione posta nei confronti di tutti i problemi fondamentali dell'individuo, cioé il diritto alla salute, allo studio ed al lavoro, alla casa, la tutela della maternità e della prima infanzia.
La legge vigente inoltre prende in considerazione l'ipotesi di convenzioni con associazioni del privato sociale nella gestione dei centri di accoglienza per gli immigrati.

3.
Destinatari

La presente legge é destinata agli immigrati ed alle loro famiglie che provengono da paesi extracomunitari e che dimorano nel territorio regionale. (Art. 2)

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

- Art.1 (finalità) comma 2, punto a): *Le iniziative promosse dalla Regione sono, in particolare, rivolte: (...) alle prestazioni sociali e sanitarie degli immigrati extracomunitari e delle loro famiglie*.
- Art. 3 (Consulta regionale dell'immigrazione extracomunitaria) comma 2, punto a: *Alla consulta sono attribuiti i seguenti compiti: formulare proposte ed esprimere pareri (...) in ordine ai piani e programmi in materia socio-sanitaria*.
- Art. 12 comma 1: *La regione promuove ed incentiva, da parte dei comuni, centri di accoglienza, destinati in particolare a:* punto a): *fornire informazioni e consulenza per l'accesso ai servizi socio-assistenziali*.; punto b) *assistere gli immigrati che si trovano in particolare condizioni di disagio di particolare gravità, assicurando il soddisfacimento*

delle necessità fondamentali.
- Art.16 (interventi socio-assistenziali e sanitari) comma 1 : *I cittadini stranieri ed i loro familiari provenienti da Paesi verso i quali non sussiste trattamento di reciprocità, per il periodo della loro permanenza nel territorio regionale, sono ammessi, a condizione di parità con i cittadini italiani, alle prestazioni socio-assistenziali ed ai servizi sociali* (...), *accedono inoltre al servizio di asilo nido. Nella predisposizione degli interventi in materia di maternità, sessualità ed uso dei sistemi anticoncezionali, si dovrà tener conto delle diversità culturali e religiose delle donne immigrate*. Comma 3: *La regione promuove le iniziative necessarie, volte alla tutela della salute degli immigrati extracomunitari dimoranti nel territorio regionale, anche attraverso rapporti convenzionali con le associazioni regionali del volontariato, iscritte all'albo regionale* (...).

Modalità

La legge pone l'aspetto sanitario tra le principali finalità a cui le iniziative della regione e della consulta devono tendere. Basandosi sul principio di equiparazione degli immigrati extracomunitari con i cittadini italiani, viene garantito l'accesso ai servizi e ai presidi sanitari pubblici. Di particolare interesse é l'attenzione data ad alcuni aspetti della tutela della salute, quali l'accesso agli asili nido, la maternità e la sessualità, per i quali viene fatto esplicito riferimento alla diversità culturale e religiosa delle donne immigrate; bisogna inoltre considerare che tutti gli altri aspetti del problema immigrazione, come la casa, il lavoro, la scuola hanno comunque una ricaduta sullo stato di salute generale della popolazione immigrata.
La legge prevede l'istituzione di centri di accoglienza con una doppia valenza: quella di orientamento per l'utilizzo dei servizi sociali e sanitari e quella di soddisfacimento delle necessità fondamentali in caso di particolare disagio; tali centri sono finanziati attraverso i fondi regionali e prevedono convenzioni con il volontariato. Queste strutture, intervenendo in caso di necessità, possono essere le più adatte a garantire, nei limiti imposti dalla legge, un'assistenza sanitaria di base anche per gli immigrati irregolari.

5.

Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Delibera n. 504, 14.12.93 relativa alla LR 22/90. *Interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana. Piano degli interventi per l'anno 1993*.

TRENTINO ALTO ADIGE

1.

Percorso cronologico della legge regionale vigente

- **1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione**

- ***1.1.1 Legge vigente***
  L.P. n.13, 02.05.90 - *Interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria*.

- ***1.1.2 Modifiche***
  Non é presente alcun riferimento legislativo.

- ***1.1.3 Legge precedente***
  Non é presente alcun riferimento legislativo.

- ***1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari***
  L.R. n. 11, 30.05.93 - *Interventi a favore di popolazioni di stati extracomunitari colpiti da eventi bellici, calamitosi o in condizioni di particolari difficoltà economiche e sociali*.

- ***1.1.5 Altre leggi in materia***
  Non é presente alcun riferimento legislativo.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge, emessa successivamente a quella nazionale e comunitaria a cui fa riferimento, ne riprende i temi e gli stimoli, ampliando le finalità dell'intervento legislativo al rispetto e alla valorizzazione della persona umana.
La L.R. 11/93 riconosce che i diritti fondamentali dell'uomo devono essere perseguiti attraverso la solidarietà e la cooperazione internazionale, contribuisce agli obiettivi generali di sviluppo e consolidamento della democrazia e dello stato di diritto nei paesi extracomunitari in condizioni di particolare difficoltà economica e sociale.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale
- Normativa CEE
- Legislazione nazionale 39/90

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

In base alle coordinate della legge nazionale, quella provinciale basa le proprie finalità sul concetto di rispetto della persona umana e quindi oltre l'aspetto semplicemente occupazionale. Sempre con tale riferimento viene istituita la Consulta provinciale con compiti propositivi in ordine ai vari aspetti del problema migratorio quali: la programmazione periodica degli interventi e la loro verifica, lo studio del fenomeno, la rimozione degli ostacoli all'uguaglianza, la tutela degli aspetti culturali e multiculturali. Vengono inoltre individuati i campi di intervento: i servizi socio-assistenziali e sanitari, l'abitazione, lo studio, il lavoro, la formazione professionale e le iniziative culturali. Vengono promossi i valori del confronto multiculturale.

3.
Destinatari

La presente legge opera alle condizioni e nei limiti di cui agli articoli successivi nei confronti dei cittadini extracomunitari immigrati dimoranti nel Trentino (Art.7 comma 1). *Gli apolidi, i profughi ed i rifugiati possono beneficiare degli interventi di cui alla presente legge ove non usufruiscano di più favorevoli o analoghi benefici in forza della normativa comunitaria, statale e provinciale* (Comma 2).

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

- Art. 9 (diritto alla salute) comma 1: *la Provincia assicura ai lavoratori ed ai cittadini extracomunitari immigrati iscritti nelle liste di collocamento nonché ai loro familiari, l'iscrizione al servizio sanitario nazionale. Ai medesimi spettano le prestazioni sanitarie nei limiti e nella durata previsti per la generalità dei cittadini italiani.*
- Comma 2: *i cittadini extracomunitari che hanno chiesto di regolarizzare la loro posizione ai sensi dell'art. 9, commma 1 del decreto legge 30.12.89 n. 416 e che non hanno diritto all'assistenza sanitaria ad altro titolo sono a domanda assicurati presso il servizio sanitario locale del comune di effettiva dimora.*
- Comma 3: *i cittadini extracomunitari, anche se occasionalmente presenti sul territorio provinciale, sono ammessi comunque alle prestazioni urgenti di assistenza sanitaria di base, farmaceutica, specialistica ed ospedaliera e inoltre ad azioni di prevenzione collettiva attivate nell'interesse della salute pubblica. Sono assicurati in tale ambito gli interventi di profilassi a mezzo vaccinazioni obbligatorie, gli accertamenti su malattie diffusive nonché l'accesso ai presìdi pubblici per la diagnosi e la cura di stati patologici collegati alla salute pubblica.*
- Comma 4: *sono comunque fatte salve le eventuali disposizioni nazionali favorevoli.*

Modalità

L'art.9 offre uno schema dettagliato della possibilità per i cittadini extracomunitari di ususfruire del SSP a seconda del loro status giuridico ricalcando il quadro normativo nazionale. Viene poi specificata la disponibilità alle prestazioni urgenti ai vari livelli dell'assistenza sanitaria anche per gli "occasionalmente presenti". Un ulteriore ampliamen-

to viene poi offerto nell'ambito della tutela della salute pubblica e della prevenzione, dove vengono assicurati per definizione a tutti i presenti sul territorio provinciale le vaccinazioni obbligatorie, la diagnosi e la cura delle malattie diffusive e l'accesso ai presidi pubblici per le patologie che interessano la collettività. Va poi sottolineata la ricaduta indiretta sulla tutela della salute che ha la trattazione intersettoriale (abitazione, lavoro, studio, formazione professionale) del problema migratorio.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Nell'ambito regionale e provinciale non esistono strutture attivate per la tutela della salute degli immigrati, sostenute o realizzate pienamente con il contributo ufficiale della Giunta Regionale e Provinciale.

UMBRIA

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n. 18, 06.04.90 - Intervento a favore degli immigrati extracomunitari

- 1.1.2 Modifiche
n. 8, 17.04.91 - Modificazioni della L.R. 10.04.90 n.18 "Interventi a favore degli immigrati extracomunitari".

- 1.1.3 Legge precedente
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
Non è presente alcun riferiment onormativo.

- 1.1.5 Altre leggi in materia
n. 9, 27.03.90 - Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1989/91 art. 30 e art. 41 comma 4.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge viene emanata successivamente alla normativa nazionale 943/86 e 39/90 e ne recepisce i dettami in relazione all'equiparazione degli immigrati extracomunitari con i cittadini italiani, ed alla tutela dei diritti e libertà fondamentali.
All'art. 30 punto b) della L.R. 9/90 si definisce la quota parte del Fondo per l'espletamento dei servizi socio-assistenziali destinata ad interventi per immigrati extracomunitari, correlati anche a carenze del SSN con riferimento al diritto alle prestazioni.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Legislazione statale vigente
- Risoluzione ONU 40/144 del 1985
- Normativa CEE

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge vigente, prendendo spunto dalla normativa nazionale e dalla risoluzione ONU per i diritti umani e le libertà fondamentali, si propone l'equiparazione fra i cittadini italiani ed immigrati extracomunitari, l'integrazione degli immigrati nel tessuto sociale e culturale della regione, nonché la conservazione e valorizzazione del patrimonio culturale d'origine. La tutela dei diritti, quali il lavoro, l'abitazione, la scuola e i servizi socio-sanitari, viene estesa oltre che ai residenti anche ai dimoranti sul territorio regionale.

3.
Destinatari

Sono destinatari(...) i cittadini provenienti da paesi extracomunitari e i loro familiari che risiedano o dimorino nel territorio della Regione Umbria (...), sia in caso di immigrazione definitiva che in caso di permanenza limitata e finalizzata al rientro; i cittadini della Comunità economica, gli apolidi, i rifugiati e i profughi possono beneficiare degli interventi di cui alla presente legge ove non usufruiscano di più favorevoli o di analoghi benefici in forza della normativa comunitaria, statale e regionale. (Art. 2, Commi 1 e 2)

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

- Art. 1(finalità), comma 2: *La regione Umbria promuove interventi volti ad assicurare ai cittadini provenienti da paesi extracomunitari:* punto a) *l'effettivo e paritario godimento dei diritti con particolare riferimento al lavoro, alle prestazioni sociali e sanitarie, all'abitazione e alla scuola*.
- Art. 9 (Servizi socio-assistenziali): *I cittadini provenienti da paesi extracomunitari e i loro familiari sono ammessi alle prestazioni socio-assistenziali e ai servizi sociali erogati ai sensi della L.R. 29/82 e successive modifiche ed integrazioni ed accedono inoltre al servizio di asilo nido di cui alla L.R. 30/87*.
- Art 10 (servizi sanitari): comma 1: *La Regione (...) assicura ai cittadini provenienti da paesi extracomunitari l'accesso ai servizi sanitari*.

Comma 2: *al fine di consentire per una fascia di popolazione il pieno diritto alla tutela e al controllo sanitario, le unità locali per i servizi sanitari e socio-assistenziali inseriscono tra i destinatari delle campagne di prevenzione collettiva i cittadini provenienti da paesi extracomunitari dimoranti nel territorio regionale*.

Comma 3: *Allo stesso scopo di cui al II comma le Unità sanitarie locali garantiscono anche ai cittadini provenienti da Paesi Extracomunitari, residenti o dimoranti in Umbria, i seguenti servizi:*

a) screening e monitoraggio clinico-sierologico delle patologie infettive e trattamento delle stesse;
b) indagini epidemiologiche su specifiche patologie infettive;
c) educazione sanitaria a fini preventivi.

Comma 4: *Le modalità per l'attuazione di quanto disposto al comma 3 sono indicate dalla Regione nell'ambito della propria attività di indirizzo e coordinamento con particolare riguardo alle esigenze delle Unità sanitarie locali maggiormente interessate dai flussi migratori, anche per il coinvolgimento delle competenti strutture dell'Università degli studi di Perugia*.

Comma 5: *La Regione favorisce iniziative rivolte ai cittadini provenienti da paesi extracomunitari tendenti a colmare carenze dei servizi sanitari. In particolare, in considerazione dei problemi e dei rischi di sofferenza psicologica legati alle trasformazioni della nostra società in senso multiculturale, (...) la Giunta regionale é autorizzata a stipulare apposita convenzione con l'Istituto italiano di Igiene mentale transculturale, allo scopo di promuovere: a) ricerche cliniche epidemiologiche sulla morbilità psichiatrica in ambito multiculturale; b) la formazione professionale di operatori; c) la promozione di specifici programmi di intervento; d) l'informazione e l'aggiornamento su i problemi di una società multiculturale*.

- Art. 17 (centri di prima accoglienza): comma 1: *La Regione sostiene i centri di prima accoglienza esistenti e favorisce l'istituzione, in particolare da parte dei comuni, di nuovi centri promuovendone il coordinamento. (...)*

Comma 2: *I centri di prima accoglienza hanno lo scopo di assicurare, senza fini di lucro, le seguenti prestazioni:* punto b) *assistere gli immigrati che si trovino in condizioni di particolare disagio, assicurando il soddisfacimento delle loro necessità fondamentali*.

Modalità

La tutela della salute é uno dei principali obiettivi della legge vigente, pur essendo considerato paritario al diritto al lavoro, alla casa e alla scuola, e per questo la Regione assicura l'accesso ai servizi sanitari alla popolazione immigrata. E' di notevole inte-

resse l'attenzione posta al duplice aspetto della prevenzione e del trattamento delle principali forme morbose, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva, sicuramente allo scopo di tutelare l'intera collettività, ma senza disattendere al bisogno di salute della popolazione immigrata. Da questo punto di vista la legge é piuttosto esaustiva circa le modalità con cui attuare la prevenzione: screening, monitoraggio, indagini epidemiologiche specifiche, educazione sanitaria a fini preventivi.
Particolare attenzione viene rivolta alla tutela dei bambini attraverso la regolamentazione per l'utilizzo degli asili nido.
La legge inoltre da importanza all'aspetto psichico dell'immigrazione per le difficoltà di ambientamento e di integrazione di culture profondamente diverse; a questo scopo prevede la convenzione con enti pubblici per la formazione di operatori, la ricerca clinica ed epidemiologica nell'ambito dei problemi psichiatrici e la produzione di specifici progetti d'intervento.
L'istituzione dei centri di accoglienza, gestiti direttamente dalla regione o attraverso enti che risultino idonei, può avere un ruolo particolare nella gestione del problema sanitario di base; poiché con tale strumento la legge prevede il soddisfacimento delle necessità fondamentali degli immigrati , i centri di accoglienza divengono le prime agenzie anche per la tutela della salute.

5.

Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Delibera Regionale n. 7136, 03.10.89
Direttiva concernente l'assistenza sanitaria ai lavoratori extracomunitari: residenti e dimoranti in Umbria ai sensi dell'art.1 943/86 e 33/80.

" La Giunta regionale (...) ritenuto che l'equiparazione dei lavoratori extracomunitari regolarizzati ai lavoratori italiani (...) é totale (...);
Ritenuto conseguentemente che i lavoratori extracomunitari sia in costanza di rapporto di lavoro che in attesa di occupazione (...) hanno diritto all'assistenza sanitaria con e secondo le regole dettate per i lavoratori italiani;
Considerata inoltre la presenza sul territorio regionale di cittadini extracomunitari spesso provernienti da paesi in cui sono presenti, allo stato endemico, patologie infettive che, se non tenute sotto controllo, potrebbero determinare la diffusione anche tra i cittadini con cui vengono a contatto di particolari forme morbose;
Ritenuto che eventuali interventi di carattere preventivo attuati nell'interesse della collettività ed in esecuzione di indirizzi della pianificazione regionale ovvero di programmi adottati a livello locale debbano avere fra i propri destinatari anche tali cittadini stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale;
(...) delibera di impartire alle ULSS della regione le seguenti direttive: 1) di iscrivere negli elenchi di cui all'art.19 della legge 833/78 i lavoratori extracomunitari disoccupati, regolarizzati ai sensi della legge 943/86, e successive integrazioni, residenti in Umbria e che risultino iscritti alle liste di collocamento (...); 2) di inserire tra i destinatari delle campagne di prevenzione collettive attivate dalle ULSS della regione anche i cittadini extracomunitari transitoriamente ma legalmente dimoranti sul territorio regionale (...).
note: equiparazione dei lavoratori extracomunitari ai lavoratori italiani sia in costanza di rapporto lavorativo che in attesa , iscritti alle liste di collocamento; allargamento dei destinatari delle campagne di prevenzione per le malattie diffusibili fino ai "legalmente dimoranti".

Delibera Regionale n.10853, 28.12.90
Assistenza sanitaria ai lavoratori extracomunitari residenti in Umbria. Determinazioni.
note: riproposizione della direttiva di cui alla Deliberazione n.7136 circa l'iscrizione negli elenchi ULSS dei lavoratori extracomunitari disoccupati regolarizzati e iscritti nelle liste di collocamento, allo scopo di colmare il vuoto legislativo nazionale alla decadenza dell'art.9 della legge 39/90.

Delibera Regionale 1621, 10.03.92
Infezioni esotiche e difesa dalle infezioni nelle popolazioni migranti. Determinazioni.
La giunta regionale(...) considerato che l'o-

biettivo salute, in quanto diritto fondamentale non può essere pensato in modo separato per immigrati ed italiani e che pertanto, anche in riferimento delle dichiarazioni dell'OMS "salute per tutti entro l'anno duemila" occorre operare affinché le attuali disuguaglianze vengano ridotte quanto possibile; (...)
Considerato che tali sogetti possono essere, in base alle caratteristiche epidemiologiche dei paesi di provenienza, portatori di infezioni ed infestazioni che sono suscettibili di trasmissione alla popolazione residente;
Constatato che gli immigrati provenienti dai Paesi in via di sviluppo spesso vivono, a causa delle condizioni socio-economiche piuttosto disagiate, in ambienti sovraffollati e non sempre salubri, e che la lontananza dal proprio paese di origine concorre a determinare una situazione di stress che può ulteriormente accentuare la suscettibilità di tali soggetti nei confronti degli agenti infettivi in generale e del Mycobacterium tubercolosis in particolare;
Considerato, inoltre, che i soggetti originari del continente africano presentano, per ragioni costituzionali, una minore capacità di risposta immunitaria nei confronti del Mycobacterium tubercolosis che si concretizza in una maggiore facilità di sviluppo della malattia;
Ritenuto che tale situazione possa determinare un possibile ampliamento del serbatoio di infezione tubercolare favorendo l'allargamento del contagio verso l'intera collettività;
delibera: di attivare i servizi di prevenzione delle ULSS per una campagna di prevenzione nei confronti delle infezioni esotiche in generale e della Tbc in particolare;
- di offrire gratuitamente a tutti i cittadini immigrati (...) (HIV) tutti gli accertamenti necessari per la prevenzione e/o la diagnosi precoce nonché il trattamento, (...);
- (...) la somministrazione dei vaccini occorrenti;
- (...) l'attuazione dello screening di cui alla legge 18/90, secondo il protocollo allegato "A" (...);
- (...) l'invio periodico trimestrale dei dati relativi ai soggetti studiati, in forma del tutto anonima, (...);
- (...) la "scheda nosologica ambulatoriale" (...) (allegato "B").
Allegato "A": 1) Tine Test; 2) Rx torace ai soggetti positivi; 3) esame sierologico (HBV, HCV, HIV, VDRL, Tetano, Polio, Difterite); 4) esame delle feci nei sintomatici.(...) Inoltre (...) eventuali ulteriori accertamenti senza oneri per gli interessati (...).
note: salute come diritto fondamentale, trasmissione alla popolazione residente di infezioni e infestazioni endemiche nei paesi di provenienza, ruolo delle condizioni socio-economiche e costituzionali sulla suscettibilità degli extracomunitari al contrarre infezioni ed in particolare Tbc con ampliamento del serbatoio e del contagio, ruolo della prevenzione tramite accertamenti, vaccini, screening, raccolta dati.

Delibera Regionale 9800, 30.12.93
Lega internazionale per i diritti e la liberazione dei popoli. Servizio sanitario ambulatoriale per gli immigrati. Determinazioni.
"L'obiettivo salute, quale diritto fondamentale dell'uomo, non può essere pensato in modo separato per immigrati ed italiani".
"La posizione della popolazione immigrata in italia mette in luce una serie di disuguaglianze tali da considerare questo gruppo come svantaggiato e fortemente a rischio" (...) .
In attesa che il Parlamento colmi, anche in questo delicato settore, le lacune della L. 39/90, andrà data piena attuazione all'art.10 della L.R. 18/90, che, in armonia con l'art.32 della Costituzione intende tutelare la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse delle collettività estendendo la tutela sanitaria ai cittadini extracomunitari anche solo "dimoranti" in Umbria.
(...) *Al fine di estendere al massimo consentito la salvaguardia del diritto alla salute individuale e collettivo e di arginare le possibili conseguenze della sottrazione di una consistente fascia di popolazione alla tutela ed al controllo sanitario, nell'attuale contesto di limitazioni imposte dalla normativa statale di principio, andrà offerto riconoscimento all'attività svolta da organizzazioni presso le quali é funzionante un servizio medico accessibile ai non regolari".*
Il Progetto di servizio sanitario ambulatoriale per gli immigrati presentato dalla O.N.G., Lega internazionale per i diritti e la liberazione dei popoli, sede di Perugia, elaborato in collaborazione con il Dipartimento di Igiene dell'Università di Perugia, appare pertanto in piena sintonia con le su

esposte direttive regionali. Particolarmente qualificanti in tal senso appaiono i seguenti aspetti: l'essere il servizio proposto modellato sulle esigenze degli immigrati (...);
la facile accessibilità alle prestazioni per tutti gli immigrati dimoranti in Umbria, laddove il servizio sanitario nazionale offre prestazioni solo agli iscritti o in casi urgenti di grave emergenza sanitaria;
il collegamento del nuovo progetto con il preesistente servizio di volontariato ASPU;
il coordinamento e stretto raccordo con le normali strutture sanitarie cui far ricorso per interventi di maggiore complessità, accertamenti di secondo livello, visite ed interventi specialistici.
Non si tratta di costruire una rete parallela, né tantomeno servizi ghettizzati per i diversi, ma di provvedere a rispondere ad una emergenza con strutture provvisorie che potranno essere riassorbite.
note: salute come diritto fondamentale e disuguaglianza tra italiani ed extracomunitari; lacune della legislazione nazionale da colmare perifericamente ispirandosi all'autonomia normativa regionale ed ai principi costituzionali; estensione del diritto alla salute ai "dimoranti"e concetto di "sottrazione degli irregolari" alla tutela sanitaria imposta dalla legge nazionale, superamento di tale ostacolo attraverso l'appoggio alle organizzazioni volontarie per garantire anche i non regolari; integrazione delle strutture pubbliche, dell'Università e delle associazioni di volontariato; adeguatezza dell'intervento alla specifica utenza; concetto di "non parallelismo" ma di strutture straordinarie e sperimentali in collaborazione con le strutture pubbliche e da esse riassorbibili.

Delibera Regionale 7531, 30.09.94
Programma annuale 1994 degli interventi in materia di immigrazione ai sensi della L.R. 18/90 e successive modifiche ed integrazioni. Approvazioni.
"*Al fine di estendere ...* (vedi D.G.R. 9800)*andrà offerto riconoscimento e, ove possibile, potenziata l'offerta di servizi medici anche ai non regolari, fin qui assicurata da organismi di volontariato. (...).*
Nell'attuale fase di seconda accoglienza della popolazione immigrata, si pone in termini stringenti il problema dell'adeguatezza dei servizi sanitari che si vedono obbligati a dare risposte ad utenti culturalmente non omogenei e con necessità del tutto nuove. (...).
La mancanza di conoscenza necessaria a comprendere diversità culturali e comportamentali non consente di innescare i meccanismi di comunicazione tra operatori ed utenti, ma soprattutto non orienta i modelli di erogazione del servizio in funzione dei bisogni e delle richieste dell'utenza immigrata. Pertanto si rende quanto mai opportuno promuovere presso il personale medico e paramedico una formazione specifica che consenta loro la conoscenza dei bisogni e delle difficoltà dei soggetti immigrati con i quali entrano in relazione (...)."
In particolare si segnalano:
-progetto n.28: Rifinanziamento Servizio Sanitario Ambulatoriale per immigrati tramite convenzione fra ULSS n.3 e gli organismi Lega Internazionale per i Diritti e la Liberazione dei popoli e Associazione di Sanitari per la Promozione Umana.
-progetto n.30: Progetto di seminario internazionale su "Tutela della Salute in una società multietnica" (vedi anche D.G.R.11204 del30.12.94) con lo scopo di promuovere riflessioni sui bisogni e le difficoltà di comunicazione dei soggetti immigrati con i quali il personale medico e paramedico si rapporta per facilitare le capacità di comprensione delle differenze culturali che investono i problemi di salute.
note: concetto di "sottrazione degli irregolari" rispetto alla tutela della salute prodotta dalla normativa nazionale, superamento di tale penombra legislativa tramite l'offerta di sevizi medici ai non regolari "fin qui" assicurata da organismi di volontariato; concetto di "inadeguatezza culturale" tra domanda ed offerta dell'assistenza sanitaria e dei modelli di erogazione del servizio, promozione della "formazione specifica".

Delibera Regionale 6922, 15.09.95
Programma annuale 1995 degli interventi in materia di immigrazione ai sensi della L.R. 18/90 e successive modifiche ed integrazioni. Approvazioni.
note: questa delibera ribadisce i propositi esposti nella delibera dell'anno precedente, confermando il pieno appoggio legislativo ed economico al Servizio Sanitario Ambulatoriale per immigrati anche non regolari.

Delibera Regionale 9815, 15.12.95
L.R. 18/90: contributo finanziario alla USL N.1 per il progetto "Salute per gli immigrati".
note dal documento istruttorio:
Viene ribadito il concetto di tutela della salute per tutti espresso dall'OMS e la contraddizione insita nelle disuguaglianze che si determinano fra cittadini italiani e cittadini extracomunitari. Si riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo indipendentemente da ogni differenza di razza, religione, cultura, ideologia e posizione giuridica. Per tale motivo si favorisce l'estensione della tutela e del controllo sanitari a fasce di popolazione altrimenti escluse per ostacoli di vario ordine.

Delibera Regionale n.573, 23.05.94
Programma triennale 93/95 degli interventi in ordine di immigrazione (art. 7 L.R. 18/90).
note: nel programma triennale vengono ripresi tutti i concetti espressi nelle delibere precedenti e che riguardano in modo particolare le lacune legislative della legge 39/90 la tutela della salute quale diritto fondamentale dell'uomo, l'equiparazione fra italiani ed extracomunitari nelle prestazioni sanitarie, il concetto degli extracomunitari dimoranti e non solo residenti, il riconoscimento alle organizzazioni che si occupano dei servizi sanitari accessibili ai non regolari, la formazione specifica del personale medico e paramedico per affrontare l'approccio culturalmente diverso al problema della salute.
Con il patrocinio della Regione Umbria - Area Operativa Servizi Socio Sanitari si é tenuta una conferenza dal titolo "Un percorso formativo verso servizi multietnici - Donne migranti in Umbria: i servizi materno-infantili nel confronto con culture diverse".

VALLE D'AOSTA

Premessa
Poiché non esiste documentazione legislativa riguardante la tutela della salute della popolazione immigrata, prodotta fra il 1988 e il 1994, questa scheda regionale é stata compilata analizzando la Legge Regionale n. 51 del 29.12.95 e la delibera Regionale n. 816 del 23.02.96.

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
n. 51 29.12.95 - *Interventi per la promozione di servizi a favore di cittadini extracomunitari.*

- 1.1.2 Modifiche
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.5 Altre leggi in materia
Non é presente alcun riferimento legislativo.

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

Ad oggi l'unica produzione legislativa riguardo la tutela della salute degli immigrati extracomunitari é rappresentata da una delibera della Giunta Regionale n. 7970 del

2.9.88 e più recentemente dalla L. R. 51/95 a cui é seguita la delibera della Giunta n. 816 del 23.02.96. Tale produzione legislativa, pur in conformità con la legge nazionale vigente, non emana direttive specifiche in termini di tutela sanitaria, ma si rivolge ai cittadini extracomunitari con scopi di orientamento, informazione e integrazione culturale.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative
- Legislazione nazionale in vigore (39/90)

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento
La legge regionale 51/95 mira al pieno inserimento nella vita sociale e nelle attività produttive locali dei cittadini extracomunitari attraverso il finanziamento di progetti per l'attivazione di centri di prima e seconda accoglienza, di informazione e orientamento elaborati da strutture pubbliche, anche in collaborazione con associazioni di volontariato, enti privati e cooperative sociali.
La delibera n. 816 del 23.02.96 istituisce il gruppo di lavoro per la programmazione degli interventi a favore di cittadini extracomunitari.
La delibera n. 7970 del 2.9.88 prende spunto dalla richiesta di assistenza sanitaria da parte di cittadini provenienti da paesi con cui esistono accordi di reciprocità, ma coinvolge nelle sue finalità anche la tutela della salute dei cittadini immigrati da paesi extracomunitari e degli apolidi.
Per fruire dell'assistenza sanitaria, gli immigrati devono essere occupati in regolari attività lavorative secondo la legge 943/86.

3.
Destinatari

Destinatari dei servizi di cui all'art. 1 sono i cittadini extracomunitari residenti, temporaneamente domiciliati ovvero occasionalmente presenti nei comuni della Valle d'Aosta in possesso di regolare permesso di soggiorno. (Art. 2)

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente
Non sono presenti riferimenti espliciti alla tutela della salute.

Delibera n.7970 del 2.9.88
... gli immigrati extracomunitari (...) fruiscono delle prestazioni del sistema socio-assistenziale regionale in condizioni di uguaglianza con la generalità dei cittadini valdostani (punto 1); *gli stranieri e gli apolidi domiciliati o occasionalmente presenti in Valle d'Aosta sono assistiti con appropriati interventi urgenti fino a quando non siano stati adottati o concordati con le autorità competenti gli opportuni provvedimenti* (punto 2).

Modalità
Nella legge vigente mancano riferimenti espliciti alla tutela della salute dei cittadini extracomunitari. Per la presenza dell'assessore alla sanità ed assistenza sociale nel gruppo di lavoro a cui fa riferimento la legge vigente e la delibera successiva, é auspicabile che la tutela della salute rientri come compito essenziale all'inserimento nella vita sociale e nelle attività produttive locali degli extracomunitari.
Pur non rappresentando un forte riferimento legislativo come potrebbe essere una legge regionale, la delibera evidenza comunque la necessità della tutela della salute dei cittadini extracomunitari, promuovendo interventi sanitari in pari uguaglianza con i cittadini italiani.
La delibera inoltre prevede interventi sanitari urgenti anche per coloro che sono solo temporaneamente presenti sul territorio regionale.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Delibera n.7970, 2.9.1988
Determinazioni in merito all'erogazione di prestazioni di assistenza sociale ed alla fruizione di servizi sociali da parte di apoli-

di e stranieri residenti, domiciliati o occasionalmente presenti nel territorio della regione.

Delibera n.816, 23.02.96
Costituzione del gruppo di lavoro per la programmazione degli interventi a favore di cittadini extracomunitari di cui all'art 3 della Legge Regionale 29.12.95 n.51

VENETO

1.
Percorso cronologico della legge regionale vigente

• 1.1 Elenco del materiale legislativo regionale in materia di immigrazione

- 1.1.1 Legge vigente
L.R. n.9, 30.01.90 - Interventi nel settore immigrazione.

- 1.1.2 Modifiche
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.3 Legge precedente
Non é presente alcun riferimento legislativo.

- 1.1.4 Leggi relative a situazioni o eventi particolari
L.R. n. 9, 28.03.89 - *Istituzione di un fondo di interventi per le popolazioni colpite dal terremoto dell'Armenia.*
L.R. n. 20, 20.03.90 - *Interventi a favore del popolo rumeno.*

- 1.1.5 Altre leggi in materia
L.R. n.28, 19.06.84 - *Interventi regionali nel settore della emigrazione.*
L.R. n.18, 22.06.89 - *Modifiche alla legge regionale 19 giugno 1984, n. 28, concernente "interventi nel settore dell'emigrazione e dell'immigrazione".*

• 1.2 Percorso cronologico-evolutivo: leggi ed indicatori di sensibilità ai problemi internazionali

La legge vigente é finalizzata esclusivamente al problema dell'immigrazione, superando la L.R. 28/84, e successive modifiche, rivolta principalmente all'emigrazione. Rispetto alla legislazione precedente c'é inoltre una maggiore attenzione al problema socio-assistenziale: in particolare tutti gli interventi in materia socio-assistenziale prima di competenza dei Comuni, vengono ore regolati da una normativa regionale. Infine nella legge vigente viene preso in considerazione, anche se dal punto di vista della tutela della salute pubblica, l'aspetto sanitario, completamente assente nella legislazione precedente.
Attraverso la L.R. 9/89, la regione Veneto contribuisce alle attività di soccorso e ricostruzione a favore delle popolazioni dell'Armenia colpite dal terremoto.
Con la L.R. 20/90 viene istituito un fondo per la ripresa dello sviluppo economico e democratico della Romania.

2.
Fonti Normative esplicite della legge vigente e quadro concettuale di riferimento

• 2.1 Elenco fonti normative

- Statuto regionale (art. 3 e art. 4)
- Normativa CEE
- Legislazione nazionale 943/86

• 2.2 Quadro concettuale di riferimento

La legge vigente prende avvio dalla normativa nazionale sulle norme in materia di collocamento e trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati, ma ne amplia le finalità negli ambiti di competenza specificatamente regionale e in particolare in quelli di assistenza socio-sanitaria, di diritto allo studio e formazione professionale.

3.
Destinatari

Gli interventi di cui alla presente legge sono destinati agli immigrati provenienti dai paesi extracomunitari che dimorano nel territorio della Regione. (Art. 2)

4.
Modalità di promozione della salute

Legge vigente

- Art. 1 (Finalità) comma 2: *La Regione, al fine di una effettiva equiparazione degli immigrati ai cittadini residenti, adeguerà la propria normativa in tutti i settori di competenza regionale ed in particolare in quelli di assistenza socio-sanitaria (...).*
- Art. 4 (Interventi in materia sanitaria e socio-assistenziale): *Al fine di garantire la tutela della salute pubblica la Regione assicura agli immigrati e ai loro familiari, che dimorano nel territorio regionale, l'erogazione delle prestazioni sanitarie presso i presidi e ed i servizi ospedalieri e territoriali, pubblici o convenzionati, su prescrizione-proposta di un medico dipendente delle strutture regionali del Servizio Sanitario Nazionale, alle stesse condizioni e nei limiti previsti per il cittadino italiano.*
- Art.5 (Centri di prima accoglienza): *La Giunta regionale concorre, con appositi contributi, alla attivazione da parte di enti locali, singoli o associati, di centri di prima accoglienza destinati a fornire informazioni ed assistenza per l'accesso ai servizi indicati dalla presente legge (...).*
- Art.13 (Compiti della consulta): *La Consulta esprime pareri e formula proposte:*
(...) d) sugli interventi a sostegno dei programmi di iniziative assistenziali e culturali promosse dalle associazioni degli immigrati extracomunitari e dalle associazioni che svolgono con continuità servizi a loro favore;
e) sull'adozione di iniziative e provvedimenti atti a soddisfare i principali bisogni degli immigrati e delle loro famiglie nei settori scolastico, culturale, socio-sanitario, abitativo.

Modalità

La tutela della salute é garantita sul principio della effettiva equiparazione dei diritti fra cittadini italiani ed immigrati extracomunitari. Da questo punto di vista sono rese paritarie anche le modalità di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni presso i presidi pubblici e convenzionati e i servizi ospedalieri e territoriali.
Nell'ottica di un diverso approccio culturale al problema della salute, la legge prevede l'istituzione di centri di prima accoglienza che possano orientare gli immigrati nell'utilizzo dei servizi sanitari. Inoltre viene previsto un ruolo innovativo da parte della Consulta finalizzato al soddisfacimento dei bisogni specifici degli immigrati in campo socio-sanitario, superando l'ottica di uniformità con i cittadini italiani nell'utilizzo dei servizi sanitari.

5.
Attuazione della legge in materia di promozione della salute degli immigrati

Piano triennale 1994-1996 degli interventi per l'immigrazione (art.3 L.R. 9/90)
Circolare Regionale 27/94 relativa al provvedimento della Giunta regionale n.6289 del 28.12.93 "Progetto benessere donna" finalizzato in maniera specifica al "*Benessere Donna Straniera*".

Premessa

Le donne straniere presenti nel territorio regionale manifestano una situazione perticolarmente preoccupante sotto il profilo sanitario e sociale, come traspare ad esempio dal costante aumento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, accompagnata da una scarsa affluenza ai consultori familiari.(...) Tale situazione evidenzia la necessità e l'urgenza di porre in essere interventi educativi e preventivi nei confronti delle donne straniere, indirizzati a promuovere una migliore tutela della salute e del benessere sociale e a prevenire il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale del progetto consiste nel promuovere forme di tutela del benessere sociale, psicologico-relazionale, familiare e sanitario delle donne straniere, in particolare quelle di recente e recentissima immigrazione, quale premessa indispensabile per un soddisfacente livello di interazione nella realtà sociale veneta.

2.3 Obiettivi specifici

gli obiettivi specifici consistono in:
- (...)
- aumento dell'accesso ai consultori familiari per la procreazione responsabile e per la tutela sociale e sanitaria della maternità;
- aumento dell'accesso ai consultori pediatrici

da parte delle madri straniere per i bilanci di salute dei loro figli in età 0-3 anni;
- aumento delle azioni integrate tra servizi comunali, distretti, consultori, privato sociale e volontariato a favore della tutela sociale individuale, familiare e minorile della popolazione straniera;
- aumento del numero di donne straniere che si sottopongono a indagini diagnostiche e profilassi sanitarie per la tutela della salute propria e dei figli.
(...)

L'accesso delle persone straniere alle prestazioni socio-sanitarie

Per quanto riguarda il diritto degli stranieri di accedere ai servizi, alle prestazioni e agli interventi socio-assistenziali, si richiama l'art.7, comma 2 della L.R. 22/89 che ammette a fruire dei suddetti servizi" gli stranieri e gli apolidi che si trovano nel territorio regionale". (...)
Per gli stranieri non iscritti al SSN, richiamato l'art.4 della L.R.9/90, vanno fatte le seguenti precisazioni.
Tali persone costituiscono una fascia di cittadini stranieri non facilmente controllabile, proprio per la loro difficoltà di accesso alle strutture sanitarie. (...). E' infatti prevista, indipendentemente dal presente progetto, la gratuità di tutte le prestazioni sanitarie erogate nel settore della prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive e diffusive.

Delibera della Giunta n. 3264 del 22.7.1996 "Progetto Sanitario di assistenza agli immigrati ed agli emarginati".

Note dell'Assessorato alla Sanità e Igiene indirizzate alle strutture del Sistema Sanitario Nazionale.

26.11.91 n.40222/20313 "Interventi preventivi e sorveglianza sanitaria nei confronti degli immigrati extracomunitari."
(...) Si ritiene doveroso fornire delle linee di indirizzo agli operatori di igiene pubblica del Veneto per una omogenea considerazione degli aspetti sanitari correlati a questa immigrazione (da Paesi extracomunitari ndr).
29.07.93 n.35453/20300 "Questionario sulla sorveglianza igienica dei soggetti immigrati."
(...) Con circolare prot. 40222/20313 del 26.11.91, l'Assessore alla Sanità della Regione ha trasmesso alle SS.LL. una nota relativa agli interventi preventivi e sorveglianza sanitaria nei confronti degli immigrati extracomunitari. Si ritiene ora opportuno conoscere gli aspetti organizzativi ed epidemiologici in riferimento alle indicazioni già fornite con la sopracitata circolare acquisendone i relativi dati.
17.03.94 n.9106/20313 " Sorveglianza igienica dei soggetti immigrati: risposta delle Ulss del Veneto al questionario proposto da questo dipartimento(...)."
(...) Dai dati allegati si evidenzia una differenza nel comportamento delle varie Ulss, solo in parte motivata dalla diversa numerosità degli immigrati nel territorio della Regione. (...)
Si precisa inoltre che questo dipartimento intende attivare una sorveglianza periodica della situazione igienico-sanitaria dei soggetti immigrati. Si coglie l'occasione per ribadire la necessità di attivarsi per far fronte alle problematiche igienico-sanitarie connesse con l'immigrazione.
22.07.94 n.16541/20313 "Sorveglianza sanitaria delle malattie infettive e diffusive dei soggetti immigrati non in regola con l'assistenza sanitaria"
L'art.4 della L.R. 9/90 (...) e la circolare regionale n. 6115/6159 del 26.02.90 (...) evidenziano che, al fine di garantire la tutela della salute pubblica agli immigrati che dimorano nel territorio regionale, vengono erogate le prestazioni sanitarie a prescindere dalla avvenuta regolarizzazione della loro posizione con il rilascio del permesso di soggiorno.
18.10.96 n. 9747-20313 "Progetto sanitario in materia di assistenza agli immigrati e agli emarginati". Disposizioni per l'emissione delle tessere regionali a validità limitata.
Oltre l'oggetto contenuto nel titolo viene proposto un protocollo accertamenti preventivi da erogare gratuitamente e un elenco di farmaci essenziali.

Bibliografia

- AA.VV.: Atteggiamenti e comportamenti verso gli immigrati in alcuni ambienti istituzionali. Ires (Istituto Ricerche economico-Sociali del Piemonte), Rosenberg & Sellier, Torino, 1995- AA.VV.: Dossier Medicina e Immigrazione. In Orizzonte Medico, rivista dell'A.M.C.I., n 3, Roma, 1994
- AA.VV.: Il paziente immigrato. Supplemento al n. 2/91 di CUAMM Notizie - Salute e sviluppo, Padova, 1991-
- AA.VV.: Immigrazione extracomunitaria in Europa: problematiche infettivologiche emergenti - Atti. In Nova Acta Medica Virgiliana, n° 1, Mantova, 1991
- AA.VV.: Migranti e sanità - Atti. In La medicina tropicale nella cooperazione allo sviluppo. Società Italiana Medicina Tropicale. Roma, 1992
- AA.VV.: Tutela della salute delle donne e bambini immigrati. Materiali dell'omonimo Corso di formazione promosso alla AUSL Roma C e dalla Regione Lazio - Assessorato I.C.A. . Roma, 1996
- AA.VV.: World TB day - Giornata Mondiale della Tubercolosi. Ministero della Sanità. Roma, 24 marzo 1996
- AA.VV: Italia, Europa e nuove immigrazioni. Ed. della Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 1990
- Accettella U.: L'immigrato di fronte all'emergenza sanitaria. Analisi dei dati e problematiche di un Pronto Soccorso. In Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni a cura di S. Geraci. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 1992
- Acerbi L. et al.: I percorsi sanitari dei bambini immigrati e nomadi. In Atti Convegno Pediatrico di aggiornamento. Società Italiana di Pediatria. Sezione Emilia-Romagna, Bologna, 1994
- Acerbi L., Tamburlini G.: Confronti in Pediatria: il bambino extracomunitario adottato o immigrato. Medico e bambino, 2, 1994
- Adani O., Geraci S.: Considerazioni epidemiologiche e cliniche sulla tbc negli stranieri immigrati a Roma afferiti al poliambulatorio Caritas - ASFR negli anni 1985, '86 e '87. Comunicazione in atti del I Congresso Internazionale Medicina e Migrazione, Roma, 1988
- Adani O., Scano M., Geraci S.: Incidenza della tbc nella popolazione di immigrati afferiti al Poliambulatorio Caritas-ASFR di Roma nell'anno 1989. Rivista della tbc e malat. dell'apparato respiratorio. 4: 235-42, 1991
- Adler MW.: Epidemiologia delle malattie a trasmissione sessuale nei paesi occidentali. Seminars in Dermatol. Ediz. italiana 1992; 1: 85-92
- Affronti M. et al. (a cura di): III Consensus Conference sulla immigrazione - Atti. Palermo, 1994, in press
- Affronti M., D'Ancona F., Pedalino B. (a cura di): I Consensus Conference sulla immigrazione - Atti. Palermo, 1990
- Affronti M., Pedalino B, Spinelli A. (a cura di): II Consensus Conference sulla immi-

grazione - Atti. Palermo, 1992

- Alboukrek D.: Immigrants and tuberculosis. N Engl J Med 1995; 333:667
- Anzani G.: Gli immigrati e la legge. In Orizzonte Medico, rivista dell'A.M.C.I., Dossier Medicina e Immigrazione, n 3, Roma, 1994
- Appleyard RT.: Migration and development: a global agenda for the future. International Migration 1992; 30:17-31
- Arienzo F., Altieri A.M., Antonelli F., Fanti A., Dell'orco G.: Considerazioni clinico epidemiologiche sulla tbc polmonare negli immigrati di colore. Lotta contro la tbc e malattie polmonari sociali; 59: 243-5, 1989
- Aspe - disagio pace ambiente. Prostituzione: un mondo che attraversa il mondo. Anno XV 1996; 14: 3-31
- Baglio G., Loiudice M., Geraci S.: Diritto alla salute della popolazione immigrata: aspetti legislativi. In Abstracts II Conferenza Nazionale di medicina del turismo del viaggio e della migrazione. Bologna, 1993
- Baglio G., Loiudice M., Geraci S.: Immigrazione e salute: aspetti normativi. In Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità. Numero monografico "Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale" a cura di Geraci S. e Marceca M. . Società Editrice Universo, Roma, 1995; 7: 165-177
- Bahal V:. Development of a black and ethnic minority health policy at the Department of Health. In Hopkins A, Bahl V (Ed) Access to health care for people from bleak and ethnic minorities. London: Rooyal College of Physicians Pubblications 1993
- Bakhashi S.: Screening migrants at risk of tuberculosis. BMY 1994; 308: 416
- Bandera L. (a cura di): Migrazione e salute. In Quaderni di sanità pubblica, n. 65, CIS, Milano, 1990
- Bandera L., Gebru F.: Il sesto continente. In Practitioner, ed. italiana, n.120, Milano, 1989
- Bandera L.: Osservatori epidemiologici per la rilevazione del bisogno sanitario di immigrati extracomunitari a Milano. In Epidemiologia e Prevenzione, 1993; 17: 244-258
- Barro G, Cislaghi C, Costa G, Lemma P, Bandera L.: I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni. Epid Prev 1993; 17: 239-43
- Beduschi L.: Sintomo e cultura. L'irrinunciabilità dell'approccio antropologico nelle professioni sanitarie. In Prospettive Sociali e Sanitarie n. 22/95. Speciale "Dalla salute degli immigrati all'infermieristica interculturale". Istituto per la Ricerca Sociale, Milano, 1995
- Beneduce R., Costa G., Favretto A.R. et al.: La salute straniera. Epidemiologia culture diritti. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994
- Bennegadi, R.: Le migrant et le langage du corp. Migration-Santé, 48, 1986
- Bernardi B.: L'immigrato tra sistemi di cura della salute. In L'arco di Giano. Rivista di medical humanities. Franco Angeli, n. 5, Roma, 1994
- Bertollini R. et al.: Caratteristiche neonatali e mortalità infantile dei figli degli immigrati a Roma negli anni 1982-1988. In Rivista Italiana di Pediatria, vol. 17/3, 1991
- Bertollini R., Di Lallo D.: Immigrazione e salute materno infantile. Prospettive in Pediatria, n. 23, 1993

- Bertucci R., Gemelli F.: Riflessi sanitari dell'immigrazione in Italia. In "Studi emigrazione", n.71, 1983
- Besozzi G, Codecasa LR, Sarassi A.: Proposta operativa per il controllo della tubercolosi negli immigrati. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1992; 7(suppl.1): 29-32
- Bhopal RS, Parsons L.: A draft policy for adoption by health authorities, purchasers and providers of health care. In Hopkins A, Bahl V (Ed) Access to health care for people from bleak and ethnic minorities. London: Rooyal College of Physicians Pubblications 1993
- Bollini P, Siem H.: No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities an the eve of the year 2000. Soc Sci Med. 1995, 41:819-28
- Bollini P.: Migration and international health policies. Ann Ig 1995; 7: 217-224
- Bollini P.: Health policies for immigrant populations in the 1990s. A comparative study in 7 receiving countries. In Atti della II Conferenza internazionale su Migrazione e salute, I.O.M., Bruxelles 1992, in International Migration, I.O.M., vol. XXX, Ginevra 1992
- Bonetti P.: La via dell'immigrato: realtà legislative e umane in Europe e in Italia. In Caritas Italiana: Immigrazione dall'assistenza al cambiamento culturale. Atti del Convegno Immigrazione: dalla gestione dei servizi alla partecipazione, al cambiamento culturale del 18/20 ottobre 1993. Roma, 1994
- Bonetti P.: La condizione giuridica del cittadino extracomunitario. Maggioli Editore, Rimini, 1993
- Bonifazi C.: I flussi migratori in Italia. Ann Ig 1995; 7: 147-156
- Bourdillon F, Bennegadi R. Migration and health: what does the future hold'. intenational Migration 1992; 30:199-205
- Bourdillon F, Lombrail P, Antoni M, Benrekassa J, Bennegadi R, Leloup M, Huraux-Rendou C, Scotto C. La santé des populations d'origine etrangere en France. Soc Sci med. 1991; 32:1219-1227
- Bugiani M, Piccioni P, Cavallero M, Carosso A, Arossa W.: Impatto sull'epidemiologia della tubercolosi dell'immigrazione da paesi ad alta incidenza. Epid Prev 1993; 17: 267- 71
- Buiatti E., Geddes M.: Classi sociali e salute. In CUAMM Notizie, Padova, n. 2, 1990
- Burciaga-Valdez R, Morgenster H, Brown R, Wyn R, Wang C, Cumberland W:. Insuring Latinos against the cost of illmess. JAMA 1993; 269:889 (citato da Bollini 1995)
- Butkus DE, Meydrech EF, Raju SS.: Racial differences in the survival of cadaveric renal allografts: overriding effects of HLA matching and socioeconomic status. NEJM 1992; 327:840-5 (citato da Hopkins)
- Carbone P., Cuzzolaro M.: Alcuni aspetti della comunicazione medico e paziente. In L. Frighi "Argomenti d'igiene mentale", Bulzoni editore, 1990
- Caritas di Roma. Immigrazione Dossier Statistico '95. Roma: Anterem 1995
- Caritas di Roma. Immigrazione Dossier statistico '96. Roma: Anterem 1996
- Caswelll AE.: Immigrants and health care: mounting problems. Annals Internal Medicine 1995; 122:309-10

- Cattaruzza MS, Marceca M, Osborn JF.: Epidemiologia e migrazione in Italia: problematiche epidemiologico-statistiche. Ann Ig 1995; 7:157-163
- Ceraudo F.: Gli extracomunitari in carcere: tra forme di disadattamento e patologie emergenti. Atti del Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria (A.M.A.P.I.) "Extracomunitari in carcere: diritto alla salute, doveri di solidarietà". Bologna, 29/30 Marzo 1996; 39-62
- Cidis: La tutela della salute in una società multietnica. Atti del seminario tenuto a Perugia il 14-15-16 dicembre 1995 da Cidis e Regione Umbria. Perugia, 1996
- Colasanti R., Geraci S., Pittau F. (a cura di): Immigrati e salute; paure, miti e verità. Ed. Lavoro, Iscos, Roma, 1991
- Colasanti R., Geraci S.: L'emarginazione sanitaria dei migranti: l'esperienza della Caritas. In Roma Caritas, periodico della Caritas Diocesana di Roma, n. 3-4-5, 1990
- Colasanti R., Geraci S.: Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale. In Affari Sociali Internazionali, n. 3, Milano, 1990
- Colasanti R., Nonis M.: La medicina dell'esodo: assistenza sanitaria agli immigrati clandestini presenti a Roma. Atti 1° Conv. Internaz. Medicina e Migrazioni, Roma, 1988
- Colasanti R.: Antropologia medica e medicina delle migrazioni. In Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni a cura di S. Geraci. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 1992
- Colasanti R.: La medicina come interpretazione culturale della malattia. In Roma Caritas, Periodico della Caritas Diocesana di Roma, n. 1-2, 1991
- Colasanti R.: La medicina dei migranti: problematiche relazionali e terapeutiche. Relazione in atti del "I Corso di formazione sul disagio psichico da transculturazione". Regione Campania - USL 27 Pomigliano D'Arco Dipartimento di salute mentale, 1992
- Costa G., Lemma P., Borgia P.: Lo stato di salute degli stranieri ed il Sistema Sanitario in Italia.In Atti del Convegno "Stranieri in Italia", Istituto Cattaneo, Bologna, gennaio 1990
- Costa G.: Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico. In Epidemiologia e Prevenzione, n. 17, 1993
- Council Report: Black-White disparities in health care. JAMA, 1990; 263, 17: 2344-2346
- Cremonese A.: Il mal di vivere dei clandestini. Corriere Salute (Suppl. al Corriere della sera) 1995, 22 maggio
- Cruickshank JK, Beevers DG.: Ethnic factors in health and desease. London: Ed. Wright,1989
- D'Antuono A, Catanzaro C, Alberti A, Negosanti M.: Osservazioni su malattie a trasmissione sessuale ed immigrazione. In: Atti del II Congresso Nazionale 'Infettivologia civile e militare'. Roma, 24-27 Ottobre 1994. Roma, 1994: 533-534
- Dama A., Esposito T., Arcella T.: Cultura malattia migrazioni. Regione Campania, USL 27 Pomigliano D'Arco -DSM. 1992
- D'Andrea M.S.: La tutela sanitaria dei cittadini extracomunitari in Italia. In Autonomie Locali e Servizi Sociali, vol. 2/96, Iress Soc. Coop. a r.l., Bologna, 1996

- D'Andrea M.S.: Una svolta per il diritto alla salute degli extracomunitari. Inserto "IsmuInforma salute" in "ISMU informa" n. 13, ottobre 1996

- Darbyshire J. Tuberculosis: old reasons for a new increase? BMJ 1995. 310: 945-5

- De Schryver A, Meheus A.: Epidemiology of sexually transmitted diseases: the global picture. WHO Bulletin OMS 1990; 68: 639-654

- De Simone R., Santone GC., Della Rovere M. et al.: L'esperienza di un ambulatorio neurologico per la popolazione immigrata a Roma. Valutazioni. In Abstracts II Conferenza Nazionale di medicina del turismo del viaggio e della migrazione. Bologna, 1993

- Di Pisa G., De Lorenzo S., Besozzi G, Codecasa L.: Tubercolosi. In 'Il Medico ed il Paziente immigrato' a cura di W. Pasini. Suppl. al n. 3/96 di ALFA WASSERMAN NEWS & VIEWS. Bologna, 1996; 95-101

- Di Pisa G., De Lorenzo S., Dagasso S. et al.: Aspetti clinici della tbc negli immigrati extra cee. Rass. App. Respir.; 6, suppl. 1: 70-71, 1991

- Di Ruocco A., Gallotti F.: Normativa in materia di stranieri. Editrice Scientifica, Milano-Napoli, 1991

- Diasio N, Geraci S, Marceca M.: Immigrazione e salute: percorsi educativi diversi per culture diverse?". Atti del 36° Congresso Nazionale: "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità" della Società Italiana di Igiene. Sassari - Alghero, 1994: 52

- Diasio N.: Diventare bianco: crisi di passaggio e riformulazione dell'identità in un poliambulatorio per immigrati a Roma. In Immigrazione in Europa: solidarietà e conflitto a cura di M. delle Donne, U. Melotti, S. Petilli. CEdiSS, Roma, 1993

- Diasio N.: Donne, bambini, figli, nell'esperienza della migrazione. In Argomenti di Medicina delle Migrazioni di S. Geraci, Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo, ed. Peri Tecnes. Busseto (Pr) - Roma, 1995

- Dolivo M, Henry-Suchet J, Orfila J, Eb F.: Malattie sessualmente trasmesse. Milano: Masson, 1994

- Esposito T.: Relazione medico-paziente e ruolo del medico di famiglia. In 'Il Medico ed il Paziente immigrato' a cura di W. Pasini. Suppl. al n. 3/96 di ALFA WASSERMAN NEWS & VIEWS. Bologna, 1996; 49-55

- Esposito T.: Curare l'altro: i rapporti tra paziente extracomunitario e Medico Generale. SIMG n. 9, novembre 1995

- Favaro G., Giacomini M., Tognetti Bordogna M. (a cura di): Percorso monografico: Identità cangianti. Nascita, ruoli femminili e legami familiari nella migrazione. In Marginalità e Società, Provincia di Milano, Settore Servizi Sociali, FrancoAngeli, n. 28, Milano, 1995

- Favaro G., Tognetti Bordogna M.: Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile. Guerini ed associati, Milano, 1991

- Favaro G., Tognetti Bordogna M.: La salute degli immigrati. Edizioni Unicopli, Milano, 1988

- Fernando S.: The health of etnic minorities. International Migration 1992; 30:87-101

- Fernando S. (ed.): Mental health in a multi-ethnic society. A multi-disciplinary handbook, Routledge, London and New York, 1995

- Ferrieri G.: La vera malattia degli immigrati è il razzismo. Corriere Salute (Suppl. al Corriere della sera) 1996, 17 giugno
- Fonteneau G.: The rights of migrants, refugees or asilum seekers under international law. International Migration 1992; 30:57-68
- Frigessi D.: Operatori sociosanitari e problemi degli immigrati: forme e tappe di un mutamento. In AA.VV.: Atteggiamenti e comportamenti verso gli immigrati in alcuni ambienti istituzionali. Ires (Istituto Ricerche economico-Sociali del Piemonte), Rosenberg & Sellier, Torino, 1995
- Frighi L, Mazzetti M.: Igiene mentale transculturale: fattori di rischio psicopatologico per gli immigrati e interventi di tutela. Ann Ig 1995; 7: 189-199
- Frighi L., Cuzzolaro M.: Epidemiologia dei disturbi psichici in immigrati a Roma. Atti XXXVII Congresso Naz. della S.I.P., Roma, 1989
- Fumagalli G., Geraci S., Maisano B., Marceca M., Scapigliati A.: Il diritto alla salute degli immigrati nelle leggi regionali Italiane. In Atti del 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000". Siti, Napoli, settembre 1996
- Gava G, Zaggia F, Fecchio T, Tasinato R, Ragliani R, Racioppa A, Montalto S.: Detenuti extracomunitari nella casa di reclusione di Padova. Dati clinici ed epidemiologici. Medicina Penitenziaria 1993; 21: 17-8
- Gellert GA.: International migration and control of communicable diseases. Soc Sci Med 1993; 37: 1489-99
- Gennari M., D'Andrea M.S.: Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico. FM Federazione Medica, supplemento al Medico d'Italia n. 37, dicembre 1995
- Geraci S. (a cura di): Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati. Atti dell'omonimo Congresso. Presidenza Consiglio Ministri, Dipartimento Editoria, Roma, 1992
- Geraci S. et al.: Bambini immigrati e figli d'immigrati a Roma: quali bisogni sociosanitari e quale assistenza? L'esperienza della Caritas Romana. Comunicazione in Atti del Convegno Pediatrico d'aggiornamento Società Italiana di Pediatria - Emilia Romagna, Bologna, 1994
- Geraci S. et al.: L'esperienza della Caritas Diocesana di Roma nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati. In Atti Workshop "Cultura, salute, immigrazione", Istituto S. Gallicano, Università La Sapienza. Armando Editore. Roma, 1995
- Geraci S. et al.: Il poliambulatorio per immigrati Caritas-ASFR di Roma: analisi comparativa dei dati dal 1983 al 1993. In Abstracts II Conferenza Nazionale di medicina del turismo del viaggio e della migrazione. Bologna, 1993
- Geraci S., Adani O., Nonis M., Scano M., Colasanti R.: L'esperienza del poliambulatorio Caritas ASFR di Roma. I Consensus Conference sulla immigrazione - Atti. Palermo, 1990
- Geraci S., Colasanti R.: Medicina e migrazioni: l'esperienza del poliambulatorio per immigrati Caritas ASFR di Roma. Atti del primo convegno Aspetti sanitari dell'immigrazione extracomunitaria, Treviso,1991
- Geraci S., Diasio N.: Donne immigrate in Italia e bisogni socio-sanitari: dati e considerazioni. L'esperienza della Caritas Romana. In Rifugiati e Immigrati; atti dell'omonimo Congresso Internazionale svoltosi ad Orvieto, settembre 1994. AWR (Association

for the stdy of the World Refugee problem), Fondazione Angelo Celli "Per una cultura della salute", Bulzoni Editore, Roma 1995

- Geraci S., Latini E., Nonis M., Piazzi A.: Le malattie degli immigrati. In Difesa Sociale, Istituto Italiano Medicina Sociale, n. 5, Roma, 1991
- Geraci S., Marceca M., Colasanti R.: Assistenza sanitaria agli immigrati, alcuni aspetti da non dimenticare. In La medicina tropicale nella cooperazione allo sviluppo. Atti del Convegno Migranti e Sanità, Pg, 1991Volume 8, n 1, Roma, 1992
- Geraci S., Marceca M., Colasanti R.: La Sindrome di Salgari. Immigrazione e diritto alla salute in Italia. In AlfaZeta, n. 9, Parma, 1991
- Geraci S., Marceca M., Del Vecchio R. (a cura di): Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale. Numero monografico di Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità. Volume, 7, n° 3, Società Editrice Universo, Roma, 1995
- Geraci S., Marceca M., Di Tullio F.: Donne e bambini in migrazione: nuovi scenari di interventi socio-sanitari. In Atti del 36 Congresso Nazionale L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità. Siti, Sassari, ottobre 1994
- Geraci S.: Immigrazione e salute: l'articolo 13 (oggi art. 11) del decreto sull'immigrazione. Un diritto ritrovato. In Agenzia Sanitaria Italiana, n. 42, ottobre 1996, 24:26
- Geraci S.: La salute degli immigrati in Italia. In Morrone A. (in collaborazione con Geraci S.): Salute e società multiculturale. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995
- Geraci S.: Marginalità sociale e tubercolosi: il caso degli immigrati da paesi in via di sviluppo in Italia. In World TB day - Giornata Mondiale della Tubercolosi. Ministero della Sanità. Roma, 24 marzo 1996
- Geraci S.: Profilo sanitario dell'immigrato ovvero l'esperienza di un ambulatorio di medicina di base per immigrati. In Il Medico ed il Paziente Immigrato. Manuale per il Medico a cura di W. Pasini. Alfa Wassermann News & Views - supplemento al n. 3/96. Bologna, 1996
- Giancane S.: Prevalenza dell'abuso di stupefacenti tra i detenuti nuovigiunti extracomunitari nella Casa Circondariale di Bologna. Osservazione longitudinale. Atti del Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria (A.M.A.P.I.) "Extracomunitari in carcere: diritto alla salute, doveri di solidarietà". Bologna, 29/30 Marzo 1996; 134-137
- Giuliani M, Suligoi B.: La sorveglianza in Italia delle Malattie Sessualmente Trasmesse. In: Dolivo M, Henry-Suchet J, Orfila J, Eb F. Malattie sessualmente trasmesse. Milano: Masson, 1994: 245-55
- Goeman J, Piot P.: Epidemiologia delle malattie a trasmissione sessuale in Africa ed in America Latina. Seminars in Dermatol. Ediz. italiana 1992; 1: 97-100
- Goldberg KC, Hartz AJ, Jacobsen SJ, Krakauer H, Rimm AA: Racial and community factors influencing coronary artery by pass graft surgery rates for all 1986 Medicare Patients. JAMA 1992; 267:1473-7 (citato da Hopkins 1993)
- Government of Canada Minister of National Health and Welfare. Building Partnerships. Minister of Supply and Services Canada 1991
- Gruppo di studio AIPO Tubercolosi: Protocollo operativo per il controllo della Tbc in Italia. 1° Consensus Conference italiana per l'eradicazione della Tbc. Livigno 5-6 giugno 1992

- Haour-Knipe M.: Migrants are vulnerable. World Health 1995; 6:18-19
- Hardie RM, Watson JM.: Screening migrants at risk of tuberculosis. BMY 1993; 307:1539-40
- Helman C.: Culture, Health and Illness. Bristol: Wright, 1984
- Hopewell PH.: immigrants and tuberculosis. N Engl J Med 1995; 333:667-8
- Hopkins A, Bahl V (Ed): Access to health care for people from bleak and ethnic minorities. London: Rooyal College of Physicians Pubblications 1993
- Hopkins A. Envoi.: In Hopkins A, Bahl V (Ed) Access to health care for people from bleak and ethnic minorities. London: Rooyal College of Physicians Pubblications 1993
- INSE.: Les Etrangers en France.Parigi: Insee, 1994
- Iseman MD, Starke J.: Immigrants and tuberculosis control. The New Eng J Med 1995; 332: 1094-95
- ISMU (Fondazione Cariplo per le Iniziative e lo Studio sulla Multietnicità). Primo rapporto sulle migrazioni 1995. Milano, FrancoAngeli, 1995
- Keane V.: Migrant Medical Processing- A Confusing Blend. International Migration 1992; 30:209-14
- King K.: Medical Screening of Migrants in Australia. International Migration 1992; 30:233-37
- Kurtz Z.: Better health for black and ethnic mirority children and young people. In Hopkins A, Bahl V (Ed) Access to health care for people from bleak and ethnic minorities. London: Rooyal College of Physicians Pubblications 1993
- Lemma P, Costa G, Bandera L, Borgia P.: Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema sanitario. In: Geddes M.: La salute degli italiani. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1990: 225-235
- Lemma P, Costa G.: Stranieri immigrati: un profilo di salute. Professione Sanità pubblica e medicina Pratcica. 1996; 6:21-2
- Lemma P, Gogliani F, Rossignoli F, Triassi M, Costa G.: La salute degli stranieri immigrati a Torino nei sistemi informativi correnti. Epid Prev 1993; 17: 259-66
- Loiudice M., Baglio G., Geraci S.: Confronto tra le politiche sanitarie verso le popolazioni immigrate in diversi paesi sviluppati. In Atti del 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000".Siti, Napoli, settembre 1996
- Longo G., Morrone A. (a cura di): Cultura, salute, immigrazione. Una analisi interculturale. Atti Workshop "Cultura, salute, immigrazione", Istituto S. Gallicano, Università La Sapienza. Armando Editore. Roma, 1995
- Loue S, Foerstel J.: Clarifing the legal definition of "undocumented aliens". Am J Public Health 1994; 84:1032
- Loutan L.: Medical Screening for Asilum Seekers in Switzerland. International Migration 1992; 30:223-32.
- Maciocco G.: Tubercolosi, povertà e immigrazione. Cuamm Notizie 1995; XX: 12-6
- Magliona B.: Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizioni di "irregolarità": problemi medico-legali. Professione sanità pubblica e medicina pratica.

Anno IV, n. 2, 1996

- Maisano B. (a cura di): La salute dei popoli. Cooperazione e migrazioni internazionali: problematiche sanitarie emergenti. Atti dell'omonimo Convegno, AISPO (Associazione Italiana per la Solidarietà tra i Popoli). Milano, 1991
- Malatesta R. (a cura di): Aspetti sanitari dell'immigrazione extracomunitaria - Atti. Regione Veneto - Ass. Sanità ..., Treviso, 1991
- Malatesta R. (a cura di): Aspetti sanitari dell'immigrazione extracomunitaria - Atti. Regione Veneto - Ass. Sanità ..., Treviso, 1992
- Mancinelli S., Marazzi M. C., Panà A.: La domanda di assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato. Atti del 36° Congresso Nazionale "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità". Siti, Sassari, ottobre 1994
- Mansueto S.: I servizi sanitari per gli immigrati: la patologia degli immigrati. In Orizzonte Medico, rivista dell'A.M.C.I., Dossier Medicina e Immigrazione, n. 3, Roma, 1994
- Mansueto S.: Immigrati extracomunitari e assistenza sanitaria nei rilievi e nell'esperienza di un poliambulatorio a Palermo. In Difesa Sociale, Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, n. 5, Roma, 1991
- Mansueto S.: Patologie delle migrazioni: fatti e dicerie. In Difesa Sociale, Istituto Italiano Medicina Sociale, n. 2, Roma, 1994
- Marceca M., Geraci S.: Immigrazione e salute. In Rapporto "La salute in Italia" a cura di M. Geddes e G. Berlinguer, Ediesse editrice, in press.
- Marceca M, Geraci S.: La salute degli immigrati: un fenomeno in movimento. Atti del 36° Congresso Nazionale: "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità" della Società Italiana di Igiene. Sassari - Alghero, 1994: 54
- Marceca M., D'Alessandro D, Fara GM.: Considerazioni di sanità pubblica riguardo il fenomeno immigratorio. Ann Ig 1995; 7: 179-188.
- Marceca M., Starnini G., Geraci S., Fara G.M.: La presenza degli extracomunitari negli istituti penitenziari: una situazione sottovalutata. In Atti del 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000".Siti, Napoli, settembre 1996
- Marx JL, Thach AB, Grayson G, lowry LP, lopez P, Lee PP.: The effect of California proposition 187 on ophtalmology clinin utilization at an inner-city urban hospital. Ophtalmology 1996; 103:847-51
- Mazzetti M., Geraci S., Frighi L.: Migration, emargination and mental health: search for the "weakest" subjects. migration flows and health assistance in the data of Caritas Rome. AWR Bulletin, n. 3, volume 32 (41), Vienna, 1994
- Mazzetti M.: Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e bambini che migrano. L'Harmattan Italia editrice, Torino, 1996
- Mazzetti, M.: Un ambulatorio psichiatrico per pazienti extra-comunitari: nuovi fattori di rischio psicopatologico, aspetti terapeutici e follow-up. In Atti del Convegno europeo "Malattia Mentale e Esclusione Sociale", Roma, 1992
- Mc Naught A.: Health action and ethnic minorities. London: Bedford Square Press, 1987
- McCance C.: Medical Screening of Migrants: Current National Requirements in the United States. International Migration 1992; 30:215-221

- McCarthy OR.: Asian Immigrant tuberculosis - The effect of visiting Asia. Br J Dis Chest 1984; 78:248-253
- McKenna MT, McCray E, Onorato L.: The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993. The New Eng J Med 1995; 332: 1071-75
- Morrone A, Passi S, Fazio M.: Immigrati clandestini extracomunitari a Roma: osservazioni dermatologiche e venereologiche. In Geraci S. (a cura di): Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati. Atti dell'omonimo Congresso. Presidenza Consiglio Ministri, Dipartimento Editoria, Roma, 1992, pagg. 585-597
- Morrone A. (in collaborazione con Geraci S.): Salute e società multiculturale. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995
- Morrone A., Geraci S.: Le malattie degli immigrati. In Morrone A. (in collaborazione con Geraci S.): Salute e società multiculturale. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995
- Morrone A.: Immigrati e malattie cutanee. In Morrone A. (in collaborazione con Geraci S.): Salute e società multiculturale. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995
- Morrone A.: Medicina interculturale: un'esperienza di dieci anni a Roma. In Atti Workshop "Cultura, salute, immigrazione", Istituto S. Gallicano, Università La Sapienza. Armando Editore. Roma, 1995
- Naga Milano: Analisi dei dati relativi alle diagnosi di dimissioni ospedaliere in Lombardia relative all'anno 1989. II Consensus Conference sull'Immigrazione in Italia, Palermo, Atti, 1992
- Neil MA, Hightower AW, Brome CV.: Leprosy in United States 1971-1981. J Inf Dis 1985; 152.1064-69 (citato da Gellert 1993)
- Nonis M.: Le condizioni socio-sanitarie degli immigrati dal terzo mondo a Roma. In Studi Emigrazione Etudes Migrations, del Centro Studi Emigrazione, n. 95, Roma, 1989
- Pasini W. (a cura di): Il medico ed il paziente immigrato. Manuale per il medico. Alfa Wassermann News & Views - supplemento al n. 3/96. Bologna, 1996
- Patti AM, Pompa MG, Santi AL.: Il controllo della diffusione dell'epatite virale negli istituti di prevenzione e pena: un problema da non sottovalutare. Ann Ig 1992; 4: 73-6
- Rezza G.: Migrazioni e Aids: un falso problema. Atti del II Congresso Internazionale 'Medicina e Migrazioni. Traumi e Problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati'. Roma: Presid. del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'informazione e l'editoria, 1992; 524-27
- Rogez E.: La Santé des éstragers en Europe Voyage au coer de la migration. Reveu de L'infermiére 1994; 1:6-11
- Sachs L.: L'assistenza sanitaria al di là dei confini culturali. Quaderni di sanità pubblica 1990; 65: 16-28
- Salmaso L. et al.: Chi infetta chi? Aids, italiani e immigrati. In Prospettive Sociali e

Sanitarie, n. 2, 1994

- Salmaso L.: La tubercolosi nell'immigrato. In Il paziente immigrato. Cuamm, Editeam, Bologna, 1994
- Salmaso S, Giuliani M, Suligoi B et al.: I pazienti affetti da malattie sessualmente trasmesse come popolazione sentinella per la diffusione dell'HIV-1. G Ital Dermatol Venereol 1991; 126: 393-8
- Salvioli G.P., Acerbi L., Ambrosioni G. et al. (Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato della Società Italiana di Pediatria): Il punto sul bambino immigrato. Rivista Italiana di Pediatria (UP) 1996; 22: 471-474
- Sanguigni S., Marangi M., Bertucci P., Paparo S.B., Geraci S., Pica R., Bevilacqua M.: Population shift and parasitic diseases. Mediterranean Journal of Infectious and Parasitic Diseases. Vol. IX, n. 2, 1994, 69:74
- Saravia P.: Noi donne straniere a Roma. La Quercia, Genova, 1987
- Scano M., Adani O., Geraci S., Rinnenburger D.: Tbc e migrazioni da P.V.S.: l'esperienza della Caritas di Roma. In Controversie e progressi in pneumologia. Atti dell'omonimo Convegno. Aipo, Roma, 1994
- Scano M., Adani O., Geraci S.: Tbc ed immigrazione: l'esperienza del Poliambulatorio Caritas-ASFR per immigrati di Roma 1986-1991. Atti del secondo convegno Aspetti sanitari dell'immigrazione extracomunitaria, Treviso 21/5/92; 122-124, 1992
- Scano M., Rinnenburger D., Adani O., Geraci S.: Dati e considerazioni sull'attività del servizio di tisiologia del poliambulatorio Caritas-ASFR di Roma. In Argomenti di Medicina delle Migrazioni di S. Geraci, Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo, ed. Peri Tecnes. Busseto (Pr) - Roma, 1995
- Serb C.: Dollars & sense behind prop. 187. Hospitals & Health Networks 1995, Sep 20:63
- Siciliano S, Vacondio P, Zironi R, Panini W, De Donatis V.: Tubercolosi ed extracomunitari: "Esperienza della Casa Circondariale di Modena". Atti del Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria (A.M.A.P.I.) "Extracomunitari in carcere: diritto alla salute, doveri di solidarietà". Bologna, 29/30 Marzo 1996; 138-143
- Siddhathan K, Alalasundaram S.: Undocumented aliens and uncompensed care: whose responsability. Am J Public Health 1993; 83: 410-412
- Spence DPS, Hotchkiss J, Williams CSD, Davies PDO.: Tubercolosis and poverty. BMJ 1993; 307: 759-61.
- Suligoi B, Giuliani M.: Immigrazione e malattie sessualmente trasmesse. DERMOtime 1996; 3/4: I-IV
- Suligoi B, Giuliani M.: Le malattie sessualmente trasmesse (MST) e l'infezione da HIV. In 'Il Medico ed il Paziente immigrato' a cura di W. Pasini. Suppl. al n. 3/96 di ALFA WASSERMAN NEWS & VIEWS. Bologna, 1996; 113-145
- Suligoi B., Giuliani M., Camisa D., Innocenti M., Nunzi E., Priano L., Geraci S., Capitano B., Affronti M., Aricò M., Menegatti M., D'Antuono A.: Hiv infection and associated risk factors among foreigners in Italy: data from STD clinics. Abstract in XI International conference on Aids, track C: epidemiology and public health. Tu. C. 2687. Vancouver, Canada, 1996

- Suligoi B., Giuliani M., Napoli P.A., Rezza G.: Aids e malattie a trasmissione sessuale in soggetti stranieri. In Meditravel, n. 1, 1996
- Suligoi B., Giuliani M.: Epidemiologia delle malattie sessualmente trasmesse e dell'infezione da Hiv in soggetti stranieri.In Atti 2° Consensus Conference sull'immigrazione, Palermo, 1992
- Thirumoorthy T.: Epidemiologia delle malattie a trasmissione sessuale nell'Asia Sud-Orientale e nel Pacifico Occidentale. Seminars in Dermatol. Ediz. italiana 1992; 1: 93-95
- Trillò M.E. et al.: Il bambino immigrato a Roma. Risultati di uno studio pilota. Riv It. Pediatria. 19/S-2, Atti del 49° Congresso della Società Italiana di Pediatria, 1993
- Trillò M.E., Geraci S.: Donne di altri paesi. In Argomenti di Medicina delle Migrazioni di S. Geraci, Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo, ed. Peri Tecnes. Busseto (Pr) - Roma, 1995
- UNFPA: Lo stato della popolazione mondiale 1996. Dinamiche di trasferimento: popolazione, sviluppo e futuro dei centri urbani. Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA). Ed. italiana a cura Associazione Italiana Popolazione e Sviluppo, Roma, 1994
- UNFPA: Lo stato della popolazione mondiale 1996. Dinamiche di trasferimento: popolazione, sviluppo e futuro dei centri urbani. Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA). Ed. italiana a cura Associazione Italiana Popolazione e Sviluppo, Roma, 1996
- USL RM 1: Approcci transculturali alla salute. Documenti del corso di formazione omonimo 1993. Settore di formazione professionale, Servizio materno infantile, Servizio dipartimentale salute mentale, Roma, 1994
- Van de Laar MJ, Sleutjes MP, Postema CA, van de Water HP.: Sexually transmissible disorders in allochtonous population groups; a pilot study. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135 (34): 1542-7
- Von Krog G.: Malattie a trasmissione sessuale nei cinque continenti. Seminars in Dermatol. Ediz. italiana 1992; 1: 79-84
- Whitehead M.: The concepts and principles of equity and health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990
- WHO. Expert Committee on Venereal Diseases and Treponematoses. 6th Report. Geneva: WHO, 1986 (WHO Technical Report Series, 736)
- WHO. Guidelines for Counseling about HIV infection and disease. Geneva: WHO, 1990 (WHO AIDS Series, 8)
- WHO. Management of patients with sexually transmitted diseases. Geneva: WHO, 1991 (WHO Technical Report Series, 810)
- WHO. Report on the TB epidemic, TB a global emergency. Geneva, 1994
- World Bank: World Development Report 1993: investing in health. Pubblicato per la Banca Mondiale da Oxford University Press, New York, 1993
- 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
- Ziv TA, Lo B.: Denial of Care to illegal immigrants proposition 187 in California. N

Engl J Med 1995; 332:1095-98

REGIONE VENETO

La Regione Veneto è stata una delle poche realtà che ha in un modo fino ad oggi efficace "governato" la tematica della tutela sanitaria degli immigrati. Senza entrare nel merito delle scelte di politica sanitaria adottate, le riteniamo un'utile testimonianza. Riportiamo una recente relazione della dr.ssa Isabella Lante su tale argomento.

"Nel novembre 1991 l'Assessorato alla Sanità della Regione Veneto ha emanato alcune linee guida relative agli "interventi preventivi e sorveglianza sanitaria nei confronti degli immigrati extracomunitari".

In queste si puntualizzava l'esigenza di adozione di alcuni provvedimenti al fine di ottenere una migliore operatività nella prevenzione delle malattie infettive diffusive, provvedimenti che prevedevano la necessità di vigilanza sistematica delle strutture di accoglienza e dei luoghi destinati a dormitori per immigrati.

Veniva inoltre proposta la possibilità di eventuale ricorso alle misure di prevenzione anche per coloro che non erano in regola con l'assistenza sanitaria. Si poneva inoltre l'attenzione sulla validità dell'esecuzione di ricerca di parassiti nelle feci e di positività per HBsAg, oltre ai consueti accertamenti eseguiti, ai soggetti richiedenti il rilascio o il rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria.

Si definiva inoltre la procedura di effettuazione di accertamenti radiologici periodici per i soggetti adulti per il monitoraggio della malattia tubercolare e l'esecuzione per bambini ed adolescenti di test tubercolinico seguito solo in caso di positività da indagini radiologiche.

Altri suggerimenti riguardavano la valutazione di competenza degli ambulatori dermosifilopatici dei soggetti positivi per lue, l'assistenza gratuita presso i Consultori familiari per le donne immigrate, ed infine la verifica delle variazioni eseguite nel corso degli anni.

Tre anni dopo (marzo 1994) il Dipartimento per l'Igiene Pubblica della Regione Veneto ha ritenuto opportuno rilevare l'attuazione delle linee guida regionali sopracitate da parte delle 36 ULSS della regione, richiedendo, mediante un questionario, i dati sulla attività di sorveglianza igienica dei soggetti immigrati. Tutte le ULSS hanno risposto.

I dati pervenuti dalle 36 ULSS regionali possono essere così riassunti:

1. 11 ULSS eseguono sopralluoghi sistematici presso strutture d'accoglienza o dormitori anche abusivi di immigrati, e 3 ULSS solo su richiesta o segnalazione;

2. 26 ULSS eseguono esami mirati per la prevenzione delle malattie infettive, per il rilascio di certificazioni medico-legali (libretto di idoneità sanitaria, ecc.);

3. provvedono alle seguenti vaccinazioni a tutti gli immigrati adulti che accedono ai servizi di igiene: antitetanica 18 ULSS, antiepatite B 5, antitifica 5, anti TBC l; vi provvedono solo per soggetti a rischio: antitetanica 14 ULSS, antiepatite B 23, antitifica 27, anti TBC 16;

4. 21 ULSS forniscono indicazioni alle donne immigrate per l'accesso ai Consultori familiari;

5. 17 ULSS hanno contatti con associazioni locali di volontariato che assistono

gli immigrati.

6. 14 ULSS hanno svolto interventi di educazione sanitaria mirata.

Successivamente (ottobre 1994), richiedendo a 6 ULSS disponibili e rappresentative della realtà regionale i dati epidemiologici sulla situazione igienico-sanitaria dei soggetti immigrati, è stata prodotta una nota informativa, al fine di sensibilizzare gli operatori di sanità pubblica della regione a svolgere interventi adeguati per questa popolazione a rischio.

In particolare in questa nota si evidenziano le necessità di organizzazione e sanità pubblica per affrontare efficacemente i principali e più problematici aspetti dell'immigrazione, ed in particolare:

- sorveglianza igienica dei centri di accoglienza e degli insediamenti abitativi in genere, specialmente in relazione ai requisiti igienici essenziali;
- attivazione di procedure per facilitare l'accesso alle strutture sanitarie per la prevenzione delle malattie infettive e diffusive;
- offerta attiva degli accertamenti sanitari per la prevenzione delle malattie infettive e diffusive;
- adozione di protocolli sanitari mirati per il rilascio del libretto di idoneità sanitaria per gli addetti alla manipolazione di alimenti e bevande;
- educazione sanitaria dei portatori di HBsAg per la prevenzione del contagio e offerta del vaccino antiepatite B ai soggetti a rischio;
- campagne di interventi mirati di informazione sulla prevenzione della infezione da HIV e delle altre malattie sessualmente trasmissibili;
- informazione sulle conseguenze degli abusi alcolici ed all'occorrenza invio ai centri alcologici specializzati;
- ricerca della collaborazione con le strutture del volontariato.

Infine, nell'ultima Delibera (luglio 1996), la Regione, per conoscere la presenza ed i bisogni di salute dei soggetti immigrati non in regola con l'assistenza sanitaria, si impegna ad elaborare uno studio conoscitivo corrispondendo un rimborso all'ULSS per ogni immigrato "reclutato", nonché l'offerta gratuita di un protocollo sanitario rivolto alla prevenzione delle malattie infettive ed alla tutela della maternità responsabile e della gravidanza. Tale progetto della Regione dovrebbe consentire di avere dei dati precisi su cui poter basare la programmazione sanitaria.

Tra i programmi del Dipartimento per l'Igiene Pubblica della Regione Veneto, vi è la rilevazione periodica degli interventi preventivi e della sorveglianza igienica della popolazione immigrata a rischio, attraverso la riproposta annuale dello stesso questionario a tutte le ULSS oltre alla sensibilizzazione all'indirizzo degli operatori di sanità pubblica al riguardo attraverso note informative specifiche.

A seguito della legge regionale del Veneto n. 56 (dicembre 1994), le modificazioni territoriali e direzionali delle ULSS conseguenti hanno impedito per ora la riproposizione dei questionari di rilevazione e la sensibilizzazione degli operatori sanitari anche se con la Delibera di cui sopra sono previsti ed i tempi sono tali per cui le ULSS si sono riorganizzate e sono in grado di ricevere nuove sensibilizzazioni a proposito.

CONSIDERAZIONI SULLE DIRETTIVE REGIONALI

La Regione Veneto è stata la prima, con la circolare Regionale del 1991, tra le regioni italiane ad emanare una direttiva concreta, valida e tempestiva relativa al "problema" immigrati. Inoltre successive circolari hanno valutato l'applicazione delle direttive da parte delle ULSS, ed hanno fornito dati epidemiologici regionali

con l'intento di sensibilizzare e di omogeneizzare gli interventi, specialmente quelli preventivi.

Con la Circolare Regionale del luglio 1994, veniva sancita l'offerta gratuita di farmaci per la cura e prevenzione delle malattie infettive nell'interesse sia della comunità immigrata che, prioritariamente, di quella ospitante. Il progetto "benessere donna straniera", ha costituito l'anello che mancava per completare le iniziative minime essenziali per un paese civile che effettivamente è diventato da poco meta di immigrazione.

Vi è da sottolineare che tutte queste iniziative sono di carattere prevalentemente tecnico e che mirano sia alla tutela della salute della popolazione autoctona sia ai bisogni essenziali di quella immigrata, in modo "politicamente" equilibrato, tanto che non sono state assolutamente criticate dalle diverse forze politiche.

Il Veneto si è così trovato già preparato ad applicare quanto previsto dall'articolo 13 del Decreto Legge n. 489 del 1995 in materia di politica dell'immigrazione, più volte reiterato ed attualmente scaduto ma sostituito da una Ordinanza Ministeriale, nonché le direttive del citato decreto, relativamente alla prevenzione delle malattie infettive diffusive ed alla tutela della maternità responsabile e della gravidanza.

A conclusione delle direttive già emanate, la Regione ha adottato recentemente un progetto regionale per tutela della maternità responsabile e della gravidanza e la prevenzione delle malattie infettive diffusive sia nell'ambito degli immigrati che degli emarginati, progetto che consentirà di poter quantificare le prestazioni e la tipologia dei destinatati, fornendo i dati indispensabili in futuro per una corretta programmazione sanitaria. Ha assunto rilevante peso tra le direttive regionali anche l'impulso dato dal Dipartimento per l'Igiene Pubblica regionale ad interventi per la prevenzione dell'AIDS tra gli immigrati e in particolare tra le prostitute, specie immigrate. In questo momento la Caritas di Treviso sta lavorando al secondo progetto per la prevenzione dell'AIDS, mentre il comitato per i diritti civili delle prostitute sta elaborando il secondo progetto nell'area del Terraglio Venezia-Treviso, ambedue i progetti in collaborazione con l'ULSS 9.

In conclusione si può puntualizzare che per affrontare il fenomeno dell'immigrazione in modo equilibrato da un punto di vista tecnico socio sanitario e indirettamente anche per prevenire per quanto possibile atteggiamenti allarmistici ingiustificati della popolazione ospitante è necessario da un lato fornire agli operatori delle direttive valide e concrete, dall'altro poter disporre di quelle informazioni epidemiologiche che consentono una corretta gestione e programmazione sanitaria.

L'impressione è che la Regione del Veneto si sia fino ad ora mossa in questa direzione, accogliendo, per quanto possibile, i suggerimenti degli esperti del settore.

Le direttive adottate fino ad ora consentiranno, se correttamente applicate, di affrontare al meglio alcuni dei bisogni di salute della popolazione immigrata ma non potranno mai risolvere la complessità di una problematica socio-sanitaria in continua evoluzione, che è peraltro strettamente correlata a misure di regolamentazione dei flussi migratori, di offerta di lavoro, di contenimento della disoccupazione, di ordine pubblico che potrebbero rendere anche vari interventi di programmazione sanitaria in questo settore".

Si allega il testo della Delibera della Giunta Regionale 3264 del 22 luglio 1996 a cui è seguita il 18 ottobre 1996 una nota per rendere immediatamente operativo quanto deliberato.

Documento Regione Veneto

OGGETTO: ***Progetto Sanitario in materia di assistenza agli immigrati ed agli emarginati***

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Prof Iles Braghetto, riferisce quanto segue:

Il telegramma del Ministero della Sanità n. 262 del 3.1.1996, dispone l'attuazione di una parte dell'art. 13 del DL 489 del 18.11.1995, reiterato con il DL 22 del 18.1.1996 e con il DL 132 del 19.3.1996, "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea" permettendo l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche di cittadini stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale, limitatamente all'assistenza preventiva (vaccinazioni previste dalle norme nazionali e regionali, interventi di profilassi internazionale, controllo di malattie infettive ed eventuale bonifica dei focolai - in particolare TBC, MST, Parassitosi, ecc.-) e alla tutela della maternità responsabile e della gravidanza.
Relativamente alle misure sanitarie preventive generali da adottarsi nei confronti dei soggetti immigrati e con particolare riguardo alle malattie infettive e diffusive, questo Assessorato si è già espresso con precedenti note 26.11.1991 prot. 40222/20313 "Interventi preventivi e sorveglianza sanitaria nei confronti degli immigrati extracomunitari" e 22.7.1994 prot. 16541/20313 "Sorveglianza sanitaria delle malattie infettive e diffusive dei soggetti immigrati non in regola con l'assistenza sanitaria" e 5.10.1994 prot. 35564/20313 "Sorveglianza igienica dei soggetti immigrati: dati epidemiologici della Regione Veneto".
Relativamente alla tutela della maternità responsabile e della gravidanza la Giunta Regionale ha adottato la Del. 6289 del 28.12.1993 "Progetto benessere donna" che predispone l'offerta di sevizi socio-sanitari anche a donne straniere non in regola con l'assistenza sanitaria.
I servizi del presente progetto, per un concetto di equità sociale, sono estesi anche agli emarginati, intesi come cittadini italiani non in regola con l'assistenza sanitaria
I recenti orientamenti legislativi sulla materia impongono un ulteriore impegno da parte della Regione Veneto volto ad emanare degli indirizzi da adottarsi, da parte di tutte le Aziende Ulss ed Ospedaliere della Regione, al fine di uniformare i protocolli operativi e consentire un risparmio della spesa per ricoveri ospedalieri.
Lo stesso Piano Regionale Socio Sanitario per il triennio 96-98, approvato con L.R 3.2.1996 n. 5 prevede, tra gli obiettivi specifici da perseguire nel triennio nell'ambito degli interventi di prevenzione, la promozione delle conoscenze e della tutela della salute degli extracomunitari nel più ampio contesto del loro inserimento sociale.

A tale scopo si ritiene necessario prevedere il protocollo operativo contenente

le prestazioni di seguito descritte, da offrire ai soggetti immigrati o emarginati non in regola con l'assistenza sanitaria:
• visita medica preventiva per l'individuazione delle malattie infettive e diffusive;
• vaccinazioni previste dalle norme nazionali e regionali;
• accertamenti per la prevenzione della TBC (intradermoreazione tubercolinica ed indagini radiologiche);
• accesso alle strutture infettivologiche, dermatologiche, pneumologiche, ginecologiche, per la prevenzione ed accertamento delle malattie infettive e diffusive (in particolare TBC, MST, parassitosi, ecc.) e per la tutela maternità responsabile e della gravidanza;
• accesso ad esami di laboratorio relativi a TBC, MST, parassitosi, altre malattie infettive diffusive, tutela della maternità responsabile e della gravidanza, quest'ultima secondo il protocollo ministeriale in vigore;
• fornitura dei farmaci essenziali, secondo l'OMS, per il trattamento ambulatoriale delle malattie infettive e diffusive;
• accesso ai Consultori Familiari per la tutela della maternità responsabile e della gravidanza con particolare attenzione alla prevenzione della I.V.G.;
Per la erogazione delle prestazioni del sopraindicato protocollo sono individuate le seguenti Strutture:
• Dipartimento di Prevenzione anche attraverso i Distretti Sanitari di Base;
• Reparti e Ambulatori di malattie infettive, dermatologia, pneumologia, ginecologia ed ostetricia;
• Consultori Familiari.
Le Aziende Ulss ed Ospedaliere dovranno coinvolgere e coordinare, anche attraverso specifiche convenzioni, le associazioni del volontariato che nel corso degli anni hanno maturato una esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione allo scopo di facilitare l'applicazione delle disposizioni governative.
Per semplificare l'attuazione delle disposizioni di legge e consentire nello stesso tempo la rilevazione dei bisogni sanitari e relativi oneri economici, viene prevista la istituzione di una **"tessera sanitaria regionale",** con validità annuale, riportante la dicitura **"valida solamente per l'assistenza preventiva e la tutela della maternità responsabile e della gravidanza",** e che attribuisce dei numeri di codice individuali specifici per le due distinte categorie (immigrati ed emarginati). Tali tessere possono consentire, qualora il soggetto non richieda l'anonimato per fini preventivi (come per il sistema di sorveglianza regionale Aids) l'immediata individuazione della persona che beneficia delle prestazioni sanitarie pur non in regola con l'assistenza sanitaria, facilitando nel contempo la contabilizzazione economica regionale dei servizi erogati ai cittadini immigrati ed emarginati per i ricoveri ospedalieri e per le prestazioni ambulatoriali.
L'istituzione di una tessera sanitaria costituisce inoltre l'occasione di un primo censimento, con fini statistico-sanitari, della popolazione immigrata ed emarginata non in regola con l'assistenza sanitaria e rappresenta un notevole miglioramento conoscitivo, indispensabile per le politiche socio-sanitarie regionali. Tale censimento, come previsto dalle disposizioni Ministeriali, "...non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni col cittadino italiano".

Il Ricettario Regionale viene utilizzato per le prescrizioni di indagini e farmaci limitatamente all'assistenza preventiva e alla tutela della maternità responsabile e gravidanza.

Le prestazioni previste dal protocollo sopra citato sono gratuite fatte salve le quote di partecipazione alla spesa previste dalle normative in vigore per gli iscritti al SSN, e le spese inerenti all'interruzione volontaria della gravidanza dei soggetti non domiciliati nella Regione Veneto, o con richieste di IVG non formulate dai Consultori Familiari.

Per ogni tessera sanitaria rilasciata da ciascuna Azienda U.L.S.S. ai soggetti domiciliati nel territorio di propria competenza, saranno riaggiornate le quote di assegnazione annuale per i relativi livelli di assistenza, con la corresponsione dei relativi importi. L'ammontare complessivo per ciascun assistito viene attualmente predeterminato in lire 90.000.=, pari alla valutazione del costo del protocollo sanitario preventivo, compresi i farmaci essenziali, secondo l'OMS.

Le Aziende U.L.S.S. dovranno annualmente notificare il numero delle tessere attribuite alle due categorie per l'ottenimento delle relative quote di assegnazione integrative per i livelli uniformi di assistenza

Tale notifica dovrà pervenire al Dipartimento per l'Igiene Pubblica - Osservatorio Epidemiologico - S.Croce, 1187 - Venezia, entro il 31 Gennaio di ogni anno e riferite all'anno precedente.

Per l'anno 1996 si prevede un onere complessivo di 900 milioni, da finanziare mediante riattribuzione della quota di riserva accantonata nel riparto del F.S.R. di parte corrente, al capitolo 60011 del vigente bilancio preventivo.

Dai dati statistici sul fenomeno immigrazione, risultano attualmente presenti nella Regione Veneto circa 10.000 soggetti non in regola con l'assistenza sanitaria, considerato anche il rilevante numero di persone che hanno regolarizzato la loro posizione in virtù del D.L. in vigore sull'argomento.

A titolo di studio ed in via sperimentale, viene affidata alle Aziende Sanitarie n. 9 di Treviso e n. 17 di Este, la rilevazione di dati secondo la scheda socio-sanitaria per immigrati ed emarginati, di cui allegato A) che fa parte integrante dal presente provvedimento. Tali dati dovranno periodicamente pervenire all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, sopra citato.

Il progetto di prevenzione che si intende sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale prevede la realizzazione di un programma articolato di iniziative, i cui contenuti e costi sono descritti di seguito e che in sintesi si riconducono ai seguenti interventi:

• Offerta di una tessera sanitaria per le prescrizioni previste dal protocollo sopra descritto;
• Iniziative di sensibilizzazione degli operatori sanitari:
• Raccolta ed elaborazione dei dati relativi alle prestazioni offerte dalle Ulss, all'incidenza delle singole patologie, ecc., e ritorno informatico delle stesse;
• Incontri finalizzati alla valutazione dei risultati.

Per quanto riguarda le risorse necessarie alla realizzazione delle iniziative sopraindicate, si prevede un costo complessivo di Lire 160.000.000.= da ripartire nel modo seguente:

1. Lire 150.000.000.= per l'organizzazione, segreteria, materiale di consumo, stampa delle tessere sanitarie e quant'altro occorrente per la realizzazione del progetto.

Si propone che alla gestione amministrativa-contabile di detta somma provveda la Azienda Ospedaliera di Padova;
2. Lire 10.000.000.= per la rilevazione di dati socio-sanitari attraverso la compilazione dell'apposita scheda, di cui allegato A). Tale somma, divisa nella misura del 50%, sarà riconosciuta forfettariamente alle due Aziende Sanitarie n. 9 di Treviso e n. 17 di Este.
I succitati oneri trovano capienza nel capitolo 60009 del Bilancio di Previsione per il 1996.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore Assessore alle Politiche Sanitarie - Prof. Iles Braghetto - incaricato dell'istruttoria dell'argomento in questione, ai sensi dell'art 33 - 2° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
• Vista la legge 23.12.1978 n. 833
• Vista la LR 20.07.1979 n.21
• Visto il DL 19.03.1966 n.132
• Vista la DGR 6289 del 28.12.1993
• Dato atto che il presente provvedimento costituisce attuazione del programma di prevenzione collettiva di cui al Piano Socio-Sanitario 96-98, approvato con L.R 3.2.1996 n. 5;

DELIBERA

1. di approvare i contenuti, l'articolazione e le modalità organizzative e gestionali del progetto sanitario in materia di assistenza agli immigrati ed agli emarginati descritto in premessa e di affidarne la direzione scientifica e il coordinamento al dott Paolo Cadrobbi, Direttore Divisione Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera di Padova;
2. di incaricare il Dipartimento per l'Igene Pubblica della Regione Veneto Osservatorio Epidemiologico - di coordinare le iniziative del programma di intervento, al fine di garantirne la migliore realizzazione, con l'ausilio della Unità Operativa di Coordinamento, la cui composizione è indicata nell'allegato B) che fa parte integrante del presente provvedimento;
3. di imputare la spesa complessiva di lire 900 milioni per l'adeguamento delle quote di assegnazione per i livelli di assistenza interessati per gli interventi ai soggetti previsti dal presente provvedimento per il finanziamento delle maggiori spese sanitarie, al capitolo 60011 del vigente bilancio preventivo 1996, rinviando a successivo provvedimento l'impegno specifico di spesa;
4. di prevedere che l'erogazione dell'importo di cui al punto 3) del presente provvedimento a favore delle aziende U.L.S.S. del Veneto, avvenga mediante le vigenti procedure di finanziamento del F.S.R. di parte corrente, previo provvedimento di definitiva assegnazione in base alle notifiche di rilascio di tessere sanitarie prodotte dalle aziende U.L.S.S. nei termini indicati nelle premesse;
5. di impegnare la somma di lire 160 milioni al capitolo 60009 del vigente bilancio di previsione che presenta adeguata disponibilità per:

- lire 150 milioni per l'organizzazione, segreteria, materiale di consumo, stampa delle tessere sanitarie e quant'altro occorrente per la realizzazione del progetto; - lire 10 milioni per la rilevazione, a titolo di studio ed in via sperimentale, mediante la compilazione di una scheda socio-sanitaria per immigrati ed emarginati.

6. di prevedere che l'erogazione degli importi impegnati al punto 5) del presente dispositivo avvenga come segue: lire 150 milioni alla Azienda Ospedaliera di Padova, che provvederà direttamente alla gestione amministrativo-contabile delle spese che saranno predisposte dal responsabile scientifico del progetto, Dott. Paolo Cadrobbi, attraverso un funzionario delegato allo scopo nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova medesima. L'Azienda Ospedaliera di Padova dovrà altresì rendicontare le spese sostenute con il finanziamento regionale; lire 10 milioni alle Aziende U.L.S.S. n. 9 di Treviso e n. 17 di Este, forfettariamente e nella misura del 50% ciascuna.
   Sottoposto a votazione il presente provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Gianfranco Zanetti

Il PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan

Per informazioni e per richiedere ulteriori materiali (allegati, delibere precedenti, ...) rivolgersi al dottor Renzo Malatesta Settore Igiene Pubblica ULSS 9 Piazza Pio X, 3 31100 Treviso - Tel. 0422/5941

ROMA

Il Lazio è la seconda regione in Italia per numero di immigrati e solo a Roma sono oltre il 20% di tutte le presenze nazionali. Dal punto di vista delle tutela della salute, ancora non sono state emanate dalla Regione indicazioni per una adeguata politica sanitaria in questo campo. Autonomamente alcune aziende USL ed alcuni ospedali hanno intrapreso delle iniziative estremamente interessanti e speriamo possano essere di stimolo perché il fenomeno immigrazione venga finalmente 'governato' e non solamente subito. Le premesse per una adeguata politica sanitaria nei confronti degli immigrati erano state date, seppur tardivamente rispetto alla visibilità del fenomeno, dal Comune di Roma, quando nel giugno 1994 ha promosso un'assemblea cittadina dove, dopo un ampio dibattito, sono state presentate alcune priorità da affrontare per garantire un reale diritto alla salute da parte degli immigrati; riportiamo la sintesi delle proposte, fatte proprie dall'Amministrazione ma largamente non ancora attuate, come un esempio delle necessità emergenti e dei campi di impegno prevedibili.

Azienda USL RMC

Alcune aziende USL, dicevamo, hanno attuato delle iniziative molto interessanti e tra queste certamente quella dell'Azienda USL RM C è stata la più innovativa, anticipando le norme che con l'articolo 13 del decreto sull'immigrazione, hanno esteso anche agli immigrati clandestini ed irregolari il diritto all'accesso alle strutture sanitarie. La dottoressa Maria Edoarda Trillò traccia i punti essenziali di questa esperienza.

"La USL Roma C comprende 4 circoscrizioni di Roma sud-est, corrispondenti ai suoi 4 distretti sanitari. Da alcuni anni, quotidianamente, giungono ai servizi sanitari di questa USL (consultori, medicina scolastica, condotte mediche, servizi di igiene, settore psicosociale, riabilitazione e protesi, poliambulatori, laboratori analisi, pronto soccorso, ospedali) donne, bambini e uomini stranieri e nomadi.

Arrivano in Italia per vari motivi, ma sempre di più per sfuggire alla fame, alle guerre etniche e non, e comunque a causa di quel divario tra Nord e Sud del Mondo che ogni anno aumenta a favore del Nord.

Arrivano donne e uomini giovani, intraprendenti, anche con alto livello di istruzione e, per la quasi totalità, sani. Ma si calcola che dopo circa 6 mesi - 1 anno, di fronte alle difficoltà dell'inserimento socio-culturale e lavorativo, alle aspettative deluse, alla nostalgia, alle difficili condizioni di vita in cui sono costretti a vivere (coabitazione in case spesso malsane, scarsa disponibilità di denaro guadagnato con lavori non corrispondenti al ruolo sociale rivestito nel paese d'origine) si ammalano.

I dati numerici della popolazione disponibili sul territorio della azienda USL

COMUNE DI ROMA
Conferenza cittadina sull'immigrazione
23-24 giugno 1994

Sintesi delle proposte operative del gruppo Sanità e servizi socio-sanitari
coordinatore: Salvatore Geraci
relatrice: Susanna Diku

A) Rendere realmente accessibili e utilizzabili i servizi sociali e sanitari per chi ne ha diritto:

1.a - riconoscere politicamente il diritto alla promozione ed alla tutela della salute per tutte le persone;

2.a - precisare, informare e facilitare l'acquisizione del diritto (evitare discrezionalità in senso restrittivo sull'iscrizione al S.S.N. e sull'utilizzo di servizi sociali e sanitari territoriali);

3.a - controllare politicamente la qualità dei servizi offerti ed erogati per tutti i cittadini;

4.a - censire e collegare le strutture che già operano in questo campo con competenze specifiche e realizzare una mappatura della città dal punto di vista socio-sanitario-assistenziale;

5.a -istituire capillarmente sportelli di orientamento socio-sanitario;

6.a - realizzare anche nei luoghi di incontro degli immigrati spazi di sostegno sociale, psicologico e sanitario;

7.a - favorire e promuovere percorsi formativi per operatori socio-sanitari;

8.a - sensibilizzare l'opinione pubblica sulla necessità di estendere il diritto alla salute ed al benessere sociale non solo come un fatto di solidarietà ma anche in una logica di tutela collettiva e di risparmio economico (rapporto costi-benefici).

B) Estendere quanto più possibile la protezione sociale e sanitaria agli immigrati presenti (a qualsiasi titolo) sul territorio cittadino garantendo a tutti parità di utilizzo a parità di bisogno:

1.b - Utilizzare fino in fondo le attuali normative (coinvolgendo altre realtà istituzionali come la Regione) che già permettono la prevenzione e la tutela gratuita per tutti rispetto ad alcune patologie (mst, tbc, hiv, ...) ed in rapporto al sostegno psicologico, sociale e sanitario in alcuni momenti delicati della vita (maternità, prima infanzia, ...);

2.b - rendere immediatamente fruibile l'utilizzazione dei servizi consultoriali sia in via ordinaria che con progetti mirati;

3.b - individuare dei luoghi per interventi di secondo livello gratuiti (alcune specialistiche ed indagini strumentali) a supporto dei Consultori (in particolare le indagini per la gravidanza: sono gratuite anche per le italiane) e delle strutture di privato sociale;

4.b - sostenere e valorizzare le risorse del privato sociale, del volontariato e di quella parte del settore pubblico già impegnato e con esperienza consolidata;

5.b - costituire ed utilizzare un fondo locale a copertura parziale o totale per le spese per la salute (ospedaliere, diagnostiche e farmacologiche) a favore di tutti coloro che non sono in grado di sostenerle.

C) Individuare lo specifico culturale della domanda di salute delle popolazioni immigrate in modo da mirare le risposte sanitarie più adeguate (con studi e sperimentare di nuovi modelli di assistenza e progetti pilota sul modo di porsi e di relazionarsi).

D) Valorizzare le competenze socio-sanitarie specifiche degli immigrati presenti a Roma per attività formative, di interpretariato, di facilitazione e mediazione culturale, di assistenza diretta (cooperative a disposizione di USL, ospedali, enti locali, ...).

Tenendo conto della presenza di immigrati irregolari che subiscono più di altri situazioni stressanti per la propria salute e che meno di altri possono usufruire della copertura sanitaria è prioritaria la necessità di rispondere in tempi brevi con servizi (valorizzando gli esistenti, estendendo l'accessibilità di alcune strutture pubbliche, pianificando e realizzando eventualmente nuovi spazi d'intervento) alle loro esigenze che poi sono esigenze dell'intera collettività.

Infine per realizzare una concreta tutela della salute si deve agire parallelamente sul campo sociale (risanamento delle condizioni di emarginazione sociale e sfruttamento = fattori di rischio) e sul campo della cultura (identificazione della propria cultura, comunità di riferimento = maggior protezione).

sono riferiti alla popolazione ufficialmente presente, di cui 1'84% proviene dal di fuori della Comunità Europea (il 12,4% provengono da paesi a sviluppo avanzato e il 72% dai paesi in via di sviluppo).

Stimiamo che la presenza degli irregolari e dei clandestini è quantificabile da 5.480 a 7.306 persone.

Gli stranieri e nomadi "regolarmente" presenti sul territorio della USL pongono problemi assistenziali dovuti all'impatto culturale e/o all'eventuale passaggio alla condizione di irregolare e/o all'assenza di cittadinanza (come per l'assistenza protesica a cui non hanno diritto).

Gli stranieri e nomadi "irregolari o clandestini", a tutti gli effetti sono da considerare come categoria a rischio sociale di emarginazione e di malattia. Diversamente dai primi si presentano ai servizi sanitari prevalentemente per esigenze che rivestono carattere di urgenza non differibile e spesso è necessario riferirli al livello diagnostico e curativo.

Abbiamo considerato come fattori di rischio del migrante nel paese ospite quelli riportati nella letteratura nazionale e citati in questo volume.

Nel 1995 era ancora assente una regolamentazione nazionale al riguardo, mentre sempre più pressante era la necessità di garantire il diritto alla salute per queste persone spesso in condizione di effettiva indigenza economica e con problemi diagnostici e terapeutici che non potevano attendere. Abbiamo definito dei protocolli minimi di assistenza extraospedaliera e consultoriale e dal mese di agosto il direttore generale della USL Andrea Alesini ha deciso di garantirne l'erogazione agli stranieri e nomadi malati e non in grado di far fronte in proprio alle spese. I protocolli assistenziali minimi sono stati individuati in riferimento alle condizioni e patologie rilevate più frequentemente nella letteratura finora prodotta e alla quale si rimanda in bibliografia del volume.

Nel 1994 e 1995 era anche stato condotto un corso di formazione con il coordinamento della Regione Lazio sulla "Tutela della salute delle donne e bambini immigrati". L'adozione di questi profili assistenziali ha reso gli operatori territoriali in grado di rispondere alla domanda di salute degli stranieri non in regola e di poter mettere in pratica quanto appreso durante il corso.

PROTOCOLLO MINIMO ASSISTENZIALE PER LA SALUTE DELL'ETÀ PEDIATRICA

1 Creare una rete di pediatri di base disponibili ad una sorta di "affidamento sanitario" ossia a seguire gratuitamente alcuni bambini che abitano nella zona di ubicazione del loro ambulatorio.

2 Stabilire il libero accesso ai consultori per vaccinazioni, bilanci di salute, cura della patologia, screening, e per tutte le attività che sono previste in questi presidi. In questi, pertanto, sarà possibile effettuare:
- ***dépistage*** della precarietà abitativa, carenze igienico sanitarie e sovraffollamento, delle abitudini alimentari, patologie pregresse, basso peso neonatale e degli altri fattori di rischio;
- **vaccinazioni obbligatorie e raccomandate** (in particolare per l'epatite B anche fuori dell'età dell'obbligo);
- **visita ed esame obiettivo** per valutare
  * accrescimento staturo-ponderale,
  * stato nutrizionale,
  * sviluppo psico-motorio,

* dimensioni fegato e milza,
* lesioni cutanee,
* lesioni oculari,
* segni di anemia ed emolisi,
* malformazioni;

- **cura e presa in carico della gestione** della **"patologia della povertà":**
  * infezioni respiratorie;
  * infezioni gastroenteriche;
  * parassitosi;
  * infezioni cutanee;
  * malnutrizione;
  * traumi;
  * basso peso neonatale;
  * tubercolosi;
  * disturbi relazionali;

3 Nei reparti di maternità, alla nascita: (previsti per legge)
* screening per fenilchetonuria,
* screening per ipotiroidismo cong.,
* screening per fibrosi cistica.

4 Nel laboratorio di analisi:
* es. parassitologico delle feci per 3 volte;
* coprocoltura per Salmonelle e Shigelle;
* es. urine con morfologia delle emazie ed eventuale urinocoltura con antibiogramma;
* emocromo completo con formula;
* striscio periferico a goccia spessa nei sospetti su base clinica di Malaria;
* GOT, GPT, Bilirubinemia;
* marker per epatiti A, B, C nel caso di fondato sospetto clinico;
* ricerca anticorpi anti HIV: se > 15 mesi con test ELISA, se < 15 mesi con ricerca virus o PCR. Eventuale positività al test ELISA deve essere confermata con il metodo Western-Blot e rapporto T4/T8;
* es. microscopico di secrezioni per Neisseria gonorrhoeae in caso di infezioni perinatali;
* VDRL e TPHA nei casi di infezioni perinatali;
* elettroforesi delle Emoglobine + dosaggio G6PD intraeritrocitaria + test di falcizzazione se è presente sospetto clinico di anemia emolitica nei provenienti da Mediterraneo, Cina, Sud Est Asiatico, e nei Neri americani;
* T3, Tl, TSH nei sospetti di ipotiroidismo (provenienti da Bolivia, Perù, Ecuador, Colombia, Etiopia);
* intradermoreazione alla Mantoux, VES ed emocromo in caso di sospetto clinico di Tubercolosi;
* creatininemia e/o azotemia, emocromo con formula, piastrine, GOT e GPT nei soggetti in trattamento con Isoniazide.

5 Nella diagnostica per immagini:
* radiografie in caso di traumi;

* rx torace in caso di sospetto clinico o di contatto di Tubercolosi;
* ecografia cerebrale, anche, esofagea, epatica, renale nei casi di fondati sospetti clinici.

6 In ambulatorio specialistico:
* visita oculistica almeno a 6 anni;
* visita audiologica nei ritardi di linguaggio oltre i 3 anni o nei casi di fondato sospetto di sordità;
* visita dermatologica;
* ECG, ecocardiografia e visita cardiologica in caso di fondato sospetto clinico di cardiopatia congenita;
* EEG in caso di epilessie.

7 * Screening delle malattie tumorali alla popolazione pediatrica proveniente da Cernobyl, che alcuni distretti seguono per 1 mese ogni anno.

PROTOCOLLO MINIMO ASSISTENZIALE PER LA SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETÀ ADULTA

1 Creare una rete di medici di base disponibili ad una sorta di "affidamento sanitario" ossia a seguire un certo numero di donne e adulti che abitano vicino al loro ambulatorio.
2 Stabilire il libero accesso ai Consultori per tutte le attività previste in questi presidi. Si ritiene di particolare importanza:
- *dépistage* della condizione di inserimento sociale e lavorativo, abitativa e familiare, dei fattori di rischio;
- promozione e assistenza sanitaria (intesa come prevenzione, diagnosi e terapia) per tutte le condizioni inerenti la salute fisica e psichica della donna in età adolescenziale, in età fertile e post-fertile, in assenza di altro immediato riferimento assistenziale.
- assistenza ginecologico-ostetrica di I livello per:
* promozione, prescrizione e applicazione dei vari metodi contraccettivi,
* prevenzione diagnosi e terapia della patologia ginecologica di I livello, particolarmente delle Malattie Sessualmente Trasmesse e dell'infertilità,
* le donne in gravidanza e puerperio,
* prevenzione diagnosi e terapia della patologia legata alla menopausa,
* prevenzione e diagnosi dei tumori della sfera ginecologica.
3 Nelle strutture ospedaliere: accesso per il parto, le patologie legate alla gravidanza e l'interruzione volontaria della gravidanza.

Per le donne

4 In laboratorio di analisi:
per il controllo della gravidanza:
* emocromo completo, Ht con MCV e MCHC, piastrine per 3 volte,
* glicemia + minitest al I e III trimestre,
* creatininemia, azotemia per 1 volta,
* protidemia ed elettroforesi per 2 volte,
* sideremia e trasferrinemia insatura per 1 volta (ripetere se anemia),
* bilirubinemia totale e diretta al I e III trimestre,

* transaminasi al I e III trimestre,
* trigliceridemia e colesterolemia quando necessari,
* Pap-test per 1 volta (se non effettuato nei precedenti 3 anni),
* tampone cervico-vaginale per ricerca Trichomonas, Candida, Chlamydia, Gardnerella, Streptococco Beta emolitico, Neisseria Gonorrheae, al III trimestre,
* gruppo sanguigno e fattore Rh,
* test di Coombs indiretto per 1 volta (ripetuto se Rh neg.),
* VDRL, TPHA, HBsAg, anticorpi HIV, Toxoplasmosi, Rosolia, Chitomegalovirus 1 volta (ripetuto se paziente a rischio continuato di contagio in gravidanza),
* fibrinogenemia al III trimestre per 1 volta,
* PT e PTT al III trimestre,
* pseudocolinesterasi,
* a-feto-proteina per 1 volta,
* es. urine per 3 volte,
* urinocoltura e antibiogramma (se necessario),
* ecografia ostetrica per 2 volte,
* ECG e visita cardiologica per 1 volta,
* flussimetria Doppler materno-fetale se gravidanza a rischio,
* cardiotocografia (almeno a 38, 39 e 40 settimane).

per contraccezione:
* GOT, GPT,
* trigliceridemia e colesterolemia totale e HDL,
* tampone cervico-vaginale per Trichomonas, Candida, Chlamydia, Streptococco Beta emolitico, Neisseria Gonorrheae, Gardnerella (se necessario);
* TP e antitrombina III.

per l'interruzione volontaria di gravidanza:
* Beta HCG,
* es. urine per test immunologico di gravidanza,
* glicemia, azotemia, emocromo completo,
* TP, gruppo sanguigno e fattore Rh,
* VDRL, TPHA, HBsAg,
* pseudocolinesterasi,
* es. urine completo,
* ecografia se necessaria per stabilire la settimana di gestazione.

per prevenzione tumori collo dell'utero:
* Pap test ogni 3 anni.

Per tutta la popolazione adulta

in caso di fondato sospetto di epatite virale:
* GOT, GPT,
* markers per epatite A, B, C.

in caso di sospetto clinico o contatto di Tubercolosi:
* tine test,
* intradermoreazione alla Mantoux,
* es. emocromocitometrico completo, piastrine, anche nei trattamenti con Isoniazide,
* VES,

* rx torace,
* GOT, GPT all'inizio del trattamento anti Tbc,
* creatininemia e/o azotemia nei trattamenti con Isoniazide,
* bilirubinemia totale e indiretta.

in caso di sospetto di Malaria:
* es. emocromocitometrico, Ht,
* striscio periferico a goccia spessa,
* sideremia, trasferrinemia se necessario,
* GOT, GPT.

In base ai dati di popolazione ed epidemiologici in nostro possesso abbiamo previsto una spesa massima annuale di 320.000.000 milioni. Attualmente è ancora in corso la verifica della spesa realmente sostenuta durante il 1995/96 relativa al primo anno di applicazione della delibera, e i dati saranno comunicati al più presto."

Le delibera attualmente adottata dalla Azienda USL RMC è la n° 911-96 del 2 agosto 1996; essa individua i livelli minimi assistenziali per immigrati e nomadi presenti sul proprio territorio in condizioni di bisogno indipendentemente dal loro status giuridico. Ricalca la struttura di quella approvata nel 1995 (1.591 del 2.8.95) ma si adegua alle indicazioni impartite dal Ministero della Sanità a seguito dell'art. 13 del decreto sull'immigrazione che ne legittima gli obiettivi (le variazioni sono in rapporto alle quote di partecipazione alla spesa anche se c'è sempre la possibilità di esserne esentati per manifesto bisogno).

Documento Azienda Usl RM C

Azienda USL RMC
Deliberazione n° 911
Seduta del 11.7.1996
Provvedimento esecutivo il 2.8.1996

Oggetto: **Recepimento e attivazione dei Profili assistenziali minimi per pazienti stranieri, nomadi e immigrati provenienti dai Paesi extracomunitari. Modifica deliberazione 1591/2.8.95.**

IL DIRETTORE GENERALE

dott. Andrea Alesini assistito dal Direttore Amministrativo dott. Antonio Scuteri e dal Direttore Sanitario dott.ssa Maura Moreschini, su proposta del Dipartimento Materno Infantile:

- VISTA la legge Regionale 16-6-94, n. 18, così come modificata dalla legge Regionale 16-6-94, n. l9, concernente "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30-12-92, n.502, e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere";
- VISTO l'art. 5 della predetta legge 16-6-94, n.18, che ha istituito nel Lazio, fra

le altre, l'Azienda Sanitaria Locale Roma C, comprendente il territorio delle già UU.SS.LL. RM4, RM6, RM7;

- VISTA la Legge Regionale n.17 del 16-02-1990 che prevede programmi annuali di iniziative ed interventi a favore degli immigrati da Paesi Extracomunitari dimoranti nel Lazio.
- VISTO che l'art. 4 della predetta Lagge Regionale prevede per l'Area di Intervento Assistenza iniziative straordinarie per l'assistenza sanitaria e la tutela della maternità.
- VISTO che la presenza degli stranieri si va sempre più stabilizzando e che diventerà una componente permanente del nostro Paese.
- VISTO che al 31-12-93 gli stranieri extracomunitari con permesso di soggiorno presenti nel Lazio erano il 23,29% (244.067) e a Roma il 21,94% (228.136) del totale degli stranieri presenti in Italia e che costituiscono nel Lazio il 4,3% e a Roma il 5,45% della popolazione residente.
- VISTO che da stime effettuate dal Ministero degli Interni e organismi di volontariato, gli stranieri extracomunitari irregolari modificano le presenze ufficiali del 30-50% in più.
- VISTA la Deliberazione del Consiglio Regionale del Lazio n.728 del 16-06-'93 che prevede, nel programma triennale degli interventi in materia di immigrazione, interventi straordinari per l'assistenza sanitaria per lavoratori immigrati extracomunitari in stato di bisogno presenti temporaneamente sul territorio regionale, per i quali non possono essere invocate le normative per i residenti in merito all'assistenza sanitaria.
- CONSIDERATO che gli stati morbosi possono essere compresi tra le situazioni di bisogno indifferibile.
- ATTESO che la posizione della popolazione immigrata, straniera e nomade, è caratterizzata da disuguaglianze tali da considerare questo gruppo come svantaggiato e fortemente a rischio.
- TENUTA presente la domanda di salute portata ai servizi dell'Azienda USL Roma C e il bisogno rilevato nella popolazione straniera residente nei 4 distretti della USL, di seguito riportata;

DISTRETTI (al 31-12-93)	*D/6*	*D/9*	*D/11*	*D/12*	*Totale*
TOTALE (m + f)	3.943	3.706	3.638)	3.470	
Valore %	*2.8%*	*2.6%*	*2.5%*	*2.4%*	
donne (al 31-12-92)	1.440	2.150	1.770	1.769	7.129
0-12a (m + f)	334	222	253	274	1.083

(le percentuali sono riferite alla popolazione residente nei Distretti)
Fonte: C.E.U. Comune di Roma, 1995

- RILEVATO che i distretti della USL Roma C seguono ogni anno per 1 mese la popolazione pediatrica proveniente da Cernobyl per lo screening delle malattie tumorali.
- VISTA la Delibera della USL Roma C n.1591 del 2-8-1995 nella quale si recepivano e attivavano i "profili minimi assistenziali per pazienti stranieri e nomadi

provenienti dai Paesi extracomunitari" anche non iscritti al SSN.e si riteneva di dover prevedere per questo una spesa annua intorno a £.322.750.000;
- VISTO il Decreto Legge 18-11-95, n.489 su "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea" e successive reiterazioni con D.L. n. 22 del 18-1-96 e D.L. 132 del l9-3-96;
- ATTESO che l'art.13 del predetto decreto legge recepisce il diritto alla salute come diritto per tutti, anche se irregolari o clandestini, non solo come accesso straordinario ma anche come cure ordinarie e continuative, "utilizzando ove necessario quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali";
- VISTO il telex n.00091 del 3-1-96 prot.262 che il Ministro della Sanità Guzzanti ha diramato agli assessorati regionali alla sanità per chiarire l'applicazione dell'art.13;
- VISTO il testo dei telex trasmessi dall'Assessorato Salvaguardia e cura, della Salute della Regione Lazio alle UU.SS.LL. prot.218/54/3 del 10-1-96 e 3949/54 del 20-5-96 dove vengono precisate gli ambiti e patologie in completa esenzione di partecipazione alla spesa;

  CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo

  CON il parere favorevole del Direttore Sanitario

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa:

1 - di **recepire i profili assistenziali minimi per pazienti stranieri,** nomadi e immigrati provenienti da Paesi extracomunitari che fanno parte integrante della presente delibera, nelle more dell'emanazione del decreto Sanità-Tesoro;

2 - di attivare gli acclusi profili-protocolli assistenziali e diagnostici da attuare presso le strutture interessate della Azienda USL Roma C, al fine di garantire l'assistenza per la fascia di popolazione in condizioni di effettiva indigenza economica e con problemi diagnostici e terapeutici indifferibili e a rischio socio-sanitario secondo gli indicatori considerati nell'allegato;

3 - di individuare, sentiti i Capi dei Distretti, nei laboratori di via Antonio Tempesta del D/6, di via Acqua Donzella nel D/9, di Piazza Pecile del D/11, di via della Civiltà Romana per il D/12 e nel Centro Prelievi Pilota di via Denina 7 i luoghi dove inviare i pazienti stranieri per effettuare le analisi e gli accertamenti clinici necessari, oggetto della presente deliberazione;

4 - di inviare i pazienti che ne avranno necessità tramite i Consultori Familiari di zona, gli ambulatori di medicina e specialistici dei Poliambulatori di Distretto, gli ambulatori delle strutture di volontariato in contatto o accreditate con la USL Roma C, i medici e i pediatri di libera scelta che si sono resi disponibili all'assistenza gratuita, con regolare prenotazione al CUP o agli sportelli (o per urgenza laddove se ne rilevasse la necessità), con prescrizione delle analisi e degli accertamenti su ricettario bianco, con riferimento alla delibera e firma del sanitario proponente. La prescrizione delle analisi e i risultati verranno redatti in doppia copia di cui 1 consegnata all'interessato e 1 conservata nella struttura che lo propone o lo rilascia;

5 - secondo quanto previsto dal Decreto Legge 18-11-1995 n.489 e successive reite-

razioni con D.L. n.22 del l8-1-1996 e D.L. n.132 del 19-3-1996, secondo quanto indicato dal telex n.00091 del 3-1-36 prot.262 del Ministro della Sanità alle Regioni e secondo quanto precisato dall'Assessorato Salvaguardia e Cura delle Salute della Regione Lazio con i telex prot.218/54/3 del 10-1-96 e 3949/54 del 20-5-96, di erogare senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa ove previste, come per i cittadini italiani, in applicazione delle disposizioni inviate dal Ministero della Sanità, le prestazioni in materia di assistenza preventiva e tutela della maternità responsabile e gravidanza, ivi compreso la tutela del minore e gli eventuali ricoveri ospedalieri, e di assistenza preventiva finalizzata al controllo delle malattie infettive e diffusive;

Si precisa che:

* l'assistenza, preventiva senza oneri a carico dei richiedenti comprende: le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale, il controllo delle malattie infettive (tbc, mst., parassitosi, ecc.) ed eventuale bonifica dei focolai, comprendendo diagnosi e cura sia ambulatoriale che ospedaliera;
* le prestazioni per la maternità responsabile e la gravidanza sono senza oneri a carico dei richiedenti secondo le disposizioni emanate con legge 29-7-75 n.405, legge 29-5-78 n.194 e con Decreto Sanità 6-3-95;

6 - di prevedere una spesa annua di circa 322.750.000, secondo l'unito prospetto analitico che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

7 - di richiedere apposito finanziamento, come innanzi dettagliato, alla Regione Lazio per il programma di interventi che si intendono attuare;

8 - di dichiarare la propria disponibilità ad anticipare la spesa occorrente per la realizzazione degli interventi programmati, a condizione che la Regione assicuri l'erogazione di risorse aggiuntive rispetto a quelle previste dal vigente sistema di finanziamento;

9 - di presentare periodicamente, una articolata e congrua relazione dell'attività svolta ed il rendiconto con la documentazione contabile delle spese sostenute.

Il Direttore Generale
(dott. Andrea Alesini)

Allegato alla delibera

INDICATORI PEDIATRICI

il titolo di studia delle madri,
il tasso di ripetenze il tasso di abbandono scolastico,
il tasso di delinquenza minorile,
il tasso di tossicodipendenza,
il tasso di abuso fisico e sessuale sui minori,
il tasso di suicidi e tentati suicidi nei minori,
il tasso di cesarizzazione,
il tasso di IVG in adolescenti < 18 anni,
il tasso di mancato riconoscimento e abbandono di neonati,

il tasso di affidi e adozioni ,
il tasso di basso peso < 1.500 grammi,
il tasso di mortalità neonatale, perinatale, infantile,
il tasso di copertura vaccinale per vaccinazioni obbligatorie,
il tasso di copertura vaccinale per vaccinazioni facoltative,
il tasso di allattamento al seno al 3' mese,
il tasso di popolazione pediatrica assistita dai pediatri di base alle varie età.

INDICATORI DI RISCHIO SOCIO - SANITARIO

MAGGIORI
Famiglia monoparentale,
Genitore tossicodipendente, alcolista, ammalato, detenuto, disoccupato, psichiatrico;
Età della madre < 20 a,
Grado di istruzione dei genitori = o < 5' elementare,
Genitori recentemente immigrati (da = o - 2 anni).

MINORI
Più di 3 figli
Occupazione dei genitori con basso reddito,
Abitazione precaria o in quartiere a rischio,
Mal uso dei servizi sanitari,
Basso peso alla nascita o prematurità,
Ricovero ospedaliero nel I anno di vita,
Ritardo o evasione del calendario vaccinale,
Mancata iscrizione al pediatra di base,
Più di accessi al Pronto Soccorso nei 2 mesi precedenti,
Più di 2 ricoveri nei 6 mesi precedenti,
Ricovero per malattia infettiva rilevante nei 6 mesi precedenti,
Ricovero per ingestione di farmaci o tossici nei 6 mesi precedenti,
Asma mal controllata (+ di 2 accessi al PS e/o ricoveri nei 3 mesi precedenti),
Altra malattia cronica mal controllata.

INDICATORI DI RISCHIO SANITARIO

Asma
Allergia I
Insufficienza renale cronica
Malattia tumorale
AIDS
Sieropositività per HIV
Tubercolosi
Emofilia
Diabete
Epilessia
Handicap
Sindromi genetiche e congenite

Azienda USL RMA

Un'altra azienda USL romana, la RM A, da tempo "è in cammino" per pianificare interventi di orientamento e di assistenza per gli immigrati regolari ed irregolari; l'articolo 13 è stata occasione per concretizzare anche sul piano dell'assistenza sanitaria un impegno da tempo intrapreso. La storia di questo impegno è riassunta dal dottor Filippo Gnolfo.

"Nel 1992, partendo dal dato della notevole presenza di immigrati a Roma e specialmente nella zona centro; e vista l'assenza o insufficienza di risposte dei servizi della unità Sanitaria Locale alla "domanda" di salute degli immigrati, un gruppo di operatori della U.S.L RM/1 decise di realizzare un "progetto stranieri", inizialmente svolgendo una indagine sul fenomeno immigratorio nel nostro territorio e successivamente un corso di formazione "Approcci transculturali alla salute e accoglienza degli extracomunitari". Da queste esperienze è nata l'Agenzia Immigrati, creata nel luogo di scelta del medico di base, primo accesso istituzionale al servizio sanitario nazionale, infatti, l'idea - guida è stata che nella gestione e nello sviluppo dei servizi sanitari acquista peso ed importanza crescente l'aspetto informativo, e che l'informazione si presenta come un metodo indispensabile per tutelare il diritto alla cittadinanza ed il diritto alla salute.

Nel corso di questi anni, l'attività degli operatori si è rivolta principalmente agli immigrati residenti per l'iscrizione al SSN, ma si è poi rivolta a tutti gli immigrati dimoranti nella città di Roma, anche "irregolari" e "clandestini", questo ha permesso di sviluppare un lavoro di rete con organismi del volontariato e del privato sociale (Caritas, Casa dei diritti Sociali, Comunità di S. Egidio) e di altre strutture pubbliche (Osp. S. Gallicano). Nel 1995 sono stati seguiti più di 4.000 utenti, provenienti da 100 nazioni, il 91 % da paesi extracomunitari (46% Asia, 19% Africa, 14% America, 12% Europa).

Tra i risultati di questo lavoro di rete, l'applicazione dell'art. 13 del D.L. 489/95, con l'accesso diretto ai servizi degli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno, inviati dagli ambulatori della Caritas o da altre strutture.

Con la creazione dell'Azienda U.S.L RM/A, sono stati avviati anche il "progetto difesa del minore immigrato" e il "progetto igiene mentale transculturale", ed infine nel mese di novembre 1996 si è costituito un gruppo di lavoro "immigrazione e salute" per realizzare un progetto obiettivo di tutela socio-sanitaria degli immigrati extracomunitari".

Documento azienda usl RM A

Azienda USL RMA
Prot. 1041/DS del 1.6.1996

Circolare applicativa dell'art. 13 del Decreto Legge 19 Marzo 1996 n. 132 "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione (...)"
Rif.: Telex del Ministro della Sanità n. 1000.v -33/5 - /187 del 14 Maggio 1996 e Telex dell'Assessorato Regionale Salvaguardia e Cura della Salute n.

3949/54 del 20 Maggio 1 996.

Il Ministro della Sanità ha ribadito che, con l'art. 13 del Decreto Legge sopracitato, viene garantito il diritto alla salute degli stranieri immigrati "irregolari" o "clandestini`, i quali potranno accedere alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

A) In forma gratuita o con il pagamento del ticket ove previsto:

1) Tutela della maternità responsabile e della gravidanza

Legge 29 Luglio 1975 n. 405 "Istituzione dei consultori familiari"

Legge 22 Maggio 1978 n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza"

Decreto Ministero Sanità 6 Marzo 1995 " Protocollo di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità responsabile"

2) Tutela della salute del minore

3) Controllo delle malattie infettive

soggetti a rischio (profilassi)

malati (diagnosi e cura ambulatoriale o ospedaliera)

B) Con pagamento delle tariffe regionali

1) Prestazioni specialistiche ambulatoriali (che non rientrano in quelle del capo A)

2) Ricoveri ospedalieri

I cittadino "straniero temporaneamente presente sprovvisto di mezzi finanziari deve essere assistito soltanto in caso di prestazione a carattere d'urgenza.

Le prestazioni di cui ai punti A e B devono essere finanziate con quota parte del Fondo Sanitario Nazionale.

I rimborsi per le prestazioni urgenti devono essere richiesti alla Prefettura di Roma.

Per i motivi sopra esposti, sarà necessaria **la rilevazione statistica delle singole prestazioni effettuate, indicando gli stranieri assistiti con il codice "S.T.P."**

Modalità di accesso alle prestazioni specialistiche:

Gli "stranieri temporaneamente presenti" sono stranieri che soggiornano sul territorio nazionale senza regolare permesso di soggiorno, in molti casi privi dei documenti richiesti per l'ingresso, oppure con permesso di soggiorno scaduto, quindi non sono iscrivibili al SSN e non possono scegliere un medico di fiducia tra quelli presenti nell'elenco dei medici convenzionati di ciascuna Azienda USL.

Per tali motivi, sarà possibile accedere alle prestazioni con prescrizioni di medici di strutture pubbliche oppure del volontariato e del privato sociale, su ricette diverse da quella a lettura ottica, con le seguenti indicazioni:

1) Intestazione della Struttura Sanitaria

2) Nome e Cognome dell'Assistito
3) Codice: S.T.P.
4) Timbro e firma del medico

"L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto".

Modalità di Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale

Si coglie l'occasione per segnalare la presenza di molti stranieri presenti regolarmente sul nostro territorio che non si sono inseriti nel Servizio Sanitario Pubblico, o perché pur essendo in possesso di regolare permesso, sono però senza residenza oppure perché anche se in possesso di entrambi i requisiti, non hanno effettuato o non hanno rinnovato l'iscrizione al SSN. Per tali motivi, è necessaria una azione di informazione e di orientamento dei cittadini stranieri da parte degli operatori delle unità operative, anche in collaborazione con gli operatori dell'Agenzia Immigrati di Via San Basilio 9.

IL DIRETTORE SANITARIO
AZIENDA USL RM/A
(Dr.ssa Patrizia Rodinò)

Istituto S. Gallicano

Una delle esperienze più significative nel settore pubblico di tutela ed assistenza sanitaria per gli immigrati è quella prodotta dall'Istituto S. Gallicano; ripercorriamo brevemente la sua storia così come la riferisce il dottor Aldo Morrone.

"Le malattie cutanee rappresentano una percentuale molto elevata delle patologie di cui possono soffrire gli immigrati e spesso sono la prima causa per cui si rivolgono al medico; non è un caso quindi come da oltre 10 anni si sia instaurata una stretta collaborazione tra le strutture sanitarie della Caritas di Roma, che come è stato illustrato in altre parti del libro si impegnano per garantire un diritto negato come quello alla salute per migliaia di immigrati che non possono fruire del Sistema Sanitario Nazionale, e l'Istituto Dermosifilopatico S. Gallicano che è una struttura specifica ed altamente specializzata per l'assistenza e la ricerca nel campo delle malattie cutanee e di quelle sessualmente trasmissibili.

Dalla fine del 1983, lentamente, quasi in punta di piedi, abbiamo iniziato, presso gli ambulatori dell'Istituto S. Gallicano a visitare pazienti provenienti da paesi extraeuropei, che alcuni amici, associazioni mediche volontarie e alcuni centri di pronto soccorso, ci inviavano perché non sapevano come fare per farli visitare in un ambiente qualificato e possibilmente senza pagare. Giorno dopo giorno, quasi

seguendo un tam-tam silenzioso e misterioso, ci trovammo a dover affrontare un costante e progressivo aumento di questi pazienti e ritenendo che non fosse altro che un evento temporaneo, non comprendemmo appieno l'importanza sociale e sanitaria di questo fenomeno. Solo l'anno successivo cominciammo a renderci conto che il fenomeno immigratorio era una novità con la quale anche noi medici avremmo dovuto confrontarci più seriamente. E così decidemmo dal gennaio 1985 di iniziare a registrare sia le visite effettuate, sia le eventuali analisi di laboratorio che si fossero rese necessarie, ignari comunque del fatto che una cosa è visitare 10-100 immigrati in un anno, altro è visitarne 1.000-2.000. In questa ottica abbiamo sviluppato una collaborazione più stretta con gli organismi di volontariato socio-sanitario che in quegli anni, in povertà di mezzi ma con grande intuizione, avevano cominciato ad offrire servizi di assistenza sanitaria; sono così stati avviati programmi di studio, prevenzione e terapia delle affezioni cutanee e veneree più frequenti e di nostra competenza.

Negli anni questa iniziativa di volontariato all'interno di una struttura pubblica man mano che diventava più "visibile" ha creato anche delle contestazioni: sicuramente si trattava di una novità difficilmente comprensibile da molti; *perché non ve ne andate alla Caritas o in qualche comunità a fare le vostre visite?* Questa era l'invito più gentile che ci veniva rivolto. Noi cercavamo di spiegare che l'Ospedale ci sembrava il luogo ideale per effettuare visite mediche. Non è forse questo il fine istituzionale di un ospedale e a maggior ragione di un Istituto di ricerca clinico-scientifico come il nostro?"

Per dare sempre più consistenza all'iniziativa sono state avviate delle convenzioni sul piano assistenziale e scientifico con vari organismi, tra cui la Caritas che da sempre ha sostenuto e "difeso" l'iniziativa.

Il 15 dicembre 1994 il Comune di Roma ha firmato un protocollo d'intesa tra Assessorato alle Politiche Sociali e dei Servizi alla Persona e l'Istituto S. Gallicano che "prevede la concessione del patrocinio alle attività di prevenzione e cura sia delle malattie infettive e diffusive che delle malattie in genere in favore dei cittadini extracomunitari".

Infine il 14 novembre 1996 gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri hanno ufficialmente deliberato (del. 600/14.11.1996) "l'istituzione di un servizio di medicina preventiva dell'immigrazione, del turismo e di dermatologia tropicale presso l'Istituto San Gallicano".

Documento
Istituti Fisioterapici Ospitalieri

Deliberazione n. 600 del 14.11.1996

Oggetto: Istituzione di un servizio di medicina preventiva dell'immigrazione, del turismo e di dermatologia tropicale presso l'istituto S. Gallicano.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

L'anno millenovecentonovantasei, il giorno 14 del mese di novembre, assistito dal Segretario Generale inc. dr. Antonio Della Gatta;

PREMESSO che la costante affluenza di cittadini stranieri in Italia, in particolare non appartenenti a Paesi facenti parte dell'Unione Europea, che negli ultimi anni ha prodotto una vera e propria condizione di emergenza sanitaria caratterizzata dalla presenza all'1.1.1996, di 991.419 cittadini stranieri di cui 827.416 extracomunitari, per una percentuale sulla popolazione residente pari all'1,7% nella sola Regione Lazio il numero equivale a 189.207 stranieri cioè il 25,5% del totale nazionale per una percentuale sulla popolazione residente nella città di Roma del 4,6%;

VISTO l'art. 11 della Legge 16 luglio 1996 n. 376 che assicura agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello Stato, nei presidi pubblici accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi ad essi i programmi di medicina preventiva;

RILEVATO che è altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane;

RITENUTO che l'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportarte alcun tipo di segnalazione salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano;

FATTE SALVE le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con Decreto del Ministro della Sanità, adottato di concerto con il Ministro del Tesoro nell'ambito del Fondo Sanitario Nazionale, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali;

VISTE le circolari esplicative del 3.1.96 e del 14.5.96 del Ministro della Sanità diramata agli Assessorati alla Sanità delle Regioni in cui si dispone di tenere presenti le seguenti direttive:

1) la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza comporta altresì la tutela del minore;

2) l'assistenza preventiva finalizzata al controllo della malattie infettive e diffusive deve ricomprendere la diagnosi e la cura sia ambulatoriale che ospedaliera;

3) al fine del rimborso degli oneri sostenuti dalle Unità Sanitarie Locali deve procedersi per via informatica al censimento degli stranieri assistiti cui sarà attribuito un codise S.T.P. (Straniero Temporaneamente Presente) ed alla registrazione della singola prestazione erogata;

4) l'assistenza preventiva viene riferita al complesso di attività e prestazioni di prevenzione collettiva consistenti nella profilassi delle malattie infettive e diffusive che prevedono vaccinazioni secondo le normative vigenti nell'ambito degli interventi e delle campagne di prevenzione collettiva autorizzate con atti formali dalle Regioni, interventi di profilassi internazionale e controllo delle malattie infettive (in particolare TBC, mst, parassitosi ed eventuale bonifica focolai);

CONSIDERATO che dal 1985 è, di fatto presso l'Istituto San Gallicano un Servizio di medicina per immigati e del Turismo - dermatologia tropicale - che su base volontaria ha visitato, curato e studiato oltre 20.000 pazienti stranieri operando sia come medico di prima istanza che come servizio specialistico;

PRESO ATTO del parere favorevole espresso dal Segretario Generale inc., dal

Direttore Sanitario, dal Direttore Scientifico dell'Istituto Regina Elena e dal Direttore Scientifico dell'Istituto S. Gallicano;

DELIBERA

- di istituire il Servizio di Medicina dell'Immigrazione e del Turismo a cui sono assegnati 2 medici (1 aiuto ed 1 assistente), 1 assistente sociale ed 1 infermiere professionale da individuare tra il personale già in servizio;
- di riservarsi di regolamentare, con successivo provvedimento, l'espletamento delle attività clinico-assistenziali e di ricerca;
- di richiedere alla Regione Lazio il formale riconoscimento del Servizio, quale Centro Pubblico di riferimento regionale per la medicina degli immigrati, del turismo e per la dermatologia tropicale.

IL SEGRETARIO GENERALE INC.
dr Antonio della Gatta

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
dr. Enzo Colaiacomo

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Gruppo di collegamento "Immigrazione e Salute" Lazio

Roma è certamente una città ricca di contraddizioni. Accanto ad esperienze come quelle citate estremamente interessanti (ed altre che per spazio abbiamo omesso ma vogliamo ricordare: **l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni - Addolorata** con una nota del direttore sanitario - prot. 2239 del 13.12.1995 - "attiva un ambulatorio di medicina generale specificatamente dedicato" ai soggetti extracomunitari "sprovvisti di medico di base"; l'**Azienda Ospedaliera N. Green** con una nota del direttore amministrativo del 31.1.1996 impegna l'ospedale all'applicazione dell'art. 13 DL 489/95; **l'Azienda USL RM E** con una serie di circolari interne, prendendo spunto da interventi di prevenzione in alcuni campi nomadi effettuati in collaborazione con la Caritas ed alla luce del predetto art. 13, progressivamente estende l'accesso a vari servizi anche per gli irregolari), accanto all'impegno del volontariato per certi versi trainante, convivono condizioni di abbandono, degrado, ingiustizia, non rispetto palese dei diritti. Forte è anche la dispersione di energie e risorse.

Partendo da queste considerazioni dal dicembre 1995, raccogliendo una esigenza diffusa tra vari operatori che, in ambito delle strutture di volontariato o in quelle pubbliche, si occupano di problematiche sanitarie degli immigrati, su iniziativa dell'Area Sanitaria della Caritas romana, si è costituito un *Gruppo di Collegamento Regionale* su queste tematiche. Obiettivo del Gruppo è quello di promuovere la tutela della salute del cittadino con riferimento particolare al cittadino immigrato, in quanto si ritiene che la salute sia un diritto inalienabile dell'uomo, indipendentemente dal proprio status giuridico.

Per fare ciò si sono identificate come vie percorribili e condivisibili quelle che prevedono una diffusa conoscenza dei diritti acquisiti, una messa in rete delle ri-

sorse, una condivisione delle informazioni e delle esperienze, una denuncia delle inadempienze, uno stimolo politico e sociale, una azione propositiva in campo assistenziale ed in ambito di approfondimento scientifico, verificando costantemente la reale possibilità di accesso e di fruizione nei servizi sanitari esistenti.

Il Gruppo ha deciso di aderire alla *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*, per sottolineare un interesse a collocarsi in un dibattito a carattere nazionale su queste tematiche e per potersi confrontare con realtà di altre regioni dove politiche locali diverse determinano, a volte, profonde differenze nella gestione delle problematiche socio-sanitarie degli immigrati.

In questi mesi gli incontri fatti sono serviti a conoscere e a dare una base comune di intenti alle varie componenti del gruppo, che sono molto diverse per estrazione culturale ed operativa. La decisione, ad esempio, di non separare operatori delle strutture pubbliche da quelli del privato sociale, rientra in un'ottica di massimo confronto e condivisione delle esperienze. Oltre ad un aggiornato ed attento esame dell'evoluzione normativa sul tema (D.L. sull'immigrazione con riferimento all'articolo sull'assistenza sanitaria n.13-oggi 11- e sulle circolari applicative), si è verificata la sua applicazione sul territorio laziale, si è avviato un progetto comune ad alcune strutture sullo studio della gravidanza nelle donne immigrate (coordinato dall'Istituto Superiore della Sanità) e sulle loro abitudini nutrizionali (coordinato dall'Istituto Nazionale dell'Alimentazione). La conoscenza reciproca e la messa in rete delle risorse sta promuovendo dei miglioramenti anche a livello di assistenza.

Un piccolo gruppo "tecnico" ha il compito di elaborare proposte strategiche ed operative: una prossima iniziativa sarà una consistente mobilitazione di informazione sulla tubercolosi e di prevenzione della malattia tra gli immigrati. Inserendosi in un progetto nazionale coordinato e finanziato dall'Istituto Superiore della Sanità, si avvierà uno screening di massa con possibilità di approfondimenti diagnostici ove necessario ed eventualmente interventi di terapia e/o profilassi. Queste ultime evenienze, considerando il fatto che sono ambiti previsti dalle normative attuali come atti dovuti ma fortemente disattesi, potranno essere occasione per stimolare gli enti locali, in particolare Regione e Aziende Sanitarie, ad intervenire attivamente e garantire un diritto ancora sulla carta. Il nuovo anno sociale inizia con la speranza che le novità intraviste nel recente passato, prima tra tutte la volontà di lavorare insieme su obiettivi comuni, possano portare frutti copiosi proprio nell'ambito della garanzia di un diritto così importante come quello alla salute.

Hanno aderito formalmente al Gruppo e partecipano regolarmente ai lavori i seguenti organismi: Area Sanitaria per Immigrati e Nomadi - Caritas Roma, Centro Studi Medicina dei Viaggi e Tropicale, Centro Welcome, Fondazione Silvano Andolfi, Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali, Servizio Medicina per Immigrati - Ospedale S. Gallicano, Solidarietà Vincenziana, Ufficio Speciale Immigrazione - Comune Roma, Ambulatorio Medico - Comunità di S. Egidio, Centro Astalli per l'Assistenza agli Immigrati, Gruppo Viale Angelico, Casa dei Diritti Sociali, Dipartimento Materno Infantile - Azienda USL RM C, Agenzia per Immigrati - Azienda USL RM A, Progetto bambini immigrati - Azienda USL RM A, Ufficio Immigrazione - Provincia di Roma. Partecipano agli incontri in forma saltuaria o ancora informalmente una decina di altri gruppi.

La sede provvisoria della segreteria del Gruppo è c/o la Direzione dell'Area Sanitaria della Caritas (via Marsala, 97 - 00185 Roma; tel. 06-446.32.82, fax 06-445.47.91).

SCHEDE STATISTICHE REGIONALI

a cura dell'équipe di redazione Dossier Statistico Immigrazione - Caritas

Qui riportate hanno il compito di facilitare l'inquadramento nelle varie regioni prendendo in considerazioni gli indicatori più significativi di tale presenza.
Sono state pubblicate a parte per il 1994 ("La critica Sociologica" n. 114-115/1995-96), inserite per l'anno successivo nel "Dossier Statistico Immigrazione 1995" e per il 1996 pubblicate in questo volume.
Il riferimento per l'elaborazione di queste schede rimane sempre il "Dossier Statistico Immigrazione", il volume che la Caritas Diocesana di Roma pubblica dal 1991, in autunno in collaborazione con la Caritas Italiana, il Centro Studi Emigrazione di Roma e la Fondazione Migrantes. Per approfondimenti metodoligici e un ulteriore approfondimento dei dati sinteticamente riportati è opportuna naturalmente la consultazione di tale volume (Edizioni Anterem, Roma, ottobre 1996).
E' invece qui opportuno soffermarsi sulle caratteristiche delle schede regionali riassuntive, che hanno scopo di presentare sinotticamente i più rilevanti aspetti della presenza straniera.
Una schede è dedicata alla situazione migratoria esistente complessivamente in Italia, essendo essa determinante come termine di comparazione per le singole regioni.
Ogni scheda è strutturata in cinque punti: presenza, provenienza, situazione familiare, scuola, lavoro. Solitamente i dati vengono riferiti al 1° gennaio 1996. Talvolta si tratta di dati cumulativi per un intero anno: ad esempio tutte le domande di ricongiungimento familiare presentate nel corso del 1995 o tutti i figli nati da entrambi i genitori stranieri (l'ultimo dato disponibile è quello relativo al 1994 così come per la percentuale dei lavoratori domestici stranieri sul totale della categoria).
Le percentuali, che hanno il compito di visualizzare le caratteristiche della presenza straniera nelle realtà regionali, sono calcolate - a seconda dei casi - a livello nazionale o al livello locale. Sono calcolate sul contesto italiano le seguenti percentuali (contrassegnate dal simbolo "❖") che indicano pertanto la quota spettante a ciascuna regione rispetto al totale nazionale:

- numero degli stranieri titolari di permesso di soggiorno (Fonte: Ministero dell'Interno);
- le richieste di ricongiungimento familiare (Fonte: Ministero del Lavoro);
- i figli di entrambi i genitori stranieri (Fonte: Istat);
- l'iscrizione di alunni stranieri alle scuole elementari, medie e superiori (Fonte: Istat); tra parentesi viene riportato il numero degli iscritti ai conservatori e alle accademie di belle arti, che per lo più sono studenti provenienti direttamente dall'estero e non figli di immigrati;
- le registrazioni dei lavoratori come disoccupati, avviati al lavoro, autorizzati a venire direttamente dall'estero (Fonte: Ministero del Lavoro);
- i lavoratori domestici per i quali vengono versati i contributi (Fonte: Inps);
- le rimesse medie pro-capite inviate dagli immigrati e il volume complessivo per regione (Fonte: Unione Italiana Cambi);
- il numero delle istanze di regolarizzazione al 31.3.1996 (Fonte: Ministero dell'Interno)

Sono invece calcolate sul contesto regionale le seguenti percentuali, (contrassegnate da simbolo "*"), che indicano pertanto la ripartizione risultante all'interno della regione:

- l'incidenza sulla popolazione residente della quale viene dinciato il numero all'inizio del 1995 (Fonte: Istat);

- la provenienza continentale dei titolari di permesso di soggiorno (Fonte: Ministero dell'Interno e Istat);
- la ripartizione per province tra cittadini comunitari e cittadini originari dei paesi non comunitari (Fonte: Ministero dell'Interno)
- la graduatoria delle principali comunità di immigrati (Fonte: Ministero dell'Interno);
- la ripartizione per sesso, distinguendo tra cittadini comunitari e non (Fonte: Ministero dell'Interno)
- la situazione anagrafica riferita a celibi, coniugati senza prole e coniugati con prole (Fonte: Ministero dell'Interno). Per la regione Valle d'Aosta, siccome per circa i due terzi non è stata registrata la situazione anagrafica, i valori percentuali indicati andrebbero moltiplicati per tre;
- il numero dei titolari di permesso di soggiorno per motivi familiari e motivi di lavoro (Fonte: Ministero dell'Interno).

Indubbiamente potevamo utilizzare anche altri indicatori, che peraltro sono stati riportati nel "Dossier Statistico". Abbiamo preferito però non appesantire la scheda, al fine di potenziare il valore sinottico e una lettura agevole.

ITALIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	991.419	100,00
Incidenza su popolazione residente	57.268.578	1,7
Provenienza (1995)		
• Europa		40,6
• America		14,8
• Africa		28,1
• Asia		16,0
• Oceania		0,4

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Nord	507.755	84.919	422.836
• Centro	319.827	59.790	260.037
• Sud	98.685	11.415	87.270
• Isole	65.152	7.879	57.273

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	41,3%	55,5%
• femmine	58,7%	45,5%
Anagrafe (1996)		
• Celibi	508.852	51,3%
• coniugati senza prole	338.148	34,1%
• coniugati con prole	90.532	9,1%

		Extracomunitari
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari ('95)		20,3
• domande ricongiung. famil.('95)	16.247	100,00
• figli di entrambi genitori stranieri ('94)	8.023	100,00
scuola (1993-94)		
• elementari	19.256	100,00
• medie inferiori	8.501	100,00
• medie superiori	(+1.417) 5.324	100,00
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		60,0
• disoccupati (1996)	98.421	100,00
• avviati al lavoro (1995)	111.265	100,00
• autorizzati dall'estero (1995)	24.246	100,00
• lavoratori domestici (1994)	58.954	24,2
• rimesse pro-capite (1995)	407.000	100,00
• regolarizzati (1996)	248.501	100,00

fonte: Elaborazioni Caritas Roma - Dossier Statistico Immigrazione '96

VALLE D'AOSTA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	2.564	0,3❖
Incidenza su popolazione residente	118.456	2,2*
Provenienza (1995)		
• Europa		43,4*
• America		10,5*
• Africa		41,4*
• Asia		4,4*
• Oceania		0,3*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Aosta	2.564	714	1.850

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	34,3%	62,9%*
• femmine	65,7%	47,1%*
Anagrafe (1996)		
• Celibi	397	15,5%*
• coniugati senza prole	328	12,8%*
• coniugati con prole	30	1,2%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari ('95)		23,7*
• domande ricongiung. famil.('95)	45	0,3❖
• figli di entrambi genitori stranieri ('94)	11	0,1❖
scuola (1993-94)		
• elementari	-	-
• medie inferiori	17	0,2❖
• medie superiori	6	0,10❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		65,2*
• disoccupati (1996)	327	0,3❖
• avviati al lavoro (1995)	516	0,5❖
• autorizzati dall'estero (1995)	20	0,1❖
• lavoratori domestici (1994)	61	12,8*
• rimesse pro-capite (1995)	111.000	0,1❖
• regolarizzati (1996)	302	0,1❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

PIEMONTE

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	51.880	5,2❖
Incidenza su popolazione residente	4.297.989	1,2*
Provenienza (1995)		
• Europa		39,0*
• America		9,6*
• Africa		40,4*
• Asia		10,6*
• Oceania		0,2*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac.
• Alessandria	5.004	683	4.231
• Asti	2.052	242	1.810
• Cuneo	5.684	740	4.944
• Novara	5.316	1.067	4.249
• Torino	29.854	5.613	24.241
• Vercelli	3.970	547	3.423

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	40,0%	71,2%*
• femmine	60,0%	28,8%*
Anagrafe (1996)		
• Celibi	24.429	47,1%
• coniugati senza prole	19.867	38,3%
• coniugati con prole	4.513	8,7%

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari ('95)		23,9❖
• domande ricongiung. famil.('95)	1.525	9,4*
• figli di entrambi genitori stranieri ('94)	611	14,7*
scuola (1993-94)		
• elementari	1.606	8,3❖
• medie inferiori	798	9,4❖
• medie superiori	(+62) 345	6,5❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		62,8*
• disoccupati (1996)	4.997	5,1❖
• avviati al lavoro (1995)	6.273	5,6❖
• autorizzati dall'estero (1995)	946	3,9❖
• lavoratori domestici (1994)	2.391	10,5*
• rimesse pro-capite (1995)	218.000	2,8❖
• regolarizzati (1996)	17.871	7,2❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

LOMBARDIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	229.868	23,2❖
Incidenza su popolazione residente	8.910.451	2,6*
Provenienza (1995)		
• Europa		38,1*
• America		10,5*
• Africa		32,8*
• Asia		18,1*
• Oceania		0,3*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Bergamo	11.799	1.366	10.433
• Brescia	17.322	1.850	15.472
• Como	11.242	2.365	8.877
• Cremona	3.503	374	3.129
• Mantova	4.619	284	4.335
• Milano	160.325	25.864	134.461
• Pavia	7.556	2.719	4.837
• Sondrio	1.298	252	1.046
• Varese	12.204	2.874	9.330

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	44,3%	58,1%*
• femmine	55,7%	41,9%*
Anagrafe (1996)		
• Celibi	119.025	51,8%*
• coniugati senza prole	82.880	36,1%*
• coniugati con prole	20.486	8,9%*

		Extracomunitari
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari ('95)		18,9*
• domande ricongiung. famil.('95)	4.111	25,3❖
• figli di entrambi genitori stranieri ('94)	2.168	27,0❖
scuola (1993-94)		
• elementari	3.976	20,6❖
• medie inferiori	1.901	22,4❖
• medie superiori	(+367) 910	17,1❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		67,9*
• disoccupati (1996)	20.704	21,0❖
• avviati al lavoro (1995)	20.375	18,3❖
• autorizzati dall'estero (1995)	2.154	8,9❖
• lavoratori domestici (1994)	11.698	32,2*
• rimesse pro-capite (1995)	301.000	17,1❖
• regolarizzati (1996)	51.270	20,6❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

LIGURIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	22.405	2,3❖
Incidenza su popolazione residente	1.663.696	1,4*
Provenienza (1995)		
• Europa		51,3*
• America		15,4*
• Africa		23,5*
• Asia		9,3*
• Oceania		0,3*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Genova	12.093	2.433	9.660
• Imperia	4.848	2.781	2.067
• La Spezia	2.538	549	1.989
• Savona	2.926	700	2.226

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	40,9%	53,4%*
• femmine	59,1%	46,6%*
Anagrafe		
• Celibi	9.461	42,2%*
• coniugati senza prole	8.763	39,1%*
• coniugati con prole	2.098	9,4%*

		Extracomunitari
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		19,8*
• domande ricongiung. famil.('95)	307	1,09*
• figli di entrambi genitori stranieri	157	2,0*
Scuola		
• elementari	441	2,3❖
• medie inferiori	241	2,8❖
• medie superiori	(+28) 207	3,9❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		55,8*
• disoccupati (1996)	3.818	3,9❖
• avviati al lavoro (1995)	1.850	1,7❖
• autorizzati dall'estero (1995)	539	2,2❖
• lavoratori domestici (1994)	1.431	19,1*
• rimesse pro-capite (1995)	248.000	1,4*
• regolarizzati (1996)	5.254	2,1*

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

TRENTINO ALTO ADIGE

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	27.512	2,8 ❖
Incidenza su popolazione residente	908.667	3,0*
Provenienza		
• Europa		70,1*
• America		5,3*
• Africa		17,9*
• Asia		6,2*
• Oceania		0,2*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Bolzano	18.114	7.090	11.024
• Trento	9.398	1.753	7.645

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	50,0%	66,3%*
• femmine	50,0%	33,7%*
Anagrafe		
• Celibi	13.000	47,3%*
• coniugati senza prole	9.788	35,6%*
• coniugati con prole	2.429	8,8%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		15,3❖
• domande ricongiung. famil.	285	1,8*
• figli di entrambi genitori stranieri	130	1,6*
Scuola		
• elementari	461	2,4❖
• medie inferiori	193	2,3❖
• medie superiori	89 (+13)	1,7❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		66,4*
• disoccupati (1996)	1.628	1,7❖
• avviati al lavoro (1995)	6.828	6,1❖
• autorizzati dall'estero (1995)	10.570	43,6❖
• lavoratori domestici (1994)	286	6,5*
• rimesse pro-capite (1995)	262.000	1,8❖
• regolarizzati (1996)	1.347	0,5❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

VENETO

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	72.489	7,3 ❖
Incidenza su popolazione residente	4.422.290	1,6*
Provenienza		
• Europa		22,5*
• America		16,2*
• Africa		33,1*
• Asia		8,4*
• Oceania		0,4*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Belluno	2.117	262	1.855
• Padova	12.025	1.682	10.343
• Rovigo	976	97	879
• Treviso	10.985	1.143	9.842
• Venezia	3.903	729	3.174
• Verona	16.371	2.606	13.765
• Vicenza	26.112	1.791	24.321

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	40,3%	58,0%*
• femmine	59,7%	42,0%*
Anagrafe		
• Celibi	32.268	44,5%*
• coniugati senza prole	29.100	40,1%*
• coniugati con prole	8.800	12,1%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		23,4*
• domande ricongiung. famil.	1.695	10,4❖
• figli di entrambi genitori stranieri	761	9,5❖
Scuola		
• elementari	1.660	8,6❖
• medie inferiori	538	6,3❖
• medie superiori	(+129) 262	4,9❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		67,9*
• disoccupati (1996)	6.362	6,5❖
• avviati al lavoro (1995)	18.438	16,5❖
• autorizzati dall'estero (1995)	433	1,8❖
• lavoratori domestici (1994)	2.536	16,2*
• rimesse pro-capite (1995)	246.000	4,4❖
• regolarizzati (1996)	16.639	6,7❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

FRIULI VENEZIA GIULIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	30.722	3,1 ❖
Incidenza su popolazione residente	1.191.248	2,6*
Provenienza		
• Europa		72,5*
• America		16,6*
• Africa		6,0*
• Asia		4,1*
• Oceania		0,5*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Gorizia	3.253	459	2.794
• Pordenone	8.025	872	7.153
• Trieste	12.231	1.255	10.976
• Udine	7.213	968	6.245

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	40,1%	52,3%*
• femmine	59,9%	47,7%*
Anagrafe		
• Celibi	12.033	39,2%*
• coniugati senza prole	11.980	39,0%*
• coniugati con prole	4.294	14,0%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	%
• permessi per motivi familiari		20,2*
• domande ricongiung. famil.	334	2,1❖
• figli di entrambi genitori stranieri	99	1,2❖
Scuola		
• elementari	588	3,1❖
• medie inferiori	264	3,1❖
• medie superiori	(+23) 395	7,4❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		51,2*
• disoccupati (1996)	2.334	2,4❖
• avviati al lavoro (1995)	3.507	3,2❖
• autorizzati dall'estero (1995)	433	1,8❖
• lavoratori domestici (1994)	976	20,9*
• rimesse pro-capite (1995)	277.000	2,1❖
• regolarizzati (1996)	2.295	0,9❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

EMILIA ROMAGNA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	70.315	7,1 ❖
Incidenza su popolazione residente	3.922.604	1,8*
Provenienza		
• Europa		35,9*
• America		7,6*
• Africa		42,6*
• Asia		13,6*
• Oceania		0,2*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Bologna	17.256	3.233	14.023
• Ferrara	2.396	568	1.828
• Forlì	12.129	2.040	10.089
• Modena	13.370	1.856	11.514
• Parma	7.396	931	6.465
• Piacenza	2.960	406	2.554
• Ravenna	5.329	556	4.773
• Reggio Emilia	9.479	605	8.874

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	40,3%	60,7%*
• femmine	59,7%	39,3%*
Anagrafe		
• Celibi	33.423	47,5%
• coniugati senza prole	18.241	25,9%*
• coniugati con prole	10.602	15,1%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	%
• permessi per motivi familiari		18,2*
• domande ricongiung. famil.	2.047	12,6❖
• figli di entrambi genitori stranieri	790	9,8❖
Scuola		
• elementari	2.165	11,3❖
• medie inferiori	885	10,4❖
• medie superiori	(+140) 1.065	20,0❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		70,8*
• disoccupati (1996)	9.989	10,1❖
• avviati al lavoro (1995)	17.100	15,4❖
• autorizzati dall'estero (1995)	981	4,0❖
• lavoratori domestici (1994)	2.868	18,2*
• rimesse pro-capite (1995)	241.000	4,2❖
• regolarizzati (1996)	13.555	5,5❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

TOSCANA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	64.435	6,5❖
Incidenza su popolazione residente	3.526.031	1,8*
Provenienza		
• Europa		42,9*
• America		15,2*
• Africa		22,1*
• Asia		19,3*
• Oceania		0,4*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Arezzo	4.080	692	3.388
• Firenze	28.744	5.536	23.208
• Grosseto	3.157	809	2.348
• Livorno	4.791	1.006	3.785
• Lucca	4.221	880	3.341
• Massa Carrara	3.001	534	2.467
• Pisa	7.397	1.279	6.118
• Pistoia	3.869	662	3.207
• Siena	5.175	1.098	4.071

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	34,6%	49,4%*
• femmine	65,4%	50,6%*
Anagrafe		
• Celibi	33.723	52,3%*
• coniugati senza prole	19.947	31,0%*
• coniugati con prole	7.202	11,2%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	%
• permessi per motivi familiari		19,4*
• domande ricongiung. famil.	1.206	7,4*
• figli di entrambi genitori stranieri	527	6,6*
Scuola		
• elementari	1.501	7,8❖
• medie inferiori	886	10,4❖
• medie superiori	739(+ 220)	13,9❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		60,0*
• disoccupati (1996)	7.035	7,1❖
• avviati al lavoro (1995)	7.841	7,0❖
• autorizzati dall'estero (1995)	547	2,3❖
• lavoratori domestici (1994)	4.640	21,4*
• rimesse pro-capite (1995)	1.286.000	20,5❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

UMBRIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	26.741	2,7❖
Incidenza su popolazione residente	822.480	3,3*
Provenienza		
• Europa		48,5*
• America		9,9*
• Africa		26,6*
• Asia		14,0*
• Oceania		0,9*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Perugia	24.380	6.416	17.964
• Terni	2.361	353	2.008

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	33,7%	49,0%*
• femmine	56,3%	51,0%*
Anagrafe		
• Celibi	18.209	68,1%*
• coniugati senza prole	6.064	22.7%*
• coniugati con prole	1.503	5,6%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	%
• permessi per motivi familiari		11,3*
• domande ricongiung. famil.	270	1,7*
• figli di entrambi genitori stranieri	134	1,7*
Scuola		
• elementari	424	2,2❖
• medie inferiori	160	1,9❖
• medie superiori	(+40) 76	1,4❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		65,2*
• disoccupati (1996)	2.595	2,6❖
• avviati al lavoro (1995)	3.011	2,7❖
• autorizzati dall'estero (1995)	350	1,4❖
• lavoratori domestici (1994)	499	9,5*
• rimesse pro-capite (1995)	51.000	0,3❖
• regolarizzati (1996)	2.721	1,1❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

MARCHE

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	18.302	1,8*
Incidenza su popolazione residente	1.441.031	1,3*
Provenienza		
• Europa		48,8*
• America		10,1*
• Africa		29,6*
• Asia		11,3*
• Oceania		0,1*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Ancona	4.897	819	4.078
• Ascoli	4.873	414	4.459
• Macerata	4.307	373	3.934
• Pesaro	4.225	618	3.607

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	40,0%	56,9%*
• femmine	60,0%	43,1%*
Anagrafe		
• Celibi	8.539	46,7%*
• coniugati senza prole	6.389	34,9%*
• coniugati con prole	1.831	10,0%*

		Extracomunitari
nuclei familiari	*val ass.*	%
• permessi per motivi familiari		18,8*
• domande ricongiung. famil.	492	3,0❖
• figli di entrambi genitori stranieri	202	2,5❖
Scuola		
• elementari	570	3,0❖
• medie inferiori	213	2,5❖
• medie superiori	(+72) 156	2,9❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro		66,1*
• disoccupati	2.094	2,1❖
• avviati al lavoro	3.846	3,5❖
• autorizzati dall'estero	583	10,9❖
• lavoratori domestici	698	9,5*
• rimesse pro-capite	342.000	1,5❖
• regolarizzati	2.908	1,2❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

LAZIO

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	210.349	21,2❖
Incidenza su popolazione residente	5.193.233	4,1*
Provenienza		
• Europa		37,6*
• America		17,6*
• Africa		18,1*
• Asia		25,9*
• Oceania		0,7*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Frosinone	3.252	474	2.778
• Latina	5.656	687	4.969
• Rieti	2.847	297	2.550
• Roma	194.390	36.209	158.181
• Viterbo	4.204	634	3.570

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	42,7%	51,9%*
• femmine	57,3%	48,1%*
Anagrafe		
• Celibi	132.800	63,1%*
• coniugati senza prole	64.476	30,7%*
• coniugati con prole	7.066	3,4%*

		Extracomunitari
nuclei familiari	*val ass.*	%
• permessi per motivi familiari		13,6*
• domande ricongiung. famil.	1.756	10,8❖
• figli di entrambi genitori stranieri	1.206	15,0❖
Scuola		
• elementari	2.858	14,8❖
• medie inferiori	1.479	17,4❖
• medie superiori	659 (+ 224)	12,4❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		49,7*
• disoccupati (1996)	14.944	15,2❖
• avviati al lavoro (1995)	8.652	7,8❖
• autorizzati dall'estero (1995)	2.646	10,9❖
• lavoratori domestici (1994)	18.099	45,8*
• rimesse pro-capite (1995)	467.000	24,3❖
• regolarizzati (1996)	52.675	21,2❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

ABRUZZO

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	16.598	1,7 ❖
Incidenza su popolazione residente	1.267.694	1,3*
Provenienza		
• Europa		65,7*
• America		12,3*
• Africa		14,1*
• Asia		7,0*
• Oceania		0,9*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Chieti	2.647	498	2.149
• L'Aquila	7.298	981	6.317
• Pescara	2.726	399	2.327
• Teramo	3.927	543	3.384

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	44,0%	58,9%*
• femmine	56,0%	41,1%*
Anagrafe		
• Celibi	8.019	48,3%*
• coniugati senza prole	5.194	31,3%*
• coniugati con prole	1.715	10,3%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		21,4*
• domande ricongiung. famil.	187	1,2❖
• figli di entrambi genitori stranieri	89	1,1❖
Scuola		
• elementari	371	1,9❖
• medie inferiori	163	1,9❖
• medie superiori	(+31) 40	0,7❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		66,5*
• disoccupati (1996)	2.086	2,1❖
• avviati al lavoro (1995)	2.566	2,3❖
• autorizzati dall'estero (1995)	209	0,9❖
• lavoratori domestici (1994)	307	7,0*
• rimesse pro-capite (1995)	210.000	0,9❖
• regolarizzati (1996)	3.084	1,2❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

MOLISE

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	1.149	0,1❖
Incidenza su popolazione residente	332.155	0,4*
Provenienza		
• Europa		51,9*
• America		17,6*
• Africa		26,2*
• Asia		3,5*
• Oceania		0,8*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Campobasso	722	81	641
• Isernia	427	40	387

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	31,4%	49,3%*
• femmine	68,6%	50,7%*
Anagrafe		
• Celibi	465	40,5%*
• coniugati senza prole	500	43,5%*
• coniugati con prole	77	6,7%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		26,4*
• domande ricongiung. famil.	10	-
• figli di entrambi genitori stranieri	7	0,1❖
Scuola		
• elementari	23	0,1❖
• medie inferiori	11	0,1❖
• medie superiori	5	0,1❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		51,7*
• disoccupati (1996)	154	0,2❖
• avviati al lavoro (1995)	101	0,1❖
• autorizzati dall'estero (1995)	104	0,4❖
• lavoratori domestici (1994)	61	5,5❖
• rimesse pro-capite (1995)	951.000	0,3❖
• regolarizzati (1996)	254	0,1❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

CAMPANIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	47.693	4,8❖
Incidenza su popolazione residente	5.745.761	0,8*
Provenienza		
• Europa		23,8*
• America		38,8*
• Africa		22,4*
• Asia		14,6*
• Oceania		0,3*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Avellino	1.285	273	1.012
• Benevento	706	76	630
• Caserta	7.639	329	7.310
• Napoli	34.335	3.559	30.776
• Salerno	3.728	604	3.124

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	30,9%	45,1%*
• femmine	69,1%	54,9%*
Anagrafe		
• Celibi	21.258	44,6%*
• coniugati senza prole	18.769	39,4%*
• coniugati con prole	5.304	11,1%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	%
• permessi per motivi familiari		42,9*
• domande ricongiung. famil.	381	2,3❖
• figli di entrambi genitori stranieri	146	1,8❖
Scuola		
• elementari	469	2,5❖
• medie inferiori	117	1,4❖
• medie superiori	69 (+24)	1,3❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		45,6*
• disoccupati (1996)	4.256	4,3❖
• avviati al lavoro (1995)	1.684	1,5❖
• autorizzati dall'estero (1995)	853	3,5❖
• lavoratori domestici (1994)	3.670	22,3*
• rimesse pro-capite (1995)	276.000	3,3❖
• regolarizzati (1996)	29.204	11,8❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

PUGLIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	19.986	2,0❖
Incidenza su popolazione residente	4.075.802	0,5*
Provenienza		
• Europa		43,2*
• America		24,4*
• Africa		26,7*
• Asia		5,4*
• Oceania		0,2*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Bari	7.450	1.135	6.315
• Brindisi	4.939	366	4.753
• Foggia	2.849	192	2.657
• Lecce	3.031	594	2.437
• Taranto	1.717	375	1.342

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	44,3%	52,1%*
• femmine	55,7%	47,9%*
Anagrafe		
• Celibi	7.871	39,4%*
• coniugati senza prole	8.300	41,5%*
• coniugati con prole	2.945	14,7%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	%
• permessi per motivi familiari		35,0*
• domande ricongiung. famil.	494	3,0❖
• figli di entrambi genitori stranieri	219	2,7❖
Scuola		
• elementari	560	2,9❖
• medie inferiori	240	2,9❖
• medie superiori	95 (+31)	1,8❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		55,1*
• disoccupati (1996)	1.978	2,0❖
• avviati al lavoro (1995)	2.752	2,5❖
• autorizzati dall'estero (1995)	68	0,3❖
• lavoratori domestici (1994)	1.209	14,4❖
• rimesse pro-capite (1995)	801.000	4,0❖
• regolarizzati (1996)	8.216	3,3❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

BASILICATA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	1.832	0,2❖
Incidenza su popolazione residente	610.699	0,3*
Provenienza		
• Europa		43,7*
• America		8,7*
• Africa		40,2*
• Asia		7,0*
• Oceania		0,4*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Matera	937	89	848
• Potenza	895	104	791

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	31,6%	63,3%*
• femmine	68,4%	36,7%*
Anagrafe		
• Celibi	547	29,9%*
• coniugati senza prole	442	24,1%*
• coniugati con prole	223	12,2%*

		Extracomunitari
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		23,2*
• domande ricongiung. famil.	30	0,2❖
• figli di entrambi genitori stranieri	17	0,2❖
Scuola		
• elementari	37	0,2❖
• medie inferiori	18	0,2❖
• medie superiori	20 (+3)	0,4❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		61,4*
• disoccupati (1996)	302	0,3❖
• avviati al lavoro (1995)	419	0,4❖
• autorizzati dall'estero (1995)	701	2,9❖
• lavoratori domestici (1994)	90	8,3*
• rimesse pro-capite (1995)	120.000	0,1❖
• regolarizzati (1996)	802	0,3❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

CALABRIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	11.427	1,2❖
Incidenza su popolazione residente	2.076.128	0,6*
Provenienza		
• Europa		28,4*
• America		10,0*
• Africa		46,0*
• Asia		14,7*
• Oceania		0,9*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Catanzaro	4.949	549	4.400
• Cosenza	2.266	333	1.933
• Reggio Calabria	4.212	295	3.917

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	32,8%	57,7%*
• femmine	67,2%	42,3%*
Anagrafe		
• Celibi	4.926	43,1%*
• coniugati senza prole	5.241	45,9%*
• coniugati con prole	389	3,4%*

		Extracomunitari
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		20,8*
• domande ricongiung. famil.	240	1,5❖
• figli di entrambi genitori stranieri	73	0,9❖
Scuola		
• elementari	410	2,1❖
• medie inferiori	83	1,0❖
• medie superiori	29 (+6)	0,6❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		64,6*
• disoccupati (1996)	1.684	1,7❖
• avviati al lavoro (1995)	650	0,6❖
• autorizzati dall'estero (1995)	423	1,7❖
• lavoratori domestici (1994)	730	24,6*
• rimesse pro-capite (1995)	446.000	1,3❖
• regolarizzati (1996)	5.209	2,1❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

SICILIA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	55.918	5,6❖
Incidenza su popolazione residente	5.082.697	1,1*
Provenienza		
• Europa		18,2*
• America		17,2*
• Africa		47,8*
• Asia		16,3*
• Oceania		0,5*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	ExtraC
• Agrigento	2.251	158	2.093
• Caltanissetta	1.200	122	1.078
• Catania	14.908	1.532	13.376
• Enna	459	91	368
• Messina	6.343	991	5.352
• Palermo	20.345	2.313	18.032
• Ragusa	3.653	96	3.557
• Siracusa	1.826	308	1.518
• Trapani	4.933	225	4.708

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	40,2%	61,2%*
• femmine	59,8%	38,8%*
Anagrafe		
• Celibi	25.094	44,9%*
• coniugati senza prole	18.316	32,8%*
• coniugati con prole	7.248	13,0%*

	Extracomunitari	
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		26,3*
• domande ricongiung. famil.	751	4,6❖
• figli di entrambi genitori stranieri	612	7,6❖
Scuola		
• elementari	867	4,5❖
• medie inferiori	218	2,6❖
• medie superiori	104 (+4)	2,0❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		66,4*
• disoccupati (1996)	9.331	9,5❖
• avviati al lavoro (1995)	4.505	4,0❖
• autorizzati dall'estero (1995)	777	3,2❖
• lavoratori domestici (1994)	6.508	41,5*
• rimesse pro-capite (1995)	606.000	8,4❖
• regolarizzati (1996)	16.749	6,4❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

SARDEGNA

Dati al 31/12/95	val ass.	%
Numero stranieri	9.234	0,9❖
Incidenza su popolazione residente	1.659.466	0,6*
Provenienza		
• Europa		37,8*
• America		17,6*
• Africa		37,6*
• Asia		6,6*
• Oceania		0,4*

Ripart. per provincie	*Totale*	*Com*	Extrac
• Cagliari	3.439	912	2.527*
• Nuoro	1.314	198	1.116*
• Oristano	476	85	391*
• Sassari	4.005	848	3.157*

Situazione familiare

Sesso (1996)	*Comunitari*	*Extrac.*
• maschi	37,4%	54,2%*
• femmine	52,6%	45,8%*
Anagrafe		
• Celibi	3.365	36,4%*
• coniugati senza prole	3.563	33,6%*
• coniugati con prole	1.777	13,9%*

		Extracomunitari
nuclei familiari	*val ass.*	*%*
• permessi per motivi familiari		32,4*
• domande ricongiung. famil.	81	0,5❖
• figli di entrambi genitori stranieri	64	0,8❖
Scuola		
• elementari	269	1,4❖
• medie inferiori	70	0,8❖
• medie superiori	49	0,9❖
Lavoro		
• permessi per motivi di lavoro (1996)		59,2*
• disoccupati (1996)	1.803	1,8❖
• avviati al lavoro (1995)	351	0,3❖
• autorizzati dall'estero (1995)	241	1,0❖
• lavoratori domestici (1994)	196	1,6❖
• rimesse pro-capite (1995)	387.000	0,9❖
• regolarizzati (1996)	2.478	1,0❖

**: riferito a dati regionali / ❖: riferito a dati nazionali*

LE PRIME TRENTA COMUNITÀ STRANIERE

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Rep. Mecedonia	2.785	15,3
2.	Albania	1.993	10,9
3.	Jugoslavia	1.752	9,6
4.	Marocco	1.205	6,6
5.	Romania	804	4,4
6.	Grecia	752	4,1
7.	Polonia	622	3,4
8.	R. F.Germania	419	2,3
9.	Francia	402	2,2
10.	Senegal	368	2,0
11.	Venezuela	365	2,0
12.	Tunisia	359	2,0
13.	Stati Uniti	324	1,8
14.	Cina popolare	323	1,8
15.	Rep. Dominicana	277	1,5
16.	Brasile	273	1,5
17.	Argentina	263	1,4
18.	Gran Bretagna	262	1,4
19.	Croazia	257	1,4
20.	Filippine	234	1,3
21.	Conf. Stati Ind.	228	1,2
22.	Canada	204	1,1
23.	Bulgaria	197	1,1
24.	Iran	192	1,0
25.	Colombia	179	1,0
26.	Bosnia-Erzeg.	159	0,9
27.	Ungheria	145	0,8
28.	Pakistan	144	0,8
29.	India	139	0,8
30.	Spagna	133	0,7
Totale CEE		***2.297***	
Tot. Altri Paesi		***15.908***	
Tot. Paesi Esteri		***18.205***	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Albania	657	26,9
2.	Marocco	599	24,5
3.	Tunisia	177	7,2
4.	Romania	144	5,9
5.	India	76	3,1
6.	Francia	71	2,9
7.	R.F.Germania	64	2,6
8.	Croazia	44	1,8
9.	Stati Uniti	41	1,7
10.	Algeria	36	1,5
11.	Polonia	32	1,3
12.	Brasile	31	1,3
13.	Argentina	29	1,2
14.	Spagna	28	1,1
15.	Gran Bretagna	27	1,1
16.	Jugoslavia	26	1,1
17.	Pakistan	25	1,0
18.	Bosnia-Erzeg.	18	0,7
19.	Bulgaria	17	0,7
20.	Filippine	14	0,6
21.	Belgio	13	0,5
22.	Svizzera	13	0,5
23.	Venezuela	12	0,5
24.	Colombia	11	0,4
25.	Conf. Stati Ind.	11	0,4
26.	Rep. Dominicana	11	0,4
27.	El Salvador	11	0,4
28.	Cuba	10	0,4
29.	Iran	10	0,4
30.	Rep.Macedonia	10	0,4
Totale CEE		***230***	
Tot. Altri Paesi		***2.216***	
Tot. Stati Esteri		***2.446***	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	4.625	33,8
2.	Filippine	917	6,7
3.	Albania	729	5,3
4.	Polonia	661	4,8
5.	Romania	432	3,1
6.	Stati Uniti	411	3,0
7.	Jugoslavia	369	2,7
8.	India	355	2,6
9.	Argentina	350	2,5
10.	R.F. Germania	343	2,5
11.	Senegal	334	2,4
12.	Tunisia	309	2,2
13.	Brasile	283	2,1
14.	Francia	250	1,8
15.	Algeria	218	1,6
16.	Australia	204	1,5
17.	Conf. Stati Ind.	182	1,3
18.	Canada	158	1,1
19.	Gran Bretagna	146	1,1
20.	Grecia	130	0,9
21.	Isole Seychelles	129	0,9
22.	Spagna	110	0,8
23.	Svizzera	110	0,8
24.	Pakistan	97	0,7
25.	Cina Popolare	91	0,7
26.	Rep.Macedonia	82	0,6
27.	Bulgaria	78	0,6
28.	Iran	78	0,6
29.	Nigeria	68	0,5
30.	Colombia	65	0,5
Totale CEE		***1.194***	
Tot. Altri Paesi		***12.498***	
Tot. Stati Esteri		***13.692***	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Stati Uniti	10.510	18,5
2.	Marocco	5.813	10,3
3.	Tunisia	3.548	6,3
4.	Sri Lanka	3.499	6,2
5.	Filippine	2.637	4,6
6.	Romania	1.757	3,1
7.	Polonia	1.732	3,0
8.	Gran Bretagna	1.593	2,8
9.	Albania	1.576	2,8
10.	Somalia	1.555	2,7
11.	Capo Verde	1.430	2,5
12.	Brasile	1.416	2,5
13.	Grecia	1.174	2,1
14.	Algeria	1.170	2,1
15.	Rep.Dominicana	1.115	2,0
16.	Senegal	1.055	1,9
17.	Ghana	869	1,5
18.	Jugoslavia	856	1,5
19.	R.F. Germania	812	1,4
20.	Cina Popolare	738	1,3
21.	Conf. Stati Ind.	614	1,1
22.	Nigeria	564	1,0
23.	Francia	490	0,9
24.	Colombia	476	0,8
25.	Perù	464	0,8
26.	India	437	0,8
27.	Svizzera	420	0,7
28.	Argentina	381	0,7
29.	Etiopia	373	0,6
30.	Costa d'Avorio	372	0,6
Totale CEE		***5.122***	
Tot. Altri paesi		***51.520***	
Tot. Stati Esteri		***56.642***	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	12.811	16,8
2.	Tunisia	5.753	7,5
3.	Senegal	3.937	5,1
4.	Albania	3.754	4,9
5.	Jugoslavia	2.592	3,4
6.	Ghana	2.307	3,0
7.	Cina Popolare	2.195	2,9
8.	San Marino	2.122	2,8
9.	Filippine	2.105	2,7
10.	Romania	1.961	2,6
11.	Gran Bretagna	1.902	2,5
12.	R.F. Germania	1.863	2,4
13.	Francia	1.675	2,2
14.	Brasile	1.411	1,8
15.	Polonia	1.273	1,7
16.	Pakistan	1.247	1,6
17.	Stati Uniti	1.161	1,5
18.	India	1.135	1,5
19.	Croazia	1.094	1,4
20.	Grecia	1.061	1,4
21.	Bosnia-Erzeg.	1.003	1,3
22.	Rep. Araba	1.002	1,3
23.	Rep.Dominicana	985	1,3
24.	Nigeria	967	1,3
25.	Spagna	880	1,1
26.	Somalia	849	1,1
27.	Conf. Stati Ind.	783	1,0
28.	Rep.Macedonia	783	1,0
29.	Sri Lanka	743	1,0
30.	Argentina	735	1,0
Totale CEE		***9.704***	
Tot. Altri paesi		***66.641***	
Tot. Stati Esteri		***76.345***	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Jugoslavia	5.375	17,0
2.	Croazia	4.222	13,4
3.	Stati Uniti	3.700	11,8
4.	Slovenia	3.051	9,7
5.	Albania	1.579	5,0
6.	Bosnia-Erzeg.	1.380	4,4
7.	R.F. Germania	713	2,3
8.	Gran Bretagna	598	1,9
9.	Colombia	592	1,9
10.	Austria	580	1,8
11.	Romania	567	1,8
12.	Francia	519	1,6
13.	Cina Popolare	517	1,6
14.	Marocco	468	1,5
15.	Ghana	454	1,4
16.	Ungheria	422	1,3
17.	Grecia	342	1,1
18.	Conf. Stati Ind.	338	1,1
19.	Argentina	265	0,8
20.	Rep. Dominicana	265	0,8
21.	Polonia	261	0,8
22.	Brasile	248	0,8
23.	Spagna	232	0,7
24.	Filippine	229	0,7
25.	Svizzera	227	0,7
26.	Tunisia	221	0,7
27.	Rep.Macedonia	212	0,7
28.	Bulgaria	192	0,6
29.	India	175	0,5
30.	Cecoslovacchia	167	0,5
Totale CEE		***3.596***	
TOT. Altri paesi		***27.929***	
Tot. Stati Esteri		***31.525***	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Filippine	21.730	9,1
2.	Stati Uniti	12.364	5,2
3.	Jugoslavia	10.951	4,6
4.	Polonia	10.932	4,6
5.	India	8.284	3,5
6.	Spagna	8.275	3,5
7.	Romania	7.930	3,3
8.	Gran Bretagna	7.041	2,9
9.	Marocco	6.725	2,8
10.	Somalia	6.619	2,8
11.	Rep. Araba	6.498	2,7
12.	Francia	6.491	2,7
13.	R. F. Germania	6.147	2,6
14.	Brasile	6.146	2,6
15.	Albania	5.659	2,4
16.	Bangladesh	5.320	2,2
17.	Perù	5.286	2,2
18.	Sri Lanka	5.271	2,2
19.	Tunisia	4.427	1,9
20.	Cina Popolare	4.386	1,8
21.	Etiopia	4.157	1,7
22.	Rep.Macedonia	3.854	1,6
23.	Messico	3.228	1,3
24.	Colombia	3.025	1,3
25.	Argentina	2.518	1,0
26.	Capo Verde	2.320	1,0
27.	Grecia	2.264	0,9
28.	Portogallo	2.087	0,9
29.	Pakistan	2.043	0,8
30.	Giappone	2.002	0,8
Totale CEE		***39.769***	
Tot. Altri Paesi		***198.298***	
Tot. Stati Esteri		***238.067***	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	3.685	13,3
2.	R.F. Germania	1.859	6,7
3.	Francia	1.753	6,3
4.	Albania	1.474	5,3
5.	Svizzera	980	3,5
6.	Perù	959	3,5
7.	Gran Bretagna	921	3,3
8.	Ecuador	909	3,3
9.	Rep. Dominicana	817	3,0
10.	Tunisia	814	2,9
11.	Senegal	718	2,6
12.	San Marino	679	2,5
13.	Cina Popolare	660	2,4
14.	Stati Uniti	599	2,2
15.	Paesi Bassi	588	2,1
16.	Rep. Araba	569	2,1
17.	Jugoslavia	528	1,9
18.	Sri Lanka	492	1,8
19.	Spagna	448	1,6
20.	Brasile	446	1,6
21.	Filippine	431	1,6
22.	Cile	400	1,4
23.	Romania	380	1,4
24.	India	362	1,3
25.	Croazia	287	1,0
26.	Conf. Stati Ind.	281	1,0
27.	Polonia	277	1,0
28.	Grecia	252	0,9
29.	Iran	251	0,9
30.	Argentina	236	0,8
Totale CEE		***6.749***	
Tot. Altri Paesi		***20.843***	
Tot. Stati Esteri		***27.592***	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	26.865	10,4
2.	Filippine	15.793	6,1
3.	Rep. Araba	15.468	6,0
4.	Jugoslavia	9.708	3,8
5.	R.F. Germania	9.229	3,6
6.	Cina Popolare	8.659	3,4
7.	Senegal	8.372	3,2
8.	Svizzera	8.236	3,2
9.	Tunisia	7.871	3,1
10.	Francia	7.206	2,8
11.	Albania	7.036	2,7
12.	Gran Bretagna	6.843	2,7
13.	Brasile	6.481	2,5
14.	Stati Uniti	6.240	2,4
15.	Sri Lanka	5.238	2,0
16.	Romania	4.995	1,9
17.	Perù	4.779	1,9
18.	Giappone	4.342	1,7
19.	Somalia	4.082	1,6
20.	Spagna	3.960	1,5
21.	Etiopia	3.482	1,3
22.	Ghana	3.461	1,3
23.	Conf. Stati Ind.	3.295	1,3
24.	Croazia	3.202	1,2
25.	India	3.181	1,2
26.	Grecia	3.001	1,2
27.	Argentina	2.839	1,1
28.	Turchia	2.731	1,1
29.	Polonia	2.556	1,0
30.	Pakistan	2.417	0,9
Totale CEE		39.606	
Tot. Altri Paesi		217.252	
Tot. Stati Esteri		256.858	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	2.707	13,0
2.	Albania	2.140	10,3
3.	Rep.Macedonia	1.352	6,5
4.	Tunisia	1.067	5,1
5.	Jugoslavia	861	4,1
6.	Romania	782	3,8
7.	Bosnia-Erzeg.	650	3,1
8.	R.F. Germania	623	3,0
9.	Senegal	621	3,0
10.	Polonia	615	2,9
11.	Croazia	515	2,5
12.	Gran Bretagna	418	2,0
13.	Argentina	387	1,8
14.	Brasile	375	1,8
15.	Cina Popolare	372	1,8
16.	Francia	332	1,6
17.	Filippine	328	1,6
18.	Grecia	303	1,4
19.	Rep. Dominicana	301	1,4
20.	Nigeria	299	1,4
21.	Perù	289	1,4
22.	Iran	248	1,2
23.	Conf. Stati Ind.	244	1,2
24.	San Marino	244	1,2
25.	Stati Uniti	244	1,2
26.	Israele	225	1,1
27.	India	198	0,9
28.	Bulgaria	197	0,9
29.	Spagna	189	0,9
30.	Pakistan	175	0,8
Totale CEE		2.304	
Tot. Altri Paesi		18.508	
Tot. Stati Esteri		20.812	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Albania	242	17,4
2.	Marocco	236	17,0
3.	Polonia	95	6,8
4.	Romania	86	6,2
5.	Jugoslavia	74	5,3
6.	Stati Uniti d'Am.	54	3,9
7.	Tunisia	47	3,4
8.	Rep. Macedonia	39	2,8
9.	Brasile	36	2,6
10.	Argentina	33	2,4
11.	R.F. Germania	32	2,3
12.	Rep.Dominicana	31	2,2
13.	Francia	24	1,7
14.	Grecia	23	1,6
15.	Colombia	22	1,6
16.	Gran Bretagna	22	1,6
17.	Venezuela	20	1,4
18.	Bulgaria	19	1,4
19.	Croazia	18	1,3
20.	Spagna	18	1,3
21.	India	15	1,1
22.	Canada	13	0,9
23.	Ciad	12	0,9
24.	Sri Lanka	12	0,9
25.	Svizzera	12	0,9
26.	Filippine	10	0,7
27.	Ungheria	9	0,6
28.	Australia	8	0,6
29.	Cuba	7	0,5
30.	Conf. Stati Ind.	6	0,4
Totale CEE		140	
Tot. Altri Paesi		1.254	
Tot. Stati Esteri		1.394	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	15.092	23,2
2.	Albania	4.095	6,3
3.	Francia	2.907	4,5
4.	Senegal	2.326	3,6
5.	Romania	2.266	3,5
6.	Brasile	1.993	3,0
7.	Cina Popolare	1.936	3,0
8.	Perù	1.804	2,8
9.	Tunisia	1.719	2,6
10.	Svizzera	1.714	2,6
11.	Gran Bretagna	1.693	2,6
12.	Filippine	1.644	2,5
13.	Jugoslavia	1.582	2,4
14.	R.F. Germania	1.466	2,2
15.	Somalia	1.423	2,2
16.	Rep.Macedonia	1.261	1,9
17.	Rep. Araba	1.127	1,7
18.	Stati Uniti d'Am.	1.100	1,7
19.	Polonia	1.013	1,5
20.	Spagna	1.006	1,5
21.	Argentina	912	1,4
22.	Croazia	894	1,4
23.	Bosnia-Erzeg.	875	1,3
24.	Conf. Stati Ind.	836	1,3
25.	Rep.Dominicana	671	1,0
26.	Nigeria	568	0,9
27.	Iran	549	0,8
28.	Ghana	479	0,7
29.	India	466	0,7
30.	Costa d'Avorio	445	0,7
Totale CEE		9.320	
Tot. Altri Paesi		55.833	
Tot. Stati Esteri		65.153	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Albania	7.014	26,8
2.	Stati Uniti d'Am.	3.267	12,5
3.	Marocco	2.875	11,0
4.	Tunisia	1.303	5,0
5.	Grecia	1.065	4,1
6.	Isole Mauritius	1.015	3,9
7.	Jugoslavia	1.005	3,8
8.	Rep. Macedonia	834	3,2
9.	Senegal	641	2,4
10.	R.F. Germania	562	2,1
11.	Algeria	452	1,7
12.	Gran Bretagna	354	1,3
13.	Filippine	345	1,3
14.	Romania	327	1,2
15.	India	324	1,2
16.	Francia	289	1,1
17.	Brasile	255	1,0
18.	Sri Lanka	254	1,0
19.	Polonia	226	0,9
20.	Cina Popolare	225	0,9
21.	Etiopia	207	0,8
22.	Croazia	203	0,8
23.	Svizzera	181	0,7
24.	Spagna	168	0,6
25.	Conf. Stati Ind.	162	0,6
26.	Costa d'Avorio	158	0,6
27.	Bosnia-Erzeg.	104	0,4
28.	Colombia	102	0,4
29.	Somalia	91	0,3
30.	Iran	85	0,3
Totale CEE		2.703	
Tot. Altri Paesi		23.391	
Tot. Stati Esteri		26.154	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Senegal	1.752	17,0
2.	Marocco	1.742	13,4
3.	Stati Uniti d'Am.	936	11,8
4.	R.F. Germania	626	9,7
5.	Gran Bretagna	447	5,0
6.	Francia	346	4,4
7.	Jugoslavia	278	2,3
8.	Tunisia	268	1,9
9.	Polonia	254	1,9
10.	Filippine	213	1,8
11.	Svizzera	188	1,8
12.	Albania	186	1,6
13.	Cina Popolare	158	1,6
14.	Bosnia-Erzeg.	156	1,5
15.	Brasile	154	1,4
16.	Romania	154	1,3
17.	Ungheria	145	1,1
18.	Spagna	144	1,1
19.	Belgio	134	0,8
20.	Grecia	103	0,8
21.	Paesi Bassi	103	0,8
22.	India	100	0,8
23.	Conf. Stati Ind.	88	0,7
24.	Iran	86	0,7
25.	Pakistan	85	0,7
26.	Rep.Dominicana	84	0,7
27.	Perù	66	0,7
28.	Bulgaria	52	0,6
29.	Portogallo	51	0,5
30.	Cuba	50	0,5
Totale CEE		2.083	
Tot. Altri Paesi		8.064	
Tot. Stati Esteri		10.147	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Tunisia	14.041	22,5
2.	Marocco	6,766	10,8
3.	Stati Uniti d'Am.	5.722	9,2
4.	Sri Lanka	4.760	7,6
5.	Isole Mauritius	4.274	6,8
6.	Filippine	2.325	3,8
7.	Albania	2.311	3,7
8.	Ghana	1.605	2,6
9.	Jugoslavia	1.526	2,4
10.	Romania	1.365	2,2
11.	R.F. Germania	1.339	2,1
12.	Grecia	1.243	2,0
13.	Senegal	1.226	2,0
14.	Francia	970	1,5
15.	Gran Bretagna	908	1,4
16.	Polonia	710	1,1
17.	Bangladesh	641	1,0
18.	Colombia	554	0,9
19.	Algeria	524	0,8
20.	Brasile	524	0,8
21.	Conf. Stati Ind.	491	0,8
22.	Iran	450	0,7
23.	Australia	433	0,7
24.	Argentina	396	0,6
25.	Svizzera	381	0,6
26.	Venezuela	376	0,6
27.	Spagna	374	0,6
28.	Cina Popolare	357	0,6
29.	Capo Verde	326	0,5
30.	Costa d'Avorio	279	0,4
Totale CEE		5.886	
Tot. Altri Paesi		56.490	
Tot. Stati Esteri		62.376	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Stati Uniti d'Am.	6.394	8,6
2.	Marocco	5.837	7,8
3.	R.F. Germania	4.178	5,6
4.	Albania	4.119	5,5
5.	Cina Popolare	3.553	4,8
6.	Jugoslavia	3.226	4,3
7.	Filippine	2.981	4,0
8.	Romania	2.800	3,7
9.	Senegal	2.580	3,4
10.	Gran Bretagna	2.563	3,4
11.	Svizzera	1.963	2,6
12.	Somalia	1.897	2,5
13.	Francia	1.833	2,4
14.	Polonia	1.648	2,2
15.	Brasile	1.568	2,1
16.	Tunisia	1.236	1,6
17.	Sri Lanka	1.175	1,6
18.	Rep.Dominicana	1.137	1,5
19.	Rep. Macedonia	1.137	1,5
20.	India	1.098	1,5
21.	Giappone	1.036	1,4
22.	Perù	894	1,2
23.	Conf. Stati Ind.	881	1,2
24.	Croazia	863	1,1
25.	Spagna	859	1,1
26.	Grecia	836	1,1
27.	Rep. Araba	737	1,0
28.	Iran	679	0,9
29.	Bulgaria	676	0,9
30.	Paesi Bassi	659	0,9
Totale CEE		13.196	
Tot. Altri Paesi		61.444	
Tot. Stati Esteri		74.640	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	R.F. Germania	5.742	18,4
2.	Rep. Ceca	2.654	8,5
3.	Marocco	2.318	7,4
4.	Jugoslavia	2.269	7,3
5.	Austria	1.939	6,2
6.	Croazia	1.426	4,6
7.	Rep. Slovacca	1.199	3,9
8.	Polonia	1.179	3,8
9.	Bosnia-Erzeg.	1.164	3,7
10.	Albania	1.153	3,7
11.	Tunisia	1.090	3,5
12.	Rep. Macedonia	1.068	3,4
13.	Ungheria	778	2,5
14.	Colombia	748	2,4
15.	Pakistan	695	2,2
16.	Gran Bretagna	364	1,2
17.	Svizzera	335	1,1
18.	Paesi Bassi	315	1,0
19.	Brasile	300	1,0
20.	Romania	299	0,9
21.	Francia	259	0,8
22.	Senegal	226	0,7
23.	Stati Uniti d'Am.	217	0,7
24.	Cina Popolare	195	0,6
25.	Algeria	191	0,6
26.	Rep.Dominicana	176	0,6
27.	Slovenia	172	0,5
28.	Spagna	150	0,5
29.	Conf. Stati Ind.	147	0,5
30.	India	140	0,4
Totale CEE		9.226	
Tot. Altri Paesi		21.947	
Tot. Stati Esteri		31.173	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	2.443	10,3
2.	R.F. Germania	1.438	6,1
3.	Albania	1.403	5,9
4.	Rep. Macedonia	1.191	5,0
5.	Romania	1.180	5,0
6.	Jugoslavia	1.093	4,6
7.	Polonia	903	3,8
8.	Grecia	877	3,7
9.	Gran Bretagna	660	2,8
10.	Stati Uniti d'Am.	659	2,8
11.	Brasile	571	2,4
12.	Filippine	534	2,2
13.	Francia	494	2,1
14.	Corea del Sud	479	2,0
15.	Tunisia	439	1,8
16.	Iran	436	1,8
17.	Cina Popolare	404	1,7
18.	Spagna	390	1,6
19.	Bulgaria	350	1,5
20.	Perù	331	1,4
21.	Algeria	307	1,3
22.	Nigeria	306	1,3
23.	Svizzera	297	1,2
24.	Croazia	288	1,2
25.	Rep.Dominicana	280	1,2
26.	Australia	275	1,1
27.	Conf. Stati Ind.	254	1,1
28.	Somalia	254	1,1
29.	Costa d'Avorio	222	1,1
30.	Giappone	242	1,0
Totale CEE		4.836	
Tot. Altri Paesi		18.888	
Tot. Stati Esteri		23.724	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	774	25,9
2.	Francia	363	12,2
3.	Tunisia	219	7,3
4.	Gran Bretagna	195	6,5
5.	Albania	155	5,2
6.	Rep.Dominicana	94	3,1
7.	Polonia	76	2,5
8.	Brasile	71	2,4
9.	Svizzera	71	2,4
10.	R.F. Germania	59	2,0
11.	Croazia	50	1,7
12.	Cina Popolare	49	1,6
13.	Belgio	47	1,6
14.	Jugoslavia	47	1,6
15.	Romania	44	1,5
16.	Argentina	40	1,3
17.	Bosnia-Erzeg.	38	1,3
18.	Stati Uniti d'Am.	38	1,3
19.	Spagna	34	1,1
20.	Rep. Araba	33	1,1
21.	Algeria	32	1,1
22.	Giappone	26	0,9
23.	Conf. Stati Ind.	25	0,8
24.	Filippine	20	0,7
25.	Portogallo	18	0,6
26.	Somalia	18	0,6
27.	Madagascar	17	0,6
28.	Svezia	16	0,5
29.	Paesi Bassi	15	0,5
30.	Canada	14	0,5
Totale CEE		780	
Tot. Altri Paesi		2.204	
Tot. Stati Esteri		2.984	

Prime 30 comunità

		presenze	val. %
1.	Marocco	11.437	14,2
2.	Jugoslavia	9.613	11,9
3.	Stati Uniti d'Am.	7.811	9,7
4.	Ghana	4.296	5,3
5.	Croazia	4.263	5,3
6.	Albania	3.589	4,4
7.	Romania	2.436	3,0
8.	R.F. Germania	2.365	2,9
9.	Senegal	2.220	2,7
10.	Bosnia-Erzeg.	1.790	2,2
11.	Cina Popolare	1.754	2,2
12.	Tunisia	1.584	2,0
13.	Gran Bretagna	1.408	1,7
14.	Francia	1.391	1,7
15.	Brasile	1.335	1,6
16.	Filippine	1.296	1,6
17.	Nigeria	1.250	1,5
18.	Sri Lanka	1.130	1,4
19.	Rep. Macedonia	963	1,2
20.	Polonia	890	1,1
21.	India	858	1,1
22.	Conf. Stati Ind.	817	1,0
23.	Rep.Dominicana	779	1,0
24.	Spagna	661	0,8
25.	Svizzera	632	0,8
26.	Somalia	600	0,7
27.	Colombia	573	0,7
28.	Grecia	571	0,7
29.	Argentina	530	0,6
30.	Paesi Bassi	479	0,6
Totale CEE		8.388	
Tot. Altri Paesi		72.108	
Tot. Stati Esteri		80.496	

ITALIA - Motivi del soggiorno

Motivi del soggiorno	1994		1994				1995		1995			
	comunitari	*extracom.*	*totale*	*valore% comunit.*	*valore % extracom.*	*media generale*	*comunitari*	*extracom.*	*totale*	*valore % comunit.*	*valore % extrac.*	*media generale*
Lavoro subordinato	49.817	443.924	493.741	35,2	56,8	53,5	58.979	459.416	518.395	36,0	55,5	52,3
Occupati	44.635	283.196	327.831	31,5	36,3	35,5	52.232	294.836	347.068	31,8	35,6	35,0
Attesa perf. pratica	1.174	7.098	8.272	0,8	0,9	0,9	1.141	6.104	7.245	0,7	0,7	0,7
disoccupati	4.002	107.312	111.314	2,8	13,7	12,1	5.597	102.776	108.373	3,4	12,4	10,9
marinai	0	28	28	0,0	0,0	0,0	0	25	25	0,0	0,0	0,0
mot. uman. con poss. di lavoro	6	46.290	46.296	0,0	5,9	5,0	9	55.675	55.684	0,0	6,7	5,6
Lavoro autonomo	8.963	28.073	37.036	6,3	3,6	4,0	10.313	28.118	38.431	6,3	3,4	3,9
Occupati	8.553	22.732	31.285	6,0	2,9	3,4	9.841	23.204	33.045	6,0	2,8	3,3
Attesa perf. pratica	410	5.341	5.751	0,3	0,7	0,6	472	4.914	5.386	0,3	0,6	0,5
Totale lavoro	*58.780*	*471.997*	*530.777*	*41,5*	*60,4*	*57,5*	*69.292*	*487.534*	*556.826*	*42,3*	*58,9*	*56,2*
attesa adozione	10	8416	8.426	0,0	1,1	0,9	10	9272	9.282	0,0	1,1	0,9
attesa affidamento	12	713	725	0,0	0,0	0,0	12	954	966	0,0	0,1	0,0
asilo politico	2	3.650	3.652	0,0	0,5	0,4	3	3.631	3.634	0,0	0,4	0,4
richiesta asilo	0	6.602	6.602	0,0	0,8	0,7	1	6.717	6.718	0,0	0,8	0,7
giudiziari e detenzione	39	4.900	4.939	0,0	0,6	0,5	50	5.526	5.576	0,0	0,7	0,6
attesa emigrazione	0	523	523	0,0	0,0	0,0	0	486	486	0,0	0,0	0,0
famiglia	26.468	128.854	155.322	18,7	16,5	16,8	30.714	144.279	174.993	18,7	17,4	17,7
non specificato	349	7.455	7.804	0,2	1,0	0,8	362	6.387	6.749	0,2	0,8	0,7
motivi religiosi	13.337	40.162	53.499	9,4	5,1	5,8	14.318	43.167	57.485	8,7	5,2	5,8
residenza elettiva	20.365	22.877	43.242	14,4	2,9	4,7	23.239	20.779	44.018	14,2	2,5	4,4
salute	342	2.568	2.910	0,2	0,3	0,3	363	2.797	3.160	0,2	0,3	0,3
studio	16.675	38.867	55.542	11,8	5,0	6,0	18.533	43.298	61.831	11,3	5,2	6,2
turismo	5.148	34.510	39.658	3,6	4,4	4,3	7.022	41.528	48.550	4,3	5,0	4,9
motivi vari	50	9.035	9.085	0,0	1,2	1,0	84	11.061	11.145	0,0	1,3	1,1
totale	*141.577*	*781.129*	*922.706*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*164.003*	*827.416*	*991.419*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

fonte: Elaborazioni Caritas Roma-Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministro dell'Interno

Stranieri e classi di età. Valori assoluti (31.12.95)

provincia	*Val. Assoluti*					*Val. % per Provincia*					*Val. % per Età*			
	0-18	*19-40*	*41-60*	*61e oltre*	*Totale*	*0-18*	*19-40*	*41-60*	*61 e oltre*	*Totale*	*0-18*	*19-40*	*41-60*	*61 e oltre*
Val d'Aosta	165	1.822	404	167	2.558	6,5	71,2	15,8	6,5	100,0	0,5	0,3	0,2	0,2
Piemonte	3.249	36.602	8.795	3.114	51.760	6,3	70,7	17,0	6,0	100,0	10,5	5,3	4,4	4,3
Lombardia	5.654	163.387	45.307	14.807	229.155	2,5	71,3	19,8	6,5	100,0	18,2	23,8	22,7	20,5
Liguria	1.177	12.361	5.233	3.465	22.236	5,3	55,6	23,5	15,6	100,0	3,8	1,8	2,6	4,8
Trentino AA.	396	18.922	5.051	3.067	27.436	1,4	69,0	18,4	11,2	100,0	1,3	2,8	2,5	4,2
Veneto	2.675	52.720	13.467	3.553	72.415	3,7	72,8	18,6	4,9	100,0	8,6	7,7	6,8	4,9
Friuli V.G.	1.637	18.904	7.678	2.422	30.641	5,3	61,7	25,1	7,9	100,0	5,3	2,8	3,8	3,3
Emilia R.	2.403	52.883	11.744	3.216	70.246	3,4	75,3	16,7	4,6	100,0	7,7	7,7	5,9	4,4
Nord	*17.356*	*357.601*	*97.679*	*33.811*	*506.447*	*3,4*	*70,6*	*19,3*	*6,7*	*100,0*	*55,9*	*52,1*	*49,0*	*46,8*
Toscan	2.059	45.718	12.319	4.183	64.279	3,2	71,1	19,2	6,5	100,0	6,6	6,7	6,2	5,8
Umbria	855	21.086	3.675	1.115	26.731	3,2	78,9	13,7	4,2	100,0	2,8	3,1	1,8	1,5
Marche	739	14.046	2.680	814	18.279	4,0	76,8	14,7	4,5	100,0	2,4	2,0	1,3	1,1
Lazio	2.967	134.305	49.276	23.609	210.157	1,4	63,9	23,4	11,2	100,0	9,5	19,6	24,7	32,6
Centro	*6.620*	*215.155*	*67.950*	*29.721*	*319.446*	*2,1*	*67,4*	*21,3*	*9,3*	*100,0*	*21,3*	*31,3*	*34,1*	*41,1*
Abruzzi	623	12.871	2.346	747	16.587	3,8	77,6	14,1	4,5	100,0	2,0	1,9	1,2	1,0
Campania	2.100	30.510	11.765	3.237	47.612	4,4	64,1	24,7	6,8	100,0	6,8	4,4	5,9	4,5
Molise	99	803	192	54	1.148	8,6	69,9	16,7	4,7	100,0	0,3	0,1	0,0	0,0
Basilicata	119	1.310	345	56	1.830	6,5	71,6	18,9	3,1	100,0	0,4	0,2	0,2	0,0
Puglia	667	14.269	4.179	859	19.974	3,3	71,4	20,9	4,3	100,0	2,1	2,1	2,1	1,2
Calabria	658	7.614	2.493	647	11.412	5,8	66,7	21,8	5,7	100,0	2,1	1,1	1,3	0,9
Sud	*4.266*	*67.377*	*21.320*	*5.600*	*98.563*	*4,3*	*68,4*	*21,6*	*5,7*	*100,0*	*13,7*	*9,8*	*10,7*	*7,7*
Sicilia	2.622	39.929	10.505	2.794	55.850	4,7	71,5	18,8	5,0	100,0	8,4	5,8	5,3	3,9
Sardegna	210	6.636	1.982	393	9.221	2,3	72,0	21,5	4,3	100,0	0,7	1,0	1,0	0,5
Isole	*2.832*	*46.565*	*12.487*	*3.187*	*65.071*	*4,4*	*71,6*	*19,2*	*4,9*	*100,0*	*9,1*	*6,8*	*6,3*	*4,4*
TOTALE	**31.074**	**686.698**	**199.436**	**72.319**	**989.527**	**3,1**	**69,4**	**20,2**	**7,3**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,**

NB: Rilevazione effettuata su 989.527; 1892 persone non risultano censite rispetto al totale di 991.419 stranieri risultanti al 31/12/95

fonte: Elaborazioni Caritas Roma - Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministero dell'Interno.

STRUTTURE SANITARIE PER IMMIGRATI

LAZIO

Volontariato

Poliambulatorio Caritas per immigrati
via Marsala, 109
00185 Roma
tel. 06/4463282 fax 06/4454791

Sezione distaccata Caritas di Ostetricia e Ginecologia, Pediatria
Via dei Gonzaga, 92
00165 Roma
tel. 06/66162483

Sezione distaccata Caritas di Oculistica, Chirurgia ambulatoriale, Gastroenterologia
Via Alessandro VII, 17
00165 Roma
tel. 06/3017377

Sezione distaccata Caritas di Neurologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Reumatologia
Via Tullio Levi Civita, 5
00146 Roma
tel. 06/5412393 fax 06/5411542

Centro Odontoiatrico Caritas
Via Tullio Levi Civita, 5
00146 Roma
tel. 06/5412393 fax 06/5411542

Centro Welcome
Viale Romania, 32
00197 Roma
tel. 06/85300916 fax 06/8546470

Centro Francescano III Mondo
Via Casale Cavallari, 62
00156 Roma

Centro medico-sociale
Via E. Picchio, 15
00122 Ostia - Roma
tel. 06/5693697

Ambulatorio del Jesuit Refugee Service
Via degli Astalli, 14a
00186 Roma
tel. 06/6781246 fax 06/6796783

Opera Sociale Avventista
Ambulatorio per immigrati
Lungotevere Michelangelo, 7
00192 Roma
tel. 06/3212808 fax 06/3210757

Ambulatorio Senza Frontiere
Via Dandolo, 10
00153 Roma
tel. 06/5894327 fax 06/5800197

Ambulatorio Specialistico per immigrati
Via Scido, sn
00040 Morena (Roma)
tel. 06/79840710

Ambulatorio Maisha
Centro di cultura Africana
Via dei Magazzini Generali, 8
00154 Roma

Ambulatorio Caritas
Via E. Fermi, 10
00055 Ladispoli (RM)

Centro Salute
Casa dei diritti sociali
via Principe Amedeo, 188
00186 Roma
tel. 06/4461162 fax 06/4464676

Al Karama CGIL
Via Monfalcone, 19
04010 Borgo Bainsizza (Latina)

Centro accoglienza ANFE
Via del Caravaggio, 16
04100 Latina

Consultorio Familiare Università Cattolica
Largo Francesco Vito, 1
00168 Roma
tel. 06/30154946

Centro sociale Vincenziano
Via Farnese, 17
00186 Roma

Croce rossa italiana
Viale Kennedy, 36
04100 Latina

Ambulatorio per Immigrati
Parrocchia della Natività
Via Gallia, 126
00183 Roma

S. Rocco all'Augusteo
Ambulatorio
Largo S. Rocco, 1
00186 Roma

TR 2000
Via delle sette sale, 22
00184 Roma

Dispensario S. Marta
Centro Assistenza Sanitaria
00120 Città del Vaticano

Servizio di consulenza psicologica alle famiglie straniere (c/o CSM USLRM/E)
Accademia Psicoterapia della Famiglia
Via G. A. Guattani, 15
00161 Roma
tel. 06/44233273 fax 06/4403299

I.P.R.S.
Istituto Psicoanalitico Ricerche Sociali
Via Arenula, 21
00186 Roma
tel. 06/6833552 fax 06/6867509

Centro Vita Nuova
Via Francesco La Fata, 40
00064 Cesano (Roma)

Istituto Angelo Mai
Fratelli delle Scuole Cristiane
Via Clementina, 2/a
00184 Roma

Fondazione JHRC
Servizio di Salute per Donne e Bambini
Vicolo delle grotte, 3
00186 Roma
tel. 06/68801934 fax 06/6874470

Associazione Solidarietà Vincenziana
Ambulatorio S. Crisogono
Piazza S. Giovanni De Matha, 3
00153 Roma
tel. 06/5885714 fax 06/35343296

ASAL
Centro servizi per famiglie immigrate
Ambulatorio Pediatrico
Via Camillo Mariani, 5
00153 Roma
tel. 06/3385856 fax 06/323588

Consultorio Diocesano
"Al Quadraro"
Via Tuscolana, 619
00174 Roma
tel. 06/76906620 fax 06/76906625

Centro per Immigrati
Parrocchia S.Lucia
Viale Angelico, 279
00195 Roma
tel. 06/3721170 fax 06/6166020

Centro Sociale per Famiglie
"Senza Assistenza"
Piazza Plebiscito, 21
00019 Tivoli (Roma)
tel. 0774/333889

Strutture pubbliche

Servizio per immigrati
Istituto S. Gallicano
Via di S. Gallicano, 25/a
00153 Roma
tel. 06/58543643 fax 06/58543740

Ambulatorio Oculistico per Extracomunitari
Ospedale S. Giacomo
Via Canova, 29
00186 Roma

USL RMA
Progetto sociosanitario per
minori immigrati
Via Boemondo, 21
00162 Roma
tel. 06/44238709

USL RMA
Agenzia per Immigrati
Via S. Basilio, 9
00185 Roma
tel. 06/4440214 fax 06/4441481

USL RMC
Progetto Immigrati
Via Monza, 19
00182 Roma
tel. 06/77054331 fax 06/7021649

Ambulatorio Medicina dell'Immigrazione
Azienda USL Rieti
Viale Matteucci, 9
02100 Rieti
tel. 0746/278692 fax 0746/278450

Ambulatorio per cittadini stranieri
Ospedale S.Giovanni Addolorata
Via S. Stefano Rotondo, 6
00185 Roma
tel. 06/77054261

Poliambulatorio
Ospedale S. Camillo
Circonvalazione Gianicolense
00152 Roma
tel. 06/55180407 fax 06/58704995

Azienda USL RM E
Unità Operativa di Medicina Preventiva
Distretto U.S.L. ex RM/11
Via Valadier, 42
00193 Roma
tel. 06/3224791 fax 06/3225501

Laboratorio di Parassitologia
Istituto Malattie Tropicali
Policlinico Umberto I
Viale del Policlinico, 255
00161 Roma
tel. 06/4957853 int. 16

ALTRE REGIONI

Volontariato

Ambulatorio NAGA
Viale Bligny, 22
20136 Milano
tel. 02/58301420 fax 02/58300089

Ambulatorio Biavati
della Confraternita della Misericordia
Strada Maggiore,13
40125 Bologna
tel. 051/226310 (anche fax)

Chirone Centro Salute
Via S.Elia, 30
98122 Messina
tel. 090/774863

Ambulatorio C.R.I. per Immigrati
Corso Gastaldi, 11
16131 Genova
tel. 010/540962

Ambulatorio Medico
Centro Sociale Migrantes
Via Papa Orsini, 28
71040 Siponto (Foggia)

Centro Francesco Redi
Via della Fioraia, 17-19
52100 Arezzo
tel. 0575/22256

Centro Ture/Ablaye
Via Spallanzani, 6
57013 Rosignano Solvay (Livorno)

Ambulatorio Medico Popolare
Via dei Transiti, 22
20127 Milano
tel. 02/26827343

Centro Medico Socio Culturale per Immigrati
Via G. Grassa, 23
91026 Mazara del Vallo (Trapani)

SERMIG
Piazza Borgo Dora, 61
10152 Torino
tel. 011/4368566 fax 011/521557

Ambulatorio medico “Porta Aperta”
Via dei Servi, 18
41100 Modena
tel. 059/820870 fax 059/821002

Centro Medico Sanitario
Corso Italia, 48
28100 Novara

Ambulatorio per Immigrati
S.A.M. Caritas Ambrosiana
Via Bergamini, 10
20122 Milano

Servizio assistenza immigrati extracomunitari
Piazza Montalto, 8
90134 Palermo
tel. 091/423956

Associazione interetnica SHANGRILLA’
Settore Sanitario
Via S. Francesco D’Assisi, 1/A
38100 Trento
tel. 0491/237787 fax 0491/230397

Opera S. Francesco per i poveri
Corso Concordia, 3
20129 Milano
tel. 02/29528696

Associazione Sokos
Via Lincoln, 84
40139 Bologna
tel. 051/490432

Servizio Medico Niccolò Stenone
P.zza S. Lorenzo, 9
50123 Firenze
tel. 055/280960

Centro Salute per Immigrati
Via Giolfino, 21
37100 Verona
tel. 045/520247

Poliambulatorio Caritas
c/o Chiesa del Carmine
80038 Pomigliano D’Arco (Napoli)
tel. 081/8841219

Associazione Interetnica Migrantes
Ambulatorio Medico
Contrada Mascherone C.P. 136
71043 Manfredonia (Foggia)
tel. 0884/541530 fax 0884/541278

Associazione Procos
Via Ughetti, 79
95124 Catania
tel. 095/322800

Poliambulatorio S.Chiara
Piazza S. Chiara, 11
90134 Palermo
tel. 091/331141

Ass. Volontariato Socio-Sanitario
Camminare Insieme
Via Cottolengo, 24a
10152 Torino
tel. 011/4365980

Ambulatorio Medico Caritas
Via Brasavola, 19
44100 Ferrara
tel. 0532/740825 fax 0532/741409

Ambulatorio per Immigrato - ASPU
Via Bontempi, 2
06122 Perugia

OIKOS
Ambulatorio Medico per cittadini stranieri
c/o Distretto Sanitario n. 6
via Reich, 51
24020 Torre Boldone (BG)
tel. 035/341265

Ambulatorio Medico Caritas
c/o Parrocchia della Misericordia
Via Isonzo, 9/A
60124 Ancona
tel. 071/202815 fax 071/52722

Ambulatorio S. Martino
Via Giovanni della Casa, 19
20151 Milano
tel. 02/38010789 fax 02/38010589

Centro S. Fedele
Poliambulatorio
P.za S. Fedele, 4
20121 Milano
tel. 02/863521

Solidarietà Medica Italiana
Via Diaz, 30
33100 Udine
tel. 0432/233838

Associazione Ambulatorio Internazionale
Città Aperta
Vico del Duca, 41/R
16123 Genova
tel. 010/2512897

Strutture pubbliche

Poliambulatorio per Extracomunitari
Via Corsica, 145
25100 Brescia
tel. 030/222641 fax 030/303061

Ambulatorio di prevenzione
per immigrati
ULSS 25 - Distretto 1 -
Via Poloni, 1
37129 Verona

Centro per la salute delle donne e bambini
stranieri
Via de Castagnoli, 10
40126 Bologna

Cattedra Malattie Tropicali
Via Pacini, 4
95124 Catania

Ambulatorio Extracomunitari
Servizio 1 - Igiene Pubblica
Via Mazzini, 13
24069 Trescore Balneario (BG)
tel. 035/940033

Settore Igiene Pubblica ULSS 10 Treviso
Piazzale Pio X, 3
31100 Treviso
tel. 0422/5941

Ambulatorio per Immigrati
Ospedale Amedeo di Savoia
C.so Svizzera, 164
10149 Torino
tel. 011/4393804 fax 011/4393810

Ambulatorio per bambini stranieri
Divisione pediatria
Ospedale Infan. Regina Margherita
Piazza Polonia, 94
10126 Torino
tel. 011/6927250

Ambulatorio per Extracomunitari
U.O. Igiene Pubblica e del Territorio
USL 2 Lucca
Viale Marti, 263
55100 Lucca
tel. 0583/490460

Ambulatorio di Profilassi Internazionale e
Medicina delle Migrazioni (A.P.I.M.M.)
Servizio Igiene Pubblica Azienda Sanitaria 4
Via Manzoni, 23
21047 Saronno (Varese)

I.S.I. Sportello Sanitario
c/o USSL 1
Via Bertola
10132 Torino
tel. 011/5623325

Centro Salute Donne e Bambini Stranieri
via Padova, 149
41100 Modena

Ambulatorio per immigrati
ASPU-LIDLP
Distretto 6
Via Ripa di Meana
06122 Perugia
tel. 075/5413148

Cattedra di Medicina Interna
Università di Palermo
Via del Vespro, 143
90127 Palermo
tel. 091/6552888 fax 091/6552962

RINGRAZIAMENTI

Louise Spieler, Primo Segretario, Ambasciata di Australia in Italia; Richard Beya, Les enfants déplacés ASLB, Bruxells; J.M. Cherning, Attachè medico, Ambasciata del Canada in Italia; Andrea Negrotto Cambiase e Sandro De Bernardin, Ambasciata di Italia in Canada; Bruno Archi, Primo Segretario, Ambasciata di Italia in Danimarca; V.K. Larsen, Danish Refougee Council, Danimarca; Rosa Maria Chicco Ferraro e Stefania Rosini Riccardo, Ambasciata di Italia in Germania; Helmut Sausen, Consigliere per gli affari sociali, Ambasciata di Germania in Italia; Geoffrey Watson, Press and Information Officier, Ambasciata della Gran Bretagna in Italia; Johny Lahure, Ministre de la Sante, Luxembourg; M. Nalda, Ufficiale Consolare, Ambasciata della Nuova Zelanda in Italia; Ranieri Tallarigo, Ambasciatore di Italia in Olanda; Joost van der Meer, Erasmus Universiteit Rotterdam, Olanda; Antonio Bellavai, Primo Segretario Ambasciata di Italia in Portogallo; Ambasciata del Portogallo in Italia; Andreas Ruiz Secchi, Ambasciata di Spagna in Italia; Weibert Borrelli, Ambasciata di Svezia in Italia; Biblioteca dell'Ambasciata degli Stati Uniti in Italia. I referenti degli Uffici regionali come citati nell'allegato 2 del capitolo 5. Il Centro Studi Emigrazione Roma, la Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo, Franco Pittau e l'Equipe del Dossier Statistico sull'Immigrazione della Caritas. Isabella Lante della USSL 9 di Treviso, Maria Edoarda Trillò della Azienda USL RM C, Filippo Gnolfo dell'Azienda USL RM A, Aldo Morrone dell'Istituto S. Gallicano. I medici e tutti i volontari dell'Area Sanitaria Caritas che con il loro impegno quotidiano ci hanno permesso di dedicare il nostro tempo a queste ricerche. Gonzalo Castro Cedeno per il prezioso aiuto.