
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO



**Dipartimento di Sociologia e Scienze Politiche
Dottorato in Sociologia, Analisi Sociale e Politiche Pubbliche.**

X Ciclo Nuova Serie

Tesi di Dottorato

Acquisizioni e difficoltà del processo migratorio: identità e salute

Tutor

Prof.ssa Giuseppina Cersosimo

Candidata

Dr.ssa Carmela Senatore

Coordinatore del dottorato

Chiar.ma Prof. ssa Tullia Saccheri

Anno acc. 2012/2013

Indice:

<i>Introduzione</i>	5
---------------------------	---

Capitolo I :

Gli scenari del processo migratorio in Europa e in Italia

1. L'Italia un paese di emigrazione.....	12
2. Evoluzione del processo migratorio.....	14
2.1 L'Europa e le migrazioni: processo di integrazione.....	20
2.2 "Transnazionalismo" : il nuovo disegno del movimento migratorio.....	22
2.3 I dati relativi della situazione italiana.....	25
3. La Questione Romena: i romeni tra rifiuto e accoglienza	28
3.1 I romeni in Campania	31
4. Un' interpretazione di immigrazione : Abdelmalek Sayad	36
5. Naturalizzazione. Accoglienza o discriminazione?	39
5.1 L'offensiva anti-immigrati. Legge Bossi-Fini	40
"Il rilevamento delle impronte digitali"	
6. L'individuo nella società. Chi è l'immigrato?	42
6.1 La legittimità della presenza.....	49

Capitolo II :

L'Emigrazione al femminile.

1. La migrazione al femminile. Uno sguardo d'insieme.....	53
1.1 Le donne straniere: un ponte tra passato e presente.....	55
2. Il percorso migratorio delle donne: tendenze storiche.....	57
2.1 I "compiti" delle donne straniere in Italia.....	60
3. Criteri e circuiti della scelta migratoria : le reti migratorie	62
4. Gli immigrati e il mondo del lavoro.....	67
4.1 Le opportunità connesse all'immigrazione.....	73
4.2 Le donne immigrate "motore sociale ed economico"	75
5. Lo scambio di ruolo. Perché si chiede aiuto alle donne straniere.....	79
6. Precarietà, privatizzazione e destrutturazione del welfare sociale.....	80
7. Pari opportunità: cittadinanza e inclusione sociale.....	82

7.1 Le donne romene tra famiglia e lavoro.....	84
8. Povertà di genere: le donne sanno chiedere meglio.....	86
9. L'assistenza sanitaria alle donne immigrate	87

Capitolo III

Immigrazione e disuguaglianze di salute

1. Determinanti sociali della salute	90
2. Perché si parla di disuguaglianze di salute.....	91
2.1 Le disuguaglianze di salute tra i migranti	93
2.2 Profilo di salute dell'immigrato	98
3. Disuguaglianze di salute e donne immigrate.....	101
4. Il rischio infettivo: il migrante di cosa si ammala?.....	104
4.1 Qualche dato	
5. Il bisogno di salute: i determinanti di salute	106
5.1 Disagio abitativo e ripercussioni sullo stato sociale degli immigrati: uno sguardo in Campania come riflesso di una realtà nazionale e condivisa.....	109
6. Effetto migrante sano.....	112
7. La salute Transculturale: cosa determina la salute dell'immigrato.....	114
7.1 La questione dell'emergenza sindromica : Rischi per la salute pubblica nelle popolazioni dei Paesi coinvolti nella crisi geopolitica del Mediterraneo.....	116

Capitolo IV :

L'immigrato e la salute

1. Normativa sulla salute dei cittadini immigrati.....	118
2. Problemi di accesso e di fruibilità dei servizi anche in una prospettiva di genere.....	120
3. Immigrazione femminile e salute.....	122
4. Sfide per il sistema sanitario.....	124
5. La salute degli immigrati nelle politiche sanitarie regionali.....	126

Capitolo V

La salute dell'immigrato uno studio di caso

1. Il ruolo dell'identità nella salute del migrante	131
2. La presenza degli immigrati in Campania. Caratteristiche socio-anagrafiche.....	133
3. Lo studio di caso : il P.O. Umberto I di Nocera Inferiore.....	136
4. L' Assistenza Sanitaria nel Presidio Ospedaliero Umberto I.....	140

5. L'inserimento sanitario del paziente immigrato.....	145
6.Osservazioni conclusive.....	147
Bibliografia	155

Appendice :

1. Appendice legislativa
2. Appendice sintesi del Report di Ricerca della Emergenza Sindromica
3. Appendice Legislazione Regionale
4. Appendice Descrizione Atto Aziendale P.O. Umberto I Nocera Inferiore
5. Sintesi dei Focus

Introduzione:

Considerando il fenomeno migratorio come spostamento di persone, le quali intraprendono un viaggio, che comporta loro un cambiamento: radicale, deciso, della loro futura esistenza e sopravvivenza ; il più delle volte si perde di vista la persona che compie quest'impresa.

La tesi che si è intesi elaborare in questi anni, ha avuto sempre ben visibile l'obiettivo di dare un volto "umano" all'immigrazione, non trattando il fenomeno solo come politico, sociale ed economico. Ma portando avanti la volontà di dar un "disegno" ben delineato delle difficoltà che gli immigrati vivono nell'insediarsi nel paese d'arrivo.

Nel percorso di ricerca affrontato, si è voluto dare spazio a tutte le problematiche a cui vanno incontro gli immigrati, nella loro quotidiana lotta a "prendere parte" a un nuovo "mondo", che gli permetta la sopravvivenza e gli prometta una vita futura più agevole. Dinanzi a tutto si è voluto ragionare sulla cultura della salute, sulle difficoltà di accesso alle cure nel paese d'arrivo.

Il primo capitolo introduce l'argomento, nel suo aspetto generale di fenomeno relativamente recente. Ponendo attenzione ai dati Europei ed Italiani e dando definizione degli andamenti migratori ultimi e recentissimi. Si è affrontato, in particolare, il significato e la specificità del concetto di Transnazionalismo. Come processo che raccoglie tutti gli spostamenti tra le frontiere, sia a livello fisico che simbolico. *"Osservare le migrazioni attraverso una prospettiva transnazionale permette di superare alcuni dei dualismi insiti nelle teorie classiche sulle migrazioni e di rendere conto dell'azione dei gruppi di migranti contemporaneamente in diversi luoghi, della loro capacità di essere allo stesso tempo "qui" e "là". Come conseguenza di questo cambio di prospettiva, le tradizionali categorie di "emigrante" e di "immigrato" vengono a perdere significato, così come l'interpretazione della migrazione come processo di rottura tra Paese di origine e Paese di destinazione"* (Ambrosini, 2006).

Il capitolo si prefigge di dare uno sguardo d'insieme, sia a livello sociologico, facendo un ritratto dell'identità di straniero, sia a livello politico-sociale e demografico. Lo straniero si pone a essere la presenza "né dentro né fuori", non è completamente dentro, perché sottende alle politiche giuridiche in fatto di

immigrazione, che sono più politiche restrittive che d'integrazione, come il disegno di legge 795, meglio noto come la legge Bossi-Fini, ampiamente affrontato. E non sono fuori, perché sono diventati attraverso il loro lavoro, un fulcro importante dell'economia nazionale.

L'integrazione resta comunque un problema aperto; in quanto, anche se le collettività presenti in Italia, sono regolarmente insediate e lavorano, contribuendo, come ho già poc'anzi sottolineato, all'andamento economico della nazione, vivono ancora discriminazioni e problemi di accoglienza. Questo è il caso, da me evidenziato, della collettività più numerosa presente soprattutto in Campania, quella rumena. La comunità rumena è una delle ultime ad essere rientrata all'interno dell'Unione Europea, purtroppo però, oltre questa connotazione storica, sono anche gli ultimi per considerazione e apprezzamento agli occhi degli italiani. Ciò è dovuto al fatto che, anche quando non è così, si fa risalire la loro origine all'etnia rom, che ha attratto a sé una percezione negativa, riportata a più voci, anche in modo "espiatorio" dai mezzi d'informazione.

La questione di fondo è che non si può avere strutturalmente bisogno dell'immigrazione senza volere gli immigrati : non basta considerarli lavoratori indispensabili nelle fabbriche e nelle famiglie, ma bisogna ritenerli partner accettabili nella quotidianità delle nostre città e in ogni contesto di vita, anche dopo l'orario di lavoro. Invece, il nostro atteggiamento è molto contrastato e non sempre siamo coscienti che l'immigrazione sta dentro la storia di intere popolazioni di ogni tempo e rimane la risorsa che la storia stessa ci mette a disposizione per far fronte ai deficit demografico e occupazionale. (Caritas Italiana e Confederatia Caritas Romania, 2010, pp. 9-10).

La prima parte si conclude con una disamina a confronto di Sayad e Bauman sulla questione della presenza immigrata, vista come "fonte di conflitto politico, interno ai paesi ospitanti. Entrambi mettono in evidenza che, il "come vedere l'altro" e l'alterità, siano usati come strategia da chi detiene il potere, per esercitarlo.

"Adattare lo straniero come responsabile del malessere sociale sta diventando un'abitudine globale. Nel caso delle espulsioni è in gioco il conflitto inseriti-outsider esaminato mezzo secolo fa da Norbert Elias: più di amici e nemici, gli outsider sono imprevedibili, il senso d'impotenza che deriva dall'incapacità di intuire le loro risposte ci umilia". La migrazione universale porta in primo piano e per la prima volta nella storia l'arte del convivere con la differenza.

Un'alterità non più concepita come transitoria richiede un ripensamento delle reti sociali, più tolleranza e solidarietà, nuove abilità e competenze.”
(Z.Bauman).

Il secondo capitolo introduce l'argomento della femminilizzazione dell'emigrazione.

Il carattere femminile dell'emigrazione negli ultimi decenni ha avuto delle significative mutazioni, sia per la modalità del progetto migratorio di queste donne, sia per la composizione di andamento dello stesso. Se all'inizio erano solo uomini, che partivano in cerca di fortuna per sé e le proprie famiglie, e le donne si trovavano a emigrare solo per ricongiungimenti familiari, negli ultimi dieci anni la presenza femminile tra gli immigrati ha superato quella maschile. Ma sono loro per prime ad emigrare, solo loro a puntare a un cambiamento della loro vita. Le donne, oggi, costituiscono più del 50 per cento dell'immigrazione presente in Italia (fonte Caritas/Migrantes), e la loro presenza ha apportato significanti modifiche nelle dinamiche sociali, sia a livello demografico, in quanto danno un contributo rilevante alla natalità della nazione, e sia per quanto riguarda l'aspetto lavorativo, con mansioni che maggiormente competono a loro, come i lavori di cura.

L'aspetto femminile dell'emigrazione è un tratto innovativo che ha avuto una significativa crescita, grazie anche al fatto che, maggiormente la scelta migratoria, non è più un atto motivato dal ricongiungimento familiare, ma per lo più si verifica come richiesta e offerta di lavoro.

Punto centrale nella comprensione del fenomeno migratorio al femminile, è proprio il ruolo che queste donne “inseguono” quando arrivano in Italia. Esse si ritagliano un posto nella “vita delle vite” del paese di arrivo, con esse le donne autoctone vivono un vero e proprio “scambio di ruolo”. Pur vivendo sempre l'aspetto della disparità di genere, le donne straniere sono un enorme potenziale nel mondo del lavoro, ricoprendo ruoli che in Italia mancano o scarseggiano, come i lavori di assistenza e di cura. In più esse, fruiscono anche di un ruolo importantissimo al fianco delle donne autoctone. Il loro lavoro, è un perno importante per la tenuta del tenore familiare dei nostri tempi. Famiglie che, a causa dei continui eventi di crisi e precarietà, vedono maggiormente impegnate anche le donne/mogli/madri al sostentamento del bilancio della stessa. Ma ovviamente, ragionando sulle loro opportunità, intuendo le difficoltà già

imprescindibili all'essere donna, si capisce che i loro percorsi di vita sono sempre ostacolati e discriminati dall'etichetta di straniera. Il fatto di non parlare bene la lingua, di essere disorientate, comporta una dequalificazione a livello lavorativo e del loro percorso di studi. Una ricerca in Campania, fatta nei centri d'ascolto, ha evidenziato che le donne straniere sono una presenza più cospicua negli stessi, e che rispetto agli uomini, nelle difficoltà "sanno chiedere meglio".

Il terzo e il quarto capitolo curano degli aspetti molto importanti, che si collegano e si intrecciano all'immigrazione e non solo: la salute, i determinanti sociali della salute e le disuguaglianze di salute. Tutelare la salute del singolo significa tutelare la salute della collettività, e ancora purtroppo, questa condizione è compromessa. La Salute diviene centrale nell'agenda degli Stati Europei, e la sociologia si rende necessaria per collegare la struttura sociale alla salute. Considerando la salute come un fattore sociale da collegare alla politica e all'economia. E' importante, quindi tener conto delle dinamiche di potere che influenzano lo stato di salute degli individui, e con queste stabilire delle politiche di tutela alla salute. "Le disuguaglianze di salute sono state definite come una delle priorità nel corso del Consiglio Europeo di Lisbona del 2000, in quanto in molti Paesi europei, sono tuttora presenti situazioni di disuguaglianze di salute almeno per alcuni gruppi socio economici. La garanzia dell'equità nell'accesso dei servizi sanitari rappresenta uno dei primi obiettivi dei paesi dell'OCSE, così come nelle dichiarazioni internazionali sui Diritti Umani e nelle dichiarazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2010)" (Tognetti Bordogna, 2011, p.76). Nel terzo capitolo, infatti, si è ragionato intorno alla definizione di disuguaglianze di salute e propriamente su quelle rivolte agli immigrati. Riflettendo, quindi, sullo stato di salute, su come si determina e sugli interventi attuabili, si ci è poi soffermati sul profilo di salute dell'immigrato, sul cosiddetto "effetto migrante sano", e riportando i "prerequisiti" perché si verifichi lo stato di salute, ossia i Determinanti sociali della salute. Le situazioni di disagio sia fisico che psicologico compromettono lo stato di salute dell'immigrato. "Adattamento, disadattamento, alienazione, anomia, rappresentano differenti livelli sociali che conducono alla compromissione della salute o assenza di benessere. Comune denominatore è anche la perdita di significato, del valore della persona nel contesto della 'vita quotidiana'" (A. Sannella, 2010). Importante spunto di riflessione in questo caso, è la Salute Transculturale, ossia una percezione di

salute e di malattia, dove i fattori culturali sono la chiave per affrontare vissuti come il dolore, la sofferenza, come anche la morte.

Uno spunto ulteriore, riguardo allo stato di salute dell'immigrato è stato dato con la disamina della Questione dell'Emergenza Sindromica , discussa tra il marzo e l'aprile 2011, da parte del l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC), dove si pone sul tavolo di discussione, appunto il rischio epidemico, che si sottopone alla presenza migratoria. Questa valutazione è stata inserita a seguito di un verificarsi di diverse questioni riportate dall'attualità, che ritraggono gli immigrati come "untori" e portatori di nuove e vecchie malattie.

Nel quarto capitolo, si è spostata l'attenzione sulle criticità presenti nei servizi disponibili ai migranti. Partendo dalla normativa attuale sulla salute dei cittadini immigrati in Italia, si è intrapreso un discorso di accesso e fruibilità dei servizi sotto una prospettiva di genere. Il nostro paese si caratterizza per una forte immigrazione femminile, occupata soprattutto nei lavori di cura. Il fatto stesso che spesso questo lavoro sia svolto in condizione di irregolarità o di semi irregolarità espone la donna a un maggiore rischio di infortunio, per esempio a causa dell'assenza di regolamentazione dell'orario di lavoro, e la priva di tutela una volta avvenuto l'incidente.

In generale, le donne straniere hanno una buona percezione del loro stato di salute. La tendenza generale è quella di ricorrere ai servizi sanitari soprattutto in situazioni di emergenza dovute alla più alta incidentalità delle loro professioni; esse, inoltre, ricorrono meno ai servizi a totale carico dell'utente. La scelta della struttura a cui rivolgersi non è basata solo sulla fiducia che in essa è risposta, ma anche su motivazioni di carattere economico. Infine è stato importante verificare l'attenzione alla salute dell'immigrato nelle politiche sanitarie regionali. Ragionare sulla necessità, quindi, di attuare politiche socio sanitarie che guardino all'immigrato come individuo da tutelare e educare alla salute. Attuare una politica che spazzi le disuguaglianze di salute ottimizzando l'accesso alle cure, con l'implementazione di leggi che mettano su un piano di lavoro la possibilità di guardare alla salute collettiva nel recupero e nella tutela di quella individuale.

Il capitolo conclusivo racchiude il tratto finale del percorso sul quale si è basata la stesura della tesi : il ruolo dell'identità nella salute del migrante. *“Tutte le società producono stranieri: ma ognuna ne produce un tipo particolare, secondo*

modalità uniche e irripetibili. Se si definisce “straniero” chi non si adatta alle mappe cognitive, morali o estetiche del mondo e con la sua semplice presenza rende opaco ciò che dovrebbe essere trasparente; se gli stranieri sono persone in grado di sconvolgere i modelli di comportamento stabiliti e costituiscono un ostacolo alla realizzazione di una condizione di benessere generale; se compromettono la serenità diffondendo ansia e preoccupazione e fanno diventare seducenti esperienze strane e proibite ; se, in altri termini, oscurano e confondono le linee di demarcazione che devono rimanere ben visibili; se, infine, provocano quello stato di incertezza che è fonte di inquietudine e smarrimento – allora tutte le società conosciute producono stranieri” (Bauman 1999, p. 55). Lo straniero si pone a essere la presenza “né dentro né fuori”, non è completamente dentro, perché sottende alle politiche giuridiche in fatto di immigrazione, che sono più politiche restrittive che d’integrazione, come il disegno di legge 795, meglio noto come la legge Bossi-Fini. E non sono fuori, perché sono presenti attraverso il loro lavoro, e sono un fulcro importante dell’economia nazionale. Con questo non diciamo che ogni volta che si dà il via ad un processo migratorio si vivono discriminazioni, ma che l’etichetta “straniero” rimane fissa sull’ identità del migrante.

La tesi si conclude con uno studio di caso svoltosi nel Presidio Ospedaliero Umberto I di Nocera Inferiore. Lo studio è stato formulato con l’intento di valutare l’accesso alle cure da parte dei cittadini immigrati, nel suddetto Presidio Ospedaliero, valutandone le criticità e le possibilità di intervento.

Lo studio di caso ha compreso lo svolgimento di focus e interviste con medici, infermieri e operatori.

Capitolo 1:

Gli scenari del processo migratorio in Europa e in Italia.

1.L'Italia, un paese di emigrazione.

Un'analisi dei processi migratori in arrivo nel nostro paese non può far dimenticare, per coglierne il senso e per comprendere il fenomeno al di là di pregiudizi continuamente riproponentisi il numero di italiani che è all'estero o continua a emigrare. In questo senso si è ritenuto opportuno tenere presente quel processo e alcuni dati correlati, perché questo può, al di là di spiegazioni particolareggiate, dar conto della continuità di processi migratori dei quali in questi anni è stato oggetto il nostro paese.

I cittadini italiani residenti all'estero nel 2013, secondo l'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero (Aire) del Ministero dell'Interno al 1 gennaio 2013 sono 4.341.156, il 7,3% dei circa 60 milioni di italiani residenti in Italia. L'aumento, in valore assoluto, rispetto allo scorso anno è di 132.179 iscrizioni, +3,1% rispetto al 2012.

La ripartizione continentale rimarca, ancora una volta, che la maggior parte degli italiani residenti fuori dall'Italia si trova in Europa (2.364.263, il 54,5% del totale); a seguire l'America (1.738.831, il 40,1% del totale) e, a larga distanza, l'Oceania (136.682, il 3,1%), l'Africa (56.583, l'1,3%) e l'Asia (44.797, l'1,0%).

Dal confronto dei dati Aire disaggregati dell'ultimo triennio per continenti emergono riflessioni interessanti: l'aumento più consistente è relativo alla comunità italiana in Asia (+18,5%) e, a seguire, l'America (+6,8%), l'Africa (+5,7%), l'Europa (+4,5%) e l'Oceania (+3,6%) per un aumento totale nel triennio 2011-2013 del 5,5% sul piano nazionale. Questo a coglierne, almeno come sintomo, alcune trasformazioni in atto. Nel biennio 2012-2013, il *trend* positivo dell'Asia continua (+8,6%) evidenziando che, come anche in rapporto a diversi altri ambiti, anche l'Italia, come il resto del mondo, ha volto lo sguardo alle mille opportunità offerte, oggi, dall'Oriente.

Le comunità di cittadini italiani all'estero numericamente più consistenti continuano ad essere quella argentina (691.481), quella tedesca (651.852), quella svizzera (558.545), la francese (373.145) e la brasiliana (316.699), questo per restare alle nazioni che accolgono collettività al di sopra delle 300 mila unità; a seguire, il Belgio (254.741), gli Stati Uniti (223.429) e il Regno Unito (209.720).

Il 52,8% (quasi 2 milioni e 300 mila) degli italiani residenti all'estero all'inizio del 2013 è partito dal Meridione, il 32% (circa 1 milione 390 mila) dal Nord e il 15,0% dal Centro Italia (poco più di 662 mila).

La Sicilia, con 687.394 immigrati, è la prima regione di origine degli italiani residenti fuori dall'Italia seguita dalla Campania, dal Lazio, dalla Calabria, dalla Lombardia, dalla Puglia e dal Veneto. Il confronto dei valori regionali del biennio 2012-2013 restituisce l'indicazione della specifica mobilità che, nell'ultimo anno, ha caratterizzato in particolare la Lombardia (+17.573), il Veneto (+14.195) e, solo successivamente, la Sicilia (+12.822). Si assiste a un ritorno del protagonismo del Nord Italia come territorio di partenza a discapito delle regioni del Sud nelle quali probabilmente la crisi da un fattore di spinta si è trasformata in causa di impedimento allo spostamento. Il Settentrione, invece, nonostante la recessione economica, si caratterizza per essere attualmente un'area particolarmente interessata dagli spostamenti verso l'estero.

L'analisi delle presenze all'estero computata in rapporto alla provenienza per province evidenzia la preminenza delle regioni meridionali. Ad esclusione di Roma, prima in graduatoria con più di 298 mila residenti, seguono soprattutto province siciliane e campane: così nella graduatoria delle prime 10 province si susseguono Cosenza (152.403), Agrigento (152.403), Salerno (119.095), Napoli (113.787), Catania (108.413), Palermo (107.658) e Avellino (102.230). In nona posizione si trova Milano (98.583) e, come ultima, Potenza (95.653).

Roma e Milano, rispettivamente con +8.838 e +5.794 unità, sono le province che hanno registrato gli aumenti più consistenti dal 2012 al 2013, seguono Cosenza (+4.802) e Torino (+4.132).

In generale, considerando i comuni con il numero maggiore di iscritti all'Aire, Roma, con 274.249 iscrizioni, apre l'elenco seguita da altre 7 "grandi" città italiane – Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo, Trieste, Catania – anche se con numeri molto distanziati dalla Capitale di Italia. A seguire il primo "piccolo" comune, Licata, l'unico non capoluogo tra i primi dieci. (Fondazione Migrantes (sintesi), 2013, pp.6-7).

E' utile dunque presentare alcune valutazioni relative alle condizioni degli italiani residenti all'estero nel 2013 secondo l'Aire:

- resta stabile la differenza di genere: le residenti all'estero sono, infatti, il 48% ovvero 2.083.726 in valore assoluto;

- i valori relativi allo **stato civile** sono, nel 2013, pressoché costanti: il 54% dei cittadini italiani all'estero è celibe, il 38,1% coniugato; i vedovi sono il 2,6% e i divorziati il 2,0%;
- è anche costante la ripartizione per **classi di età**: il 15,5% è minorenni, il 21,0% ha tra i 18 e i 34 anni, il 25,0% tra i 35 e i 49 anni, il 19,1% ha un'età compresa tra i 50 e i 64 anni e il 19,4% ha più di 65 anni;
- **motivi di iscrizione**: il 53,5% si è iscritto all'Aire perché effettivamente emigrato, il 38,8% lo ha fatto perché nato all'estero e il 3,2% per acquisizione di cittadinanza;
- **tempo di iscrizione**: il 10,7% è all'estero da almeno 3 anni; il 9,1% da almeno 5 anni; il 34,8% lo è da minimo 5 e massimo 10 anni; il 37,5% (oltre 1,6 milioni) da più di 15 anni.

2. Evoluzione del processo migratorio.

Dalla fine della seconda guerra mondiale a oggi, le migrazioni interne all'Europa si sono sviluppate con ritmi e caratteristiche diverse nei vari decenni, in rapporto ai differenti scenari emergenti sia dal punto di vista demografico - economico, sia da quello delle politiche adottate dai principali paesi di destinazione di questi flussi.

Negli anni successivi al secondo conflitto mondiale, infatti, si sono registrati aumenti cospicui di flussi migratori sia in Italia che in Europa . La presenza di questi flussi è stata aiutata anche da una serie di politiche tese a facilitare e a incoraggiare l'immigrazione di forza lavoro.

Motivazioni simili accomunarono i vari paesi europei affinché si aprissero le porte all'immigrazione. La necessità comune era di disporre di una manodopera consistente, inizialmente tesa a ovviare alle carenze di forza lavoro interna ai fini della ripresa economica; in seguito, questa necessità venne legata alle carenze settoriali di forza lavoro causate dalla rapida crescita economica. I grandi flussi migratori europei di questo periodo ebbero come paesi di partenza l'Italia, la Spagna, il Portogallo, la Turchia, la Jugoslavia e tutti i paesi più ad ovest del Nord-Africa (Marocco, Algeria e Tunisia) e come paesi di destinazione la Francia, la Germania, la Svizzera e il Regno Unito. Queste migrazioni furono caratterizzate da una forte componente maschile, in particolare per le classi di età

lavorativa, e presentarono elevati tassi di turn over. La politica dei governi tendeva, infatti, a sfruttare al massimo questa manodopera a basso costo scoraggiando l'integrazione e la permanenza a lungo termine dei migranti, attraverso politiche restrittive riguardo ai ricongiungimenti familiari.

I fenomeni migratori in Europa hanno subito cambiamenti fondamentali a partire dalla fine del 1973. La conseguenza più importante si è manifestata nella riduzione dell'emigrazione, almeno quella di tipo tradizionale, e nell'inversione di tendenza del fenomeno dei rimpatri rispetto agli espatri. Il conseguente saldo, indicato come positivo, ha comportato squilibri consistenti nelle regioni di origine dei flussi migratori, sia per l'incremento assoluto dell'area della disoccupazione, della sottoccupazione e della marginalità di individui rispetto al mercato del lavoro, sia perché questa dinamica si era registrata soprattutto nell'area dell'emigrazione non qualificata determinando un complessivo consistente disagio.

In compenso, l'emigrazione ha progressivamente assunto un carattere prevalentemente specializzato, entrando a far parte di grosse imprese e nuove destinazioni produttive. Gli anni Settanta, oltre a modificare drasticamente la struttura delle economie dei paesi di ricezione, creando indubbi problemi connessi all'accoglimento degli immigrati, hanno favorito anche un progressivo abbandono, in Europa, della netta suddivisione fra paesi di emigrazione e paesi di immigrazione. In realtà, questa suddivisione era iniziata a venir meno già a partire dagli anni sessanta, in corrispondenza del boom economico raggiunto da alcuni paesi precedentemente poco sviluppati¹.

Dalla fine del 1973 fino all'inizio degli anni Ottanta, si è assistito in Europa al sovvertimento degli schemi migratori classici. Nelle regioni di destinazione, le politiche di veloce sostituzione dei lavoratori migranti, caratteristiche degli anni precedenti, sono state sostituite con nuove politiche di integrazione di contingenti più selezionati e più qualificati di lavoratori migranti con le proprie famiglie. Questo ha ovviamente favorito, su basi più ridotte, il conseguimento di importanti progressi nelle condizioni civili e sociali dei lavoratori migranti e delle loro

¹ “Come si è evoluto il fenomeno della migrazione interna in Europa” Dossier Fides
“La missione della Chiesa e di ogni battezzato nell'era della globalizzazione”
Agenzia Fides, Dossier Immigrazione 2008, www.fides.org

famiglie; ciò è avvenuto naturalmente a danno dei migranti non ritenuti necessari o spinti al rimpatrio, e con restrizioni ai ricongiungimenti familiari di questo tipo di immigrazione non desiderata.

Negli anni Ottanta l'Europa meridionale divenne un polo di attrazione "obbligato" sia per i paesi della riva Sud del Mediterraneo che per quelli dell'Est, il cui flusso, peraltro, si muoverà in maniera molto più sostenuta soltanto nel decennio successivo, a seguito del crollo del blocco dei paesi riuniti intorno all'unione sovietica. Accanto alla Francia, tradizionale meta delle migrazioni internazionali dal secondo dopoguerra in poi, si istituirono nuovi paesi di accoglienza in quest'area: l'Italia, il cui cambiamento si era già avviato nel corso degli anni Settanta, la Spagna, la Grecia e, seppure in maniera più ridotta, il Portogallo.

"In Portogallo e soprattutto in Spagna, in realtà, l'emigrazione non scomparve, ma si attenuò notevolmente, a seguito del completamento del processo industriale avviato massicciamente dopo l'abbandono delle dittature militari negli anni Settanta. Proprio questo progressivo arricchimento dei due paesi favorì lo sviluppo delle correnti immigratorie, provenienti da aree molto variegata²".

Se gli anni Settanta sono stati caratterizzati da un'evidente inversione di tendenza riguardo all'adozione delle politiche di immigrazione nei principali paesi europei di accoglienza, gli anni Ottanta, con il superamento della crisi economica, avrebbero dovuto consentire un ritorno alle origini, con la conseguente riorientamento di strategie molto più aperte di fronte al fenomeno. Fenomeno che sarebbe dovuto essere trattato in maniera legislativamente più armonica e omogenea soprattutto nei vari paesi comunitari, anche in virtù del progressivo allargamento della CEE.

In effetti, queste nuove politiche migratorie, fondamentalmente ispirate dai buoni propositi espressi in materia con le "Raccomandazioni sulle migrazioni internazionali" alla Conferenza Internazionale sulla Popolazione Mondiale di Città del Messico nel 1984, non sono state paragonabili a quelle del decennio precedente, sia per il mutato quadro economico internazionale, sia perché in Europa stava maturando la convinzione che un problema così diffuso a livello globale, come fenomeno migratorio non potesse essere risolto solo attraverso soluzioni da adottare in comune.

Le politiche migratorie generalmente seguite negli anni Ottanta, pur meno restrittive di quelle degli anni Settanta, hanno previsto spesso ancora dei vincoli

² Fonte www.cestim.it "L'immigrazione in Europa".

piuttosto rigorosi, a dimostrazione di una ancora incerta pianificazione in materia, originata dai timori, peraltro ingiustificati, che un' ulteriore ondata migratoria avrebbe potuto provocare una nuova crisi economica.

“Nel corso degli anni Ottanta, l’attenzione si spostò sull’Integrazione, che ebbe effetti sostanzialmente, ma seppur con restrizioni, sul piano dell’insediamento, dell’abitazione, del ricongiungimento familiare, dei programmi scolastici, dell’accesso all’assistenza pubblica e in alcuni casi sperimentali perfino del voto amministrativo. Conseguentemente, il piano normativo crebbe di natura e di qualità. Attualmente esistono leggi o atti politici nazionali a sancire le disposizioni che riguardano i lavoratori migranti e le loro famiglie, e accordi internazionali restrittivi a regolarne i movimenti. Alla fine degli anni Ottanta e nel corso degli anni Novanta si svilupparono nuovi fenomeni migratori, tra cui i movimenti migratori che coinvolsero i paesi dell’Europa centrale e orientale, i quali vennero trascurati fino all’avvenimento dei mutamenti politici avvenuti tra il 1989 e il 1991. Dopo la caduta del muro, la ritrovata libertà di movimento da parte dei cittadini dell’Est fece temere un esodo incontrollato e senza precedenti verso Ovest³”. Al contrario, non soltanto gli spostamenti di massa che si temevano dall’Europa centro-orientale, non si sono verificati, ma nel corso degli anni Novanta si è assistito all’inclusione di nuove democrazie.

L’Europa dell’Est è divenuta area di attrazione di flussi migratori. La cosiddetta migrazione di transito è stata la manifestazione principale di questo fenomeno.

Per quanto riguarda la migrazione Est-Ovest occorre sottolineare che i nuovi flussi hanno seguito le tendenze migratorie già osservate in passato e che la Germania rimase il principale Paese di ricezione per i migranti provenienti dall’Europa centro-orientale.

La natura e la grandezza dei movimenti Est-Ovest avvenuti dopo il 1989 si spiega con l’esistenza di comunità precedentemente costituite all’estero e con i flussi di lavoratori stagionali e che vivono al confine. Questi flussi corrispondono in gran parte a un processo di integrazione regionale limitato alle zone di confine entro il sistema di accordi bilaterali (ad esempio l’accordo tra Germania e Repubblica Ceca o tra Germania e Polonia). Inoltre, mentre l’emigrazione di tipo permanente verso Ovest sta diminuendo, si sta sviluppando sempre più un’emigrazione di

³ “Come si è evoluto il fenomeno migratorio in Europa” Dossier Fides “ La missione della Chiesa e di ogni battezzato nell’era della globalizzazione”. www.fides.org

lavoratori di tipo temporaneo sia da Est a Ovest, che all'interno dell'Europa centro-orientale.

L'Europa dell'Est è stata definita dai demografi come un “*nuovo polo di attrazione*” o come un “*nuovo spazio migratorio*”. Questo ha portato a un nuovo tipo di regime migratorio tra i paesi dell'Est, poiché alcuni paesi, in particolare la Repubblica Ceca e l'Ungheria, sono divenuti attraenti e accessibili per gli altri, sia come paesi di destinazione che di passaggio.

Tra questi nuovi fenomeni vi è in primo luogo una grande intensificazione dei flussi interni alla regione: si possono citare ad esempio, per la loro importanza in termini numerici, i movimenti di riassetto verificatisi tra il 1991 e il 1997 nei territori dell'ex Unione Sovietica e che hanno coinvolto circa dieci milioni di persone. Sulla base dei dati disponibili concernenti il numero di stranieri presenti in Europa centro-orientale, sembra che siano la Repubblica Ceca e l'Ungheria a ospitare il maggior numero di stranieri in possesso di un permesso di soggiorno di lunga durata.

Un altro tipo di fenomeno migratorio è quello rappresentato da un costante flusso di rifugiati o persone in cerca di una protezione temporanea.

Fattori geopolitici, in particolare le guerre e i conflitti etnici, hanno generato questo tipo di flussi migratori. Infatti, sebbene la maggior parte di rifugiati, per esempio dell'ex Jugoslavia, si siano diretti a Ovest, anche alcuni paesi dell'Est ne hanno accolto un gran numero.

Un tipo di nuova migrazione è senza dubbio rappresentato dai flussi di persone provenienti dal di fuori della regione, flussi che stanno trasformando l'Europa dell'Est in una zona di ricezione dell'immigrazione. In alcuni stati vi sono già comunità molto numerose di stranieri, come quella “cinese” in Ungheria, quelle “cinesi e vietnamite” nella Repubblica Ceca e quella “armena” in Polonia.

Per quanto concerne la cooperazione tra i paesi dell'Est e l'Unione Europea, nel 1991 vennero firmati – inizialmente da Polonia, Ungheria, Repubblica Ceca e Slovacchia, e successivamente da Romania, Bulgaria, Repubbliche Baltiche e Slovenia – una serie di accordi noti come “Accordi europei”. Gli Accordi europei stabilirono una serie di patti bilaterali tra l'Unione Europea e i singoli stati dell'Est, che riguardavano al tempo stesso sfere intergovernative e comunitarie, tra cui il “dialogo politico”, “il movimento di persone e beni”, “la cooperazione

economica , finanziaria e culturale”, i quali possono essere considerati come parte di una strategia di pre-ingresso nell’Unione.

“Viviamo nell’epoca della più grande mobilità della storia conosciuta. Oltre 214 milioni di migranti internazionali, vi sono circa 740 milioni di sfollati, in parte sfollati interni. Ciò significa che una persona su sette nel mondo è un migrante⁴”.

Nei 27 Paesi dell’Unione europea si calcolano 24 milioni di migranti, per la più parte provenienti dagli stessi Paesi dell’Unione. Secondo valutazioni recenti, i migranti “irregolari” sarebbero fra i 4,5 e gli 8 milioni, con un aumento stimato fra i 350 e i 500 mila all’anno.

Di fatto, l’Europa, sentendosi “fortezza” assediata, affronta sulla difensiva il fenomeno della mobilità. La *governance* delle migrazioni e la lotta contro l’immigrazione irregolare sono prospettate come la soluzione principale per dare sicurezza alle società europee, inserendo il controllo dell’immigrazione nell’ottica della lotta al terrorismo.

Viene, così, proposta e ribadita l’inaccettabile equazione: immigrazione = criminalità/terrorismo = insicurezza, motivo per il quale la politica migratoria dell’Europa chiude le frontiere alle persone, ma lascia libera la circolazione delle informazioni, dei beni e dei capitali. Si va diffondendo un atteggiamento politico e culturale di rifiuto degli immigrati, mentre le economie continuano a richiederne l’assunzione. Pertanto l’opzione di introdurre normative più o meno favorevoli all’accoglimento dei flussi migratori deve essere resa in considerazione delle possibili alternative che i Paesi industrializzati, in genere sono in grado di proporre nei confronti di problematiche di così vasto rilievo.

La valutazione della politica e delle conseguenti strategie in tema di immigrazione dovrà essere fatta alla stregua oltre che di criteri strettamente economici, in termini di costi benefici , anche sulla base di criteri fondati sui principi di solidarietà, cooperazione ed uguaglianza sostanziale che costituiscono i punti cardine del nostro ordinamento.

Sostanzialmente, quindi, si può dire che pur essendo l’ Italia un paese di accoglienza, evidenziato soprattutto dalla presenza del Vaticano, e dalle concernente e radicata cultura cattolica, si presentano comunque dei grossi problemi di integrazione e assimilazione per i cittadini immigrati. Questo vuol

⁴ Peter Schatzer, Plenaria del Pontificio Consiglio per la Cura Pastorale dei Migranti, Roma, maggio 2010.

dire che l'aspetto etico e morale svolto dalla funzione della chiesa può ben poco contro l'immobilità della politica sociale e economica. Accogliere il cittadino immigrato, significa dargli la possibilità di ricevere diritti e assistenza pari ad un cittadino autoctono, e per questo vi è bisogno di comunicazione e azione tra le parti che bisogna interessare.

2.1 L'Europa e le migrazioni: processo di integrazione.

Le migrazioni europee in questi anni hanno avuto innumerevoli risvolti sia politici che economici, che si sono ampiamente discussi a fronte di una stabilizzazione e normalizzazione dei controlli dei flussi.

“Nel mese di dicembre 2009, il Consiglio europeo ha adottato il Programma pluriennale sulla giustizia e gli affari interni, il cosiddetto “Programma di Stoccolma” per il periodo 2010-2014, confermando una particolare attenzione sull’immigrazione. Nel documento viene ribadita l’importanza della gestione dei flussi migratori, del controllo delle frontiere e della lotta al terrorismo, anche attraverso l’attuazione di standard comuni di azione tra i paesi membri dell’Unione Europea” (Cesareo in Sedicesimo Rapporto sulle migrazioni, 2010 p.8).

L'autore evidenzia che viene richiamata l'attenzione su diversi ambiti tematici ed in primo luogo sulla gestione dell'irregolarità (intesa come ingresso illegale o permanenza nel territorio oltre il periodo consentito). Rispetto a questo la Commissione chiede che venga rafforzato il ruolo dell'Agenzia europea per il controllo delle frontiere (Frontex) e istituito un servizio di sorveglianza dei propri confini. Un secondo punto riguarda l'attuazione di un'unica procedura di asilo e di un sistema volontario per una distribuzione ragionata degli immigrati all'interno degli Stati membri. Ormai da anni l'attenzione dell'Unione Europea e dell'Italia si concentra su due particolari aspetti delle migrazioni: irregolarità ed integrazione”(ibidem p. 9).

Ciò che viene ampiamente sottolineato nel Rapporto dell'Ismu, è il contributo che l'immigrato rende al tessuto sociale in cui si insedia, sia a livello economico sia a livello sociale. E' quindi ampiamente condiviso il fatto che integrazione e promozione della migrazione legale debbano essere inscindibili all'interno nel programma strategico dell'Unione Europea.

“Va infatti ricordato che il Consiglio Giustizia e affari interni già nel 2004 aveva adottato principi fondamentali comuni (Common Basic Principles) a sostegno di un quadro europeo coerente per l’integrazione di cittadini di Paesi terzi⁵. Si tratta di strumenti utili sia per gli Stati con una consolidata storia migratoria sia per quelli di immigrazione più recente. Ai singoli Paesi è attribuito il compito di attivare le modalità di impiego di tali principi nella formulazione delle politiche finalizzate all’integrazione e alla loro valutazione. Tale opportunità viene resa evidente dal fatto che, ad esempio, attualmente i trend delle politiche di integrazione adottate a livello nazionale vengono valutati proprio a partire dai *Common Basic Principles*⁶.

Questi ultimi sono sintetizzabili nei termini seguenti: 1) l’integrazione è un processo dinamico e bilaterale di adeguamento reciproco da parte di tutti gli immigrati e di tutti i residenti degli Stati membri; 2) l’integrazione implica il rispetto dei principi fondamentali dell’Unione Europea; 3) l’occupazione è una componente fondamentale del processo di integrazione ed è essenziale per la partecipazione degli immigrati, per il loro contributo alla società ospite e per la visibilità di tale contributo; 4) ai fini dell’integrazione sono indispensabili conoscenze base della lingua, della storia e delle istituzioni della società ospite ; mettere gli immigrati in condizione di acquisirle è essenziale per un’effettiva integrazione; 5) gli sforzi nel settore dell’istruzione sono cruciali per preparare gli immigrati e soprattutto i loro discendenti ad una partecipazione più effettiva e più attiva alla società; 6) l’accesso degli immigrati alle istituzioni nonché ai beni e ai servizi pubblici e privati, su un piede di parità con i cittadini nazionali e in modo non discriminatorio, costituisce la base essenziale di una migliore integrazione; 7) l’interazione frequente di immigrati e cittadini degli Stati membri è un meccanismo fondamentale per l’integrazione. Forum comuni, il dialogo interculturale, l’educazione sugli immigrati e la loro cultura, nonché condizioni di vita stimolanti in ambiente urbano potenziano l’integrazione tra immigrati e cittadini degli Stati membri; 8) la pratica di culture e religioni diverse è garantita dalla Carta dei diritti fondamentali e deve essere salvaguardata, a meno che non

⁵ Documento del Consiglio n.14615/04 del 19/11/2004.

⁶ Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni. *Un’ agenda comune per l’integrazione Quadro per l’integrazione dei cittadini di Paesi terzi nell’Unione Europea..* COM (2005) 389 definitivo, 1.9.2005 e *Terzo rapporto annuale sulla migrazione e sull’integrazione* COM (2007) 512 definitivo , 11.9.2007.

sia in conflitto con altri diritti europei inviolabili o con le legislazioni nazionali; 9) la partecipazione degli immigrati al processo democratico e alla formulazione delle politiche e delle misure di integrazione, specialmente a livello locale, favorisce l'integrazione dei medesimi; 10) l'inclusione delle politiche e misure di integrazione a tutti i livelli di governo e di servizio pubblico è una considerazione importante nella formulazione e nell'attuazione della politica pubblica; 11) occorre sviluppare obiettivi, indicatori e meccanismi di valutazione chiari per adattare le politiche, valutare i progressi verso l'integrazione e rendere più efficace lo scambio di informazioni" (Sedicesimo rapporto sulle migrazioni ISMU, 2010, pp. 9-10)

2.2 “Transnazionalismo”: il nuovo disegno del movimento migratorio.

Il transnazionalismo economico è uno degli aspetti salienti di questo filone di studi. Al suo interno, accanto all'imponente fenomeno delle rimesse e ad altri aspetti, come lo sviluppo di servizi di connessione (telefonici, di trasporto, di consegna, ecc.), un posto di rilievo è occupato dalle iniziative imprenditoriali promosse da immigrati che mobilitano i loro contatti attraverso le frontiere alla ricerca di mercati, fornitori e capitali (Portes, Guarnizo e Landolt 1999). In questo senso, il fenomeno è stato interpretato come una forma di “globalizzazione dal basso”, realizzata da persone comuni in alternativa alla globalizzazione promossa dalle grandi istituzioni economiche, finanziarie e politiche. Nello stesso tempo, si tratta di attività correlate con il più ampio fenomeno dell'autoimpiego e dell'imprenditoria degli immigrati, e dunque interessanti per la sociologia dei processi economici e per altre discipline (Ambrosini, 2008).

Una prospettiva che negli ultimi decenni ha reso feconda la letteratura sull'immigrazione globale è quella del “transnazionalismo”, definibile, nei termini delle antropologhe che hanno per prime proposto il concetto, come “il processo mediante il quale i migranti costruiscono campi sociali che legano insieme il paese d'origine e quello di insediamento” (Glick Schiller e Al., 1992 p. 26; idem, 1995, p. 48). Gli autori evidenziano come riflessione all'introduzione del concetto:

“ L'uso recente dell'aggettivo transnazionale nelle scienze sociali e negli studi culturali raccoglie i vari significati della parola così che la ristrutturazione globale del capitale è collegata al diminuire del significato dei legami nazionali nella produzione e distribuzione di oggetti, idee, persone. I processi

transnazionali sono visti in modo crescente come parte di un fenomeno più ampio di globalizzazione, segnata dal venire meno dello stato nazione e dal crescere di città globali che servono come nodi chiave dell'accumulazione capitalistica flessibile della comunicazione e del controllo” (cit. p. 49, n.t.)

Osservare le migrazioni attraverso una prospettiva transnazionale permette di superare alcuni dei dualismi insiti nelle teorie classiche sulle migrazioni e di rendere conto dell'azione dei gruppi di migranti contemporaneamente in diversi luoghi, della loro capacità di essere allo stesso tempo “qui” e “là”. Come conseguenza di questo cambio di prospettiva, le tradizionali categorie di “emigrante” e di “immigrato” vengono a perdere significato, così come l'interpretazione della migrazione come processo di rottura tra Paese di origine e Paese di destinazione (Ambrosini, 2006).

Il carattere distintivo di questa figura sociale transnazionale è di vivere una vita duale, provando un doppio senso di appartenenza, parlando due lingue, mantenendo due case in due Paesi diversi, intessendo contatti continui e regolari attraverso i confini nazionali. (Zanfrini, 2004; Ambrosini 2006).

La vera particolarità del fenomeno migratorio nell'era contemporanea deriva dalle caratteristiche stesse del periodo storico nel quale si sviluppa: la globalizzazione gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo dei legami transnazionali tra migranti e non migranti.

La diminuzione dei costi dei trasporti e delle comunicazioni ha reso possibile per un numero crescente di persone di vivere mantenendo i rapporti tra i due poli della propria rete transnazionale. Inoltre, l'intensità, l'ampiezza e la velocità degli scambi, grazie allo sviluppo della tecnologia, agli incentivi culturali e alle spinte politiche, comporta un cambiamento nel comportamento quotidiano dei migranti, che trasforma l'incremento quantitativo delle relazioni transnazionali in un cambiamento di livello qualitativo (Ambrosini, 2007).

La pubblicazione di Glick Schiller e al. ha segnato l'inizio della diffusione di studi, ricerche e articoli sul transnazionalismo indicando così praticamente qualsiasi tipo di attività legata al trasferimento attraverso le frontiere, siano esse fisiche o simboliche. Steven Vertovec (1999), nell'intento di concettualizzare e analizzare il transnazionalismo, arrivò a distinguere fino a sei impieghi diversi del termine.

Il termine transnazionalismo veniva usato dai vari autori per riferirsi a:

1. Una morfologia sociale, nella quale il transnazionalismo era definito come un tipo di formazione sociale che si estende attraverso le frontiere, si basa su una rete di relazioni sociali e rende obsoleto il concetto di continuità e compresenza fisica delle medesime;
2. Un tipo di coscienza diasporica⁷, caratterizzata da una identificazione duale o multipla;
3. Un modo di riproduzione culturale, identificato di volta in volta come sincretismo, creolizzazione, bricolage, traslazione culturale e ibridazione;
4. Una via del capitalismo per le imprese transnazionali;
5. Un luogo di impegno politico favorito dallo sviluppo tecnologico, che permette comunicazioni quasi istantanee e globali. La forma più ovvia e convenzionale è rappresentata dalle ONG internazionali, dall'impegno politico degli emigrati verso la madrepatria e dei governi dei Paesi di origine verso i propri emigrati all'estero;
6. Ricostruzione del concetto di "luogo", come passaggio a una dimensione translocale.

Soltanto nell'ultimo decennio il fenomeno del transnazionalismo, come ricorda Paolo Boccagni in un suo articolo per la rivista di studi e ricerche sulle migrazioni internazionali, *Mondi Migranti*, si collega al fenomeno non nuovo delle "famiglie transnazionali" – i cui componenti, da paesi diversi, << si mantengono coesi [e alimentano un] senso di unità e benessere collettivo che travalica le frontiere >> (Bryceson e Vuorela, 2002, p. 3); il problema delle famiglie e del loro rapporto all'interno delle migrazioni è importante perché sono divenuti centrali nell'osservazioni delle scienze sociali la separazione e il ricongiungimento in tempi e luoghi diversi dei membri che ne fanno parte, modificando così la realtà della vita familiare attraverso i confini (Bonizzoni, 2007, p. 91). La riflessione sociologica al riguardo si è concentrata anzitutto sull'evoluzione della relazione a distanza tra genitori emigrati e figli in patria, sulle aspettative soggettive e le rappresentazioni sociali che la caratterizzano, ma anche sullo scambio di risorse su cui essa fa leva. In seconda battuta le indagini sul tema hanno guardato anche

⁷ “ (...) le diaspore consentono a piccole imprese e attività familiari di adeguarsi ad una scala globale e di assumere un carattere più razionale, funzionale, produttivo e progressivo. Una rete di mutua fiducia di proporzioni globali si edifica dal momento che capitale e credito fluiscono liberamente tra familiari, parenti, compaesani, e anche membri coetnici più lascamente associati”
R. Cohen ,2007, p. 160

ai rapporti tra coniugi, e alle differenze che la migrazione dell'uno o dell'altro può produrre nei rispettivi ruoli di genere (sul piano delle rappresentazioni e delle pratiche sociali che ne derivano) (Boccagni, 2009, p. 47).

Le relazioni familiari prese in esame hanno sempre e solo un unico fulcro, le donne. Le donne immigrate sono considerate, come vedremo in seguito, “*un puntello ormai irrinunciabile per la tenuta dei fragili equilibri di tante famiglie italiane, per la conciliazione tra lavoro extradomestico e persistente centralità della famiglia come erogazione di servizi di cura alle persone, per la sostenibilità degli stessi costi del welfare pubblico*” (Ambrosini, 2009 p. 37).

2.3 I dati relativi della situazione italiana

Nel suo rapporto annuale sulle migrazioni in Italia la Caritas ritiene che nel 2011 sia stata superata, anche se di poco, la quota di 5 milioni di immigrati regolari (dei quali uno su tre di provenienza comunitaria).

La Caritas, con un occhio al presente, ma attenta alle prospettive generali della situazione, ritiene che le esigenze attuali della politica migratoria possano essere individuate in una serie di punti: *emersione, qualificazione, stabilizzazione, semplificazione e non discriminazione*.

L'*emersione* fa riferimento al mercato del lavoro informale e alla correlata esigenza di una ‘politica dei flussi’ in grado “di rendere più agevole l’accesso della manodopera straniera al mercato occupazionale, restringendo così i canali irregolari” (Caritas, 2013, p. 10).

La *qualificazione*, che presuppone in Italia il superamento delle difficoltà dei titoli per far fronte alla mancata omogeneità dei percorsi formativi nazionali, anche perché la capacità per un paese di essere punto di attrazione di lavoratori qualificati entra in rapporto positivo con il suo sviluppo economico e con il riconoscimento della forza lavoro correlata.

La *semplificazione*, legata alla eliminazione di norme vessatorie, ritardi, richieste di certificati, permessi, documenti che assume un carattere afflittivo più che contribuire davvero a una chiarezza delle procedure in atto o al rilascio meno complesso dei permessi legati a questi lavoratori.

La *stabilizzazione*, che assume un significato particolare per i lavoratori stranieri a fronte del rischio di perdere il posto di lavoro durante un periodo di crisi e di

trovarsi così in condizione di dover lasciare il paese nel quale si sono, almeno provvisoriamente, stabiliti.

E infine le procedure che tendono a *ridurre la discriminazione* dei soggetti stranieri, da quelle più evidenti, come le aggressioni dirette, a quelle latenti, tutte però tese a configurare un universo subalterno.

Volendo fare riferimento ai numeri per il 2011, gli stranieri residenti (dunque dichiarati) sono **3.865.385**.

Rappresentano il 6,5% della popolazione totale, e al loro interno le donne sono il 49,5%.

Nel 2011 sono nati in Italia 79.587 stranieri; i minori rappresentano la realtà del 23,9% su tutti gli stranieri e di questi 755.939 sono regolarmente iscritti nelle scuole.

Considerando la distribuzione territoriale degli immigrati, si configura la presente situazione percentuale:

Tabella. 1 : Distribuzione Territoriale immigrati in Italia

<i>DISTR. TERRITORIALE</i>	<i>%</i>
Nord Ovest	35,8
Nord Est	27,6
Centro	23,8
Sud	9,0
Isole	3,8

Fonte Caritas/ Migrantes 2013

Articolando la presenza regolare per i continenti di provenienza, il 50,8% proviene dall'Europa, il 22,1% dall'Africa, il 18,8% dall'Asia, l'8,3% dall'America.

Le prime cinque collettività presenti in Italia sono:

Tabella. 2 : Collettività presenti in Italia

Collettività	N.
Romania	997.000
Albania	491.495
Marocco	506.369
Cina	277.570
Ucraina	223.782

Fonte Caritas/Migrantes 2013

Volendo infine guardare gli occupati, nati all'estero, per settore, si ha:

Tabella .3 Occupati migranti per settore

Settori	%
Agricoltura e pesca	8,5
Industria	29,6
Di cui costruzioni	13,0
Metallurgia	3,6
Servizi	57,0
Alberghi e ristoranti	9,4
Servizi alle imprese	11,5
Servizi alle famiglie	14,9
Attività non determinate	4,9

Fonte Caritas/Migrantes 2013

3. La Questione Rumena: i romeni tra rifiuto e accoglienza.

Le varie comunità immigrate in Italia hanno mostrato nel tempo ciascuna ambiti problematici particolari i quali, di territorio in territorio, hanno richiamato l'attenzione delle politiche sociali e , in alcuni casi, di ordine pubblico, in un trasferimento avanzato in molti casi da aree di popolazione di problemi di regolazione sociale in problemi di ordine e controllo. È capitato con la lingua per gli immigrati cinesi, in particolare per i loro figli a scuola, e capitato con gli albanesi per la riproposizioni di modelli culturali originali nei paesi di arrivo, capitato soprattutto con la comunità rumena, nei cui confronti si è operato spesso un troppo facile processo di omologazione delle diversità, nel quale si è anche dimenticato di considerare la diversità del tempo trascorso da quando una parte di quella comunità è insediata in Italia.

In questo senso l'attenzione ora riservata, nelle pagine che seguono alla comunità rumena, ha valore emblematico nel ricordare la impossibilità di assimilare tra loro tutti i componenti di una comunità. Facendo attenzione dunque a genere, generazioni e soprattutto forme di accoglimento a queste riserve.

L'immigrazione è un fattore reso necessario dalla transizione demografica che l'Europa sta conoscendo, per cui – secondo le previsioni – la sua popolazione non solo invecchierà ma anche diminuirà, nonostante l'arrivo di numerosi immigrati da Paesi non membri dell'UE.

I romeni sono, insieme ai bulgari, gli ultimi arrivati nell'Unione Europea. A questa connotazione storica, si aggiunge il fatto che sono anche gli ultimi nella già precaria considerazione che si ha degli immigrati in Italia. Hanno attratto su di sé la percezione negativa che alcuni anni fa caratterizzava i marocchini e poi gli albanesi. Il quadro si aggrava ulteriormente quando i cittadini provenienti dalla Romania sono di etnia rom. In questo caso alla scarsa considerazione, troppo spesso s'accompagna un sentimento palesemente ostile, i cui toni, in certi casi, rasentano il disprezzo (Caritas Italiana e Confederatia Caritas Romania, 2010, pp. 9-10).

La questione di fondo è che non si può avere strutturalmente bisogno dell'immigrazione senza volere gli immigrati: non basta considerarli lavoratori indispensabili nelle fabbriche e nelle famiglie, ma bisogna ritenerli partner accettabili nella quotidianità delle nostre città e in ogni contesto di vita, anche dopo l'orario di lavoro. Invece, il nostro atteggiamento è molto contrastato e non

sempre siamo coscienti che l'immigrazione sta dentro la storia di intere popolazioni di ogni tempo e rimane la risorsa che la storia stessa ci mette a disposizione per far fronte ai deficit demografico e occupazionale (ibidem).

Andando al di là dei fatti di cronaca, veri e preoccupanti ma circoscritti, i romeni, diventati nel frattempo la prima collettività, sono stati presi come simbolo del fenomeno migratorio che aumenta e genera timore.

“Anche se non c'è da accordare facili attenuanti, bisogna sforzarsi di capire cosa sta concretamente accadendo. La velocità di crescita dell'immigrazione:

- *se da un lato consente di risolvere più speditamente i nostri problemi occupazionali,*
- *dall'altro richiede più attenzione politica e più risorse pubbliche. Ciò è stato fatto in maniera prevalente per i problemi connessi alla sicurezza, mentre per l'integrazione, che è un obiettivo inclusivo in molti aspetti, la disattenzione e la trascuranza sono consistenti.*

Non è infondato ipotizzare un patto tra i nuovi venuti e il Paese Italia, che comporta per entrambi le parti diritti e doveri” (Nozza⁸, 2010, p. 10).

Quello che, inoltre, si sottolinea nel testo è il fatto che, anche gli italiani debbano impegnarsi ad accogliere gli immigrati, *“punto sul quale non sempre si insiste adeguatamente e che invece trova ricorrente richiamo nei documenti pontifici sull'immigrazione”* (ibidem, p. 11).

Nei confronti dei romeni, come nei confronti degli altri immigrati, serve un forte alleggerimento degli adempimenti burocratici e il potenziamento degli uffici pubblici, tramite i mediatori culturali, che affidino un sostegno adeguato ai processi di integrazione, intervenendo a scuola, promuovendo l'apprendimento dell'italiano, incentivando l'associazionismo, facendoci carico di interventi straordinari del grave fenomeno abitativo, che è esso stesso fonte di disagi di ogni genere (Nozza, 2010, p. 12).

Altro fattore importante è il lavoro, che rappresenta sicuramente il polo attrattivo all'origine del progetto migratorio. Quali sono i fattori alla base di un progetto migratorio? Per la sua nascita, sono tanti i fattori che entrano in gioco, e tra essi la letteratura più recente ha concentrato l'attenzione su almeno tre che agiscono da concausa:

⁸ L'immigrazione romena in Italia nel quadro di un'Europa allargata cit. in I romeni in Italia tra rifiuto e accoglienza, 2010, Idos, Caritas italiana e Conferenza Caritas Romania.

- a) Dana Diminescu ha sottolineato come, nel caso delle migrazioni dal basso capitale sociale e al di fuori dei network migratori, l'Italia offra ampie possibilità grazie a politiche d'ingresso poco restrittive o, quanto meno grazie ai controlli meno rigidi o relativamente tolleranti.
- b) Recenti studi di Dumitru Sandu, una delle voci più apprezzate della sociologia romena, hanno messo in evidenza come anche il background cattolico possa fungere da sostrato comune e facilitare l'avvio dei flussi e poi l'inserimento. L'ipotesi di Sandu è stata indirettamente rafforzata dal Vescovo di Iasi Petru Gherghel che, in occasione del convegno europeo sul tema "L'operatore pastorale in contesto migratorio: tra memoria e futuro", organizzato dalla Fondazione Migrantes della CEI a Bellaria dall'11 al 15 aprile 2005, ha riferito che i latino-cattolici emigrati in Italia dalla sola diocesi di Iasi sono almeno 20.000 ;
- c) Infine, secondo la teoria di "sistema mondo " proposta alcuni anni or sono da Douglas Massey, è stato notato che i flussi migratori seguono la stessa rotta, ma in direzione opposta, rispetto ai flussi di capitale. Infatti, poiché durante il comunismo il regime aveva sviluppato proprio nella Moldavia l'industria tessile e calzaturiera, dopo il collasso produttivo quegli impianti sono stati acquisiti dalle piccole e medie imprese (PMI) italiane, interessate anche a procacciarsi contestualmente, tra gli addetti, forza lavoro competente e a basso costo. La presenza degli imprenditori italiani ha dunque creato una rete di contatti e uno scambio di informazioni tale da rendere concretamente l'Italia una meta migratoria interessante e appetibile. Questa teoria può essere integrata da altri fattori : ad esempio nel caso di Timis e Tulcea la nascita e lo sviluppo dei flussi sono stati favoriti anche dalla presenza dell'antica minoranza etnica di origine italiana"(Ricci⁹, 2010, pp. 17-18).

Un'altra questione che segna l'evoluzione della presenza romena in Italia è rappresentata dalle altre 130 mila domande di assunzione di lavoratori rumeni presentate in occasione del Decreto flussi del luglio 2006, di fatto in gran parte autorizzate dopo l'ingresso della Romania nell'UE.

L'ingresso nell'UE ha rappresentato, almeno in teoria, un vero e proprio spartiacque di inserimento definitivo, poiché per i lavoratori rumeni presenti nel

⁹ Romania: immigrazione e lavoro in Italia prima e dopo l'allargamento cit. in I romeni in Italia tra rifiuto e accoglienza, 2010 , Idos, Caritas italiana e Conferenza Caritas Romania.

nostro Paese non si applicano più le disposizioni del Testo Unico sull'immigrazione (d.lgs. n. 286/1998), ma quanto stabilito nel Testo Unico in materia di circolazione e soggiorno dei cittadini UE (D.P.R. n. 54/2002, e successivi aggiornamenti), emancipando così i migranti romeni dall'obbligo di sottostare al sistema delle quote di ingresso fissate per i lavoratori subordinati e dall'obbligo del permesso di soggiorno. L'opportunità della libera circolazione avrebbe dovuto comportare la totale emersione della clandestinità portando a superare non solo il rischio di cadere vittime di trafficanti di manodopera, ma anche dello sfruttamento lavorativo, dal caporalato, dagli interessi delle organizzazioni malavitose. Sappiamo bene, tuttavia, che poi nei fatti non è andata esattamente così (specialmente nella prima fase di soggiorno in Italia) e che sono insorti molteplici problemi riguardanti la questione abitativa, il lavoro nero, la negazione dei diritti sindacali, le morti bianche nei cantieri, il mancato accesso ai servizi, i casi di discriminazione e violenza, la tratta di minori e ragazze ai fini di sfruttamento (ibidem, p. 19).

Con la direttiva 2004/38/ CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri, c'è stata come conseguenza che l'archivio delle iscrizioni all'anagrafe è rimasta l'unica fonte principale di informazioni sulla presenza dei romeni in Italia, non più registrati tra i soggiornanti.

3.1 I romeni in Campania.

Con l'ingresso della Romania nell'Unione Europea si sono aperte le vie d'entrata delle nostre frontiere per i migranti romeni, i quali hanno iniziato dei flussi migratori dalle loro città verso l'Italia, Campania compresa. Ovviamente la ben saputa ospitalità dei meridionali, soprattutto dei campani, ha aiutato non poco le forme di integrazione e inclusione sociale sul territorio regionale. Ciò favorito ulteriormente da notevoli similitudini presenti tra la lingua romena e il dialetto meridionale. In un'intervista fatta ad alcuni romeni da Giancamillo Trani, coordinatore regionale dell'Area Immigrazione della delegazione Caritas della Campania, si evince la preferenza di essi a voler restare in Campania, pur sapendo che in altri luoghi potrebbero guadagnare di più.

“La comunità romena non era nuova, poi, quantomeno alla città di Napoli: alcuni anni fa nella centralissima zona compresa tra il Teatro San Carlo e la Piazza del

Municipi, era presente persino un ristorante tipico , il “ Piccolo Bucarest” , abbastanza frequentato.

La maggior parte dei migranti romeni presenti in Campania proviene dalle zone ubicate nel Nord Est della Romania, al confine con l’Ucraina , in ex aree minerarie che, complice la chiusura delle miniere , nel 1989 hanno conosciuto una grave e persistente crisi economica. Il disfacimento del sistema e dell’ economia ceauseschiana ha comportato enormi conseguenze, acuendo le differenze tra città e campagne, ricreando situazioni simili al nostro paese vissute nel secondo dopoguerra. Nella sola città di Napoli si stima che, i migranti romeni, non siano meno di 5000 persone, ovviamente tenendo da parte i migranti rom di passaporto romeno. Molti romeni sono impiegati nel settore delle pulizie, dell’edilizia, delle aziende florovivaistiche, nel comparto della lavorazione del legno, dei trasporti su gomma (molti sono i camionisti). In numero crescente i piccoli imprenditori, che danno vita a ditte a conduzione e partecipazione familiare.

Non soltanto, però, manovali o colf, bensì anche studenti e ricercatori universitari, giornalisti, scrittori, intellettuali ”(Trani¹⁰, 2008 p. 312).

Un ulteriore fattore che sicuramente sottolinea il livello di inclusione sociale dei romeni è quello evidenziato nel rapporto dato dal Dossier regionale sulle povertà in Campania del 2010. Dove sono presenti i rapporti tra i centri di ascolto e gli stranieri.

“Il primo dato che balza agli occhi è che, l’utenza dei CdA delle Caritas della Campania, è costituita per il 55,2% da persone di origine straniera contro il 44,6% di italiani (lo 0,2% del campione è in possesso di doppia cittadinanza n.d.r.). Sebbene gli oltre 10 punti percentuali non ci autorizzino ad affermare – in senso assoluto –che la povertà tra i migranti è maggiore o più diffusa che tra gli autoctoni, questo dato si sposa perfettamente con le conclusioni cui è giunta, nel suo ultimo rapporto, la Commissione d’Indagine sull’Esclusione Sociale promossa dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali. In detta pubblicazione si afferma – tra l’altro – che Napoli (e, più in generale, la Campania), negli ultimi dieci anni, ha visto più che raddoppiare la propria presenza migratoria, accogliendo – tra gli altri – molti migranti che, avendo perso il proprio posto di lavoro nelle regioni settentrionali, si riversano appunto nel Meridione dando vita

¹⁰ G. Trani cit .in “Romania Immigrazione e lavoro in Italia, Caritas Italiana a cura di F.Pittau, A.Ricci, A. Silj, 2008.

ad uno “spostamento sommerso”, accettando di lavorare al nero e tornando così ad una situazione di palese irregolarità.

Venendo alle differenze di genere, queste ultime segnalano una prevalenza di quello femminile pari al 57,7% del campione, confermando, in tal modo, l’acclarata vocazione in rosa della regione Campania (in particolare nelle province di Napoli, Avellino e Benevento), indissolubilmente legata anche al massiccio ricorso a donne straniere nelle professioni di assistenza e cura (colf, badanti, baby sitter).

Proseguendo nella disamina dei dati socio – anagrafici del campione di riferimento, sarà utile soffermarsi sulla suddivisione per classi di età. Il dato complessivo, relativo agli under 24, arriva appena all’11% del campione, ma ancor più interessante è sottolineare come la classe 0 -14 anni costituisca solo lo 0,6% del campione, mentre quella 15 – 24 anni rappresenta il 10,4%. E’ bene precisare che, parlando di utenza dei CdA, è assai difficile che un minore vi si possa rivolgere. Tuttavia, considerati gli utenti di origine straniera, di età compresa tra i 18 ed i 24 anni, dobbiamo forse convenire che, almeno in questa prima fase dell’età lavorativa, la popolazione migrante presenta picchi di problematicità piuttosto contenuti. Il discorso cambia radicalmente se andiamo a considerare gli utenti migranti di età compresa tra i 25 ed i 54 anni di età, ovvero la fase della vita nella quale si è lavorativamente più attivi. Il dato complessivo ci riporta ad un 78% che costituisce, dunque, oltre i tre quarti del campione (25 – 34 anni di età 26,6%, 35 – 44 anni di età 27,4%, 45 – 54 anni di età 24%), e che denota –con inequivocabile chiarezza – quelli che, oggigiorno, possono essere i problemi di padri e madri di famiglia, ulteriormente aggravati dal fatto di essere di origine straniera. Piuttosto contenuto il valore percentuale della classe 55 - 64 anni di età (9,7%), mentre del tutto residuale appare la consistenza degli over 65, che arrivano appena all’1,3% del campione. Incrociando i suddetti dati con le differenze di genere, riscontriamo che, tra le utenti migranti, la classe di età più problematica risulta essere quella compresa tra i 45 ed i 54 anni di età (29,5%), mentre tra quelli maschi l’età si abbassa notevolmente (il 34,2% del relativo campione appartiene alla classe 25 - 34 anni di età).

L’esame dei dati relativi alle provenienze continentali dei migranti che si sono rivolti ai CDA delle Caritas diocesane della Campania, ci consente di approfondire ulteriori elementi. In primo luogo, è bene precisare che, il suddetto

campione Caritas, contempla la presenza di cittadini migranti provenienti da 82 Paesi, a sottolineare la varietà del fenomeno in regione (caratteristica, del resto, comune all'Italia intera, il che può in qualche misura giustificare i problemi che il ns. Paese ha avuto ed ha nel governare un fenomeno contraddistinto da tanta diversità) (Dossier Regionale della Caritas sulle povertà in Campania, 2010).

In secondo luogo va riservata un'attenzione particolare ai “bisogni” evidenziati dagli utenti immigrati all'atto della loro presenza nei CDA¹¹.

“Al primo posto troviamo –giustamente – quelli legati all'occupazione. Anche in Campania, al pari di quanto verificatosi in altre aree del Paese, l'aumento dell'istruzione e del reddito, ha alimentato la crescita delle aspettative professionali e di ascesa sociale degli autoctoni, creando alcune tipologie di lavori manuali sempre meno graditi, nelle quali si sono, progressivamente, inseriti gli immigrati. Al tempo stesso, le diffuse opportunità di lavoro in nero, hanno creato la possibilità di un precario inserimento economico di lavoratori stranieri privi di qualsivoglia autorizzazione, facilitata dalla crisi dello stato sociale di fronte all'invecchiamento accelerato della popolazione, che ha creato un nuovo mercato per l'assistenza domestica privata. Come già accennato in precedenza, la progressiva stabilizzazione del soggetto migrante passa – oltre che per il lavoro – anche dall'avere accanto la propria famiglia, mettere al mondo un figlio, acquisire via via sempre più diritti. Tuttavia, la crisi economica e sociale che sta investendo il territorio campano sta penalizzando, in particolar modo, le fasce più deboli della popolazione, che stanno vedendo progressivamente diminuire non solo le possibilità occupazionali, i redditi e la capacità di acquisto, ma anche i servizi sociali e tutte quelle misure di sostegno di cui le famiglie più disagiate hanno maggiormente bisogno. C'è da aggiungere, inoltre, il rischio concreto che il degrado dei rapporti sociali possa veder maturare una violenza nuova, collegata a situazioni di grande povertà ed emarginazione. L'aumento spaventoso delle disuguaglianze sociali porta, purtroppo, a fenomeni di malessere quali il piccolo furto, il bullismo, l'aumento della prostituzione minorile (anche maschile), nonché

¹¹ Il Centro di Ascolto per Cittadini Stranieri (CDA) è un servizio di informazione di 2° livello; durante il colloquio si ascoltano i bisogni del cittadino, si valutano le problematiche e si orienta lo stesso verso i servizi pubblici per una possibile risoluzione del problema. In particolare i servizi offerti dal CDA sono: informazioni e consulenza sul lavoro, servizi sociosanitari, servizi sociali, casa, intercultura e scuola, altro.

Il Centro fornisce i seguenti servizi: accompagnamento del cittadino singolo o della famiglia, informazioni per varie pratiche (es.: carta di soggiorno, tesserino sanitario), mediatore linguistico (www.caritasdiocesana.it).

all'incremento nel consumo di alcool e di sostanze stupefacenti. In questo scenario, i cittadini migranti sono – senza ombra di dubbio alcuno – tra i soggetti più esposti. A seguire, nella classifica dei bisogni espressi, riscontriamo i problemi di natura economica, con una percentuale del 27,8%: la perdita del posto di lavoro, la precarietà del quotidiano, qualche difficoltà o spesa inattesa, possono ingenerare nei migranti la necessità di richiedere un aiuto di natura economica. Di seguito, i bisogni tipici della condizione di migrante (16,1%), nonché le problematiche abitative (10,9%): tuttavia, onde evitare spiacevoli equivoci o fomentare – ulteriormente – il qualunquismo dilagante relativo all'immigrazione, sarà bene ricordare ai nostri lettori che, una persona che varca la soglia di un CDA Caritas, deve necessariamente trovarsi in una situazione di difficoltà individuale, il che – fortunatamente – non autorizza assolutamente a dire che, dette difficoltà, appartengano all'intero universo dei migranti che hanno deciso di stabilirsi in Campania. Seguono poi i problemi familiari, con una percentuale del 9%: il contesto familiare, testimonianza del progressivo livello di sedimentazione della popolazione immigrata è in regione particolarmente rilevante, anche per quanto concerne il fenomeno dei matrimoni misti. Infatti, scorrendo i dati Istat, si scopre che la regione detiene il primato al Sud per nozze celebrate tra campani e migranti.

A mero titolo esemplificativo, illuminanti – in proposito – possono risultare alcune statistiche rese note dal SASCI (Servizio Attività Socio Sanitarie Cittadini Immigrati e Senza Fissa Dimora) dell'Asl Napoli 1. Oltre 22.000 sono i cittadini migranti che risultano assistiti dalla suddetta Azienda: provengono da Paesi a forte pressione migratoria e sono regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. Ammontano invece a 4.000 i migranti temporaneamente assistiti (STP nel caso di extracomunitari, ENI per romeni e neocomunitari): si tratta, perlopiù, di irregolari che hanno ottenuto dall'Asl una tessera provvisoria, della durata di sei mesi, perché indigenti. Nel solo 2009, gli ambulatori coordinati dal SASCI¹² hanno registrato circa 12.000 contatti di cittadini migranti. Solo 1.500 si sono fermati alla prima visita, mentre tutti gli altri sono tornati per ricevere cure specifiche. Tra gli utenti, gli ucraini sono stati i più numerosi (26%), seguiti dai

¹² “Ambulatori dedicati direttamente nei Distretti sanitari di Napoli, in modo tale che gli STP e gli stranieri senza fissa dimora avessero comunque una facilità di accesso alla Sanità Pubblica. Il coordinamento dei distretti sanitari venne chiamato SASCI – Servizio Attività Socio sanitarie Cittadini Immigrati e senza fissa dimora “ (Il circuito del separatismo. Buone Pratiche e linee guida per la questione Rom nelle regioni obiettivo convergenza. D. Catania, A. Serini , 2011 pag .72).

serbi (19%, in questo caso si tratta, nella stragrande maggioranza dei casi, di migranti di etnia rom), gli srilankesi (16%) ed i russi (8%). Nel 65% dei casi sono state le donne a rivolgersi ai servizi sanitari: dunque, ostetricia e ginecologia sono le branche mediche più frequentate, seguite da cardiologia, odontoiatria e gastroenterologia. Il 70% dei pazienti immigrati dell'Asl Napoli 1 ha una età compresa tra i 18 ed i 49 anni, i minori rappresentano il 7%, gli over 65 appena il 2%. I senza dimora presenti sul territorio della prefata Azienda sono circa seicento, soffrono di alcolismo, tossicodipendenza e disagio psichico e sono fortemente esposti a malattie riconducibili alle subumane e precarie condizioni di vita in cui versano: patologie respiratorie, dermatologiche, infettive” (Dossier Regionale della Caritas sulle povertà in Campania, 2010)

Una delle forme più estreme di povertà, facilmente verificabile sul territorio della regione Campania, è appunto quella della popolazione rom.

“Nel 2008, Caritas Italiana ha promosso la costituzione di un Tavolo Nazionale Rom, attorno al quale ha invitato, in partenza, le 12 Diocesi maggiormente coinvolte dal fenomeno, tra cui quella di Napoli (per la regione Campania, anche quella di Salerno *n.d.r.*). Alle suddette *“I Rom sono la minoranza etnica più importante d'Europa: circa otto milioni di europei, molto più dei cittadini di parecchi Stati: ma non hanno consolati, ambasciate, governi di riferimento. Non è una questione meramente teorica: se uno Stato sviluppa una politica – ad esempio scolastica – a beneficio di una minoranza, è sufficiente che questa domandi il materiale didattico per le classi o la formazione degli insegnanti al suo Paese di appartenenza. Invece per i Rom, minoranza transnazionale, tutto questo non è possibile: tocca al Consiglio d'Europa ed all'Unione Europea intervenire, convincendo gli Stati a collaborare tra loro. Volendo, si potrebbe, però, realizzare un capovolgimento di prospettiva: dato che, nell'Europa di questi ultimi anni, segnata profondamente dalla mobilità umana e da una emergenza legata alle minoranze, quelli che erano Paesi di emigrazione (quale, appunto, l'Italia) sono divenuti Paesi di immigrazione, e dato – poi – che i Rom sono un popolo mobile (non nomade, mobile), con una organizzazione familiare e sociale che attraversa le frontiere, potrebbero essere elevati a paradigma dell'Europa del XXI secolo. Proprio i Rom sollevano questioni cogenti e fondamentali sul senso dell'Europa dei Popoli e delle sue componenti: individui e comunità, stati, nazioni, cittadinanza, libera circolazione, migrazioni. E sembrano lanciare una*

sfida per la gestione di nuovi spazi giuridici e sociali. Ad esempio, il problema della scolarizzazione dei bimbi rom, potrebbe diventare una fonte di rinnovamento per l'educazione collettiva che versa in grosse difficoltà. Sulla carta, il diritto sembra essere dalla loro parte: il vero problema è che le leggi in materia non vengono applicate ma disattese; le indagini ed i rapporti delle istituzioni internazionali mostrano chiaramente che i Rom sono i più condannati, respinti e discriminati tra i popoli d'Europa. L'effettivo accesso ai diritti, per loro, passa attraverso l'applicazione dei testi normativi esistenti (anche se alcuni vanno, di parecchio, migliorati) e la formazione degli operatori: insegnanti, personale sanitario e di polizia, assistenti sociali. Ma, soprattutto, passa attraverso l'informazione: ogni tentativo di pensare politiche nuove nei loro confronti si scontra, infatti, con un secolare armamentario di stereotipi, immagini negative, dal quale è sempre possibile attingere per giustificare il proprio rigetto o, addirittura, i propri comportamenti discriminatori a livello politico. Domandate ad una qualsiasi persona cosa pensa degli zingari: vi dirà che rubano; ma, statisticamente, è dimostrato che – fra mille Rom – non c'è più delinquenza di quanta ve ne sia tra mille cittadini qualsiasi. I loro reati, però, sono i più segnalati, perché sono la frangia di popolazione più sorvegliata. Non c'è, da parte di chi scrive, nessun intento assolutorio ma, al tirar delle somme, renderli responsabili di una situazione di cui, forse, sono soprattutto vittime, non è né giusto, né tantomeno cristiano (Jean Pierre Liègeois, in “La Repubblica”, luglio 2008).

4. Un' interpretazione di immigrazione: Abdelmalek Sayad.

L'immigrazione secondo A. Sayad, autore della “Doppia assenza”, è uno specchio che riflette il “pensiero di stato”. Il pensiero di stato o lo spirito di stato, che Bourdieu analizza, sono forma di pensiero, una maniera precisa di pensare. Il pensiero di stato e il pensiero dello stato sarebbero inseparabili : sarebbe il pensiero di stato a produrre il pensiero dello stato in tutto ciò che è e in tutti gli ambiti in cui si applica [...] Nel diritto c'è voluta tutta l'audacia di Hans Kelsen per liberarsi del pensiero di stato, per insorgere contro questo pensiero e, in fin dei conti, per contestare l'opposizione tra “nazionale” e “ non nazionale” . Egli ha fatto vedere il carattere arbitrario (o convenzionale) di questa distinzione : il nazionale è di diritto, appartiene per natura e per stato (il possesso dello stato di

nazionalità) a quella popolazione che costituisce lo stato. Lo straniero (il non nazionale) è soggetto alla competenza e all'autorità dello stato di cui non fa parte, ma sul cui territorio risiede, vive e lavora, solo a causa della sua presenza e per la durata di quest'ultima- presenza su tale territorio di uno status differente da quello nazionale. Kelsen considera questa differenza puramente accidentale, non essenziale, e ciò porta a respingere l' idea che lo stato sia necessariamente l'espressione giuridica di una comunità" (Sayad, cit., p. .373).

“La presenza dell'immigrato è sempre una presenza fuori posto (*déplace*) in tutti i sensi del termine: in senso fisico, geografico, cioè in senso spaziale perché la migrazione innanzitutto uno spostamento nello spazio.

Tutto avviene come se l'immigrazione fosse già colpa, e l'immigrato colpevole, solo per il semplice fatto di essere presente sul territorio dell'immigrazione. Tutte le altre colpe sono come raddoppiate, aggravate a causa di questa colpa originaria, rappresentata dall'immigrazione. E' una colpa originaria in senso cronologico, perché è necessariamente anteriore a tutte le altre colpe che potrebbero essere commesse durante la vita di un immigrato, è una colpa generatrice nel senso che è la causa non delle altre cause in sé, ma del luogo, del momento, del contesto (cioè dell'insieme delle condizioni sociali, economiche , politiche ecc.) in cui si producono le colpe. L'immigrazione come colpa oggettiva non può mai essere messa totalmente tra parentesi, neutralizzata, per quanto in tutta obiettività ci si sforzi di farlo. Per tutto questo carico di svalutazione, di squalifica, di stigmatizzazione, l'immigrazione pesa su tutti gli atti degli immigrati, anche quelli più ordinari, e *a fortiori* sui reati. All'inverso, tutti i comportamenti degli immigrati, soprattutto i comportamenti devianti, si ripercuotono sul fatto stesso dell'immigrazione, accentuandone la svalutazione, la squalifica, la stigmatizzazione.” (Sayad, cit., p. 373)

Per Sayad pensare l'immigrazione significa pensare lo stato. È lo stato che pensa se stesso pensando l'immigrazione, "perché l'immigrazione rappresenta il limite dello stato nazionale, quel limite che mostra ciò che esso intrinsecamente è, la sua verità fondamentale. Lo stato, per sua stessa natura, discrimina e così si dota preventivamente di tutti i criteri appropriati, necessari per procedere alla discriminazione, senza la quale non esiste stato nazionale" (Sayad, cit., p.368). Ma, aggiunge Abdelmalek Sayad, "sembra che questa funzione sia più imperativa, e dunque più prescrittiva, nel caso dello stato repubblicano, nello stato che aspira

a un'omogeneità nazionale totale, cioè a un'omogeneità su tutti i piani: politica, economica, culturale (specialmente linguistica e religiosa) ecc." (Sayad, cit., p.369).

La riflessione sull'immigrazione rinvia dunque al "pensiero di stato", figlio di un'ideologia centralizzatrice e nazionalista che rimuove le differenze "interne" ed esaspera le differenze "esterne": "Le nazioni e i diritti che esse si sono date in materia di nazionalità non amano i conflitti di nazionalità [...]. Tutte e tutti vorrebbero un'appartenenza nazionale che escluda ogni altra forma di fedeltà a qualche altro potere, anche quando questo non sia, propriamente parlando, politico" (Sayad, cit., p. 327).

“Il processo fatto all'immigrazione mediante il processo fatto all'immigrato colpevole di qualche reato, seppur minore, in realtà chiama in causa tutto il sistema di rappresentazioni con cui definiamo l'immigrazione e la devianza o delinquenza dell'immigrazione, e attraverso cui definiamo l'immigrato e gli atti, leciti e illeciti, che gli sono permessi. Queste rappresentazioni sono di due tipi : in primo luogo sono delle *rappresentazioni mentali* che si traducono in atti di percezione e valutazione, di conoscenza e di riconoscimento, cioè in tutta una serie di atti in cui i soggetti investono i propri interessi materiali e simbolici (forse più simbolici che materiali), i propri pregiudizi sociali, i propri presupposti, in breve tutto il loro essere sociale. In secondo luogo potremo dire che sono delle *rappresentazioni oggettuali*, che consistono nei segni esteriori, negli indici, nei tratti e in tutte quelle caratteristiche che possono essere l'oggetto di strategie di manipolazione simbolica al fine di determinare la rappresentazione (mentale) che gli altri si fanno sia di queste proprietà percettibili dall'esterno sia di chi le possiede.”(Sayad, cit., p.375)

Quello che Sayad sostiene è che il pregiudizio è insito nella Sovranità Nazionale, che produce la sanzione, che può espellere l'immigrato, che lo stigmatizza come deviante, portatore di malattie insane. “Questa congiuntura implicita di colpe e pene, sebbene non sia manifesta, traspare nell'altra sanzione che spesso si aggiunge alle due precedenti, una sanzione intrinsecamente legata alla condizione di straniero, lo straniero si può per definizione espellere, anche quando ci si accorda per non espellerlo, come può succedere. Che ci sia l'espulsione o no, la possibilità di espellere lo straniero è il segno emblematico di una delle prerogative essenziali della sovranità nazionale ; è anche il marchio del pensiero di stato, per

non dire che è proprio il pensiero di stato in sé: in effetti è nella natura stessa della sovranità della nazione espellere chi lo merita, tra i residenti stranieri (nel senso della nazionalità) la possibilità di essere espulso, poco importa dunque che lo sia effettivamente o no” (Sayad, cit., p. 384)

La colpevolizzazione dell’immigrato, di cui parla Sayad, nel lontano 1999, ha ancora ripercussioni vive nei giorni d’oggi, e nel 2013 ancora parliamo di processi di stigmatizzazione nei confronti degli immigrati, i quali nel paese ospitante si trovano a far fronte a disagi sociali che dipendono da disuguaglianze affrontabile nel lavoro, nella cura delle malattie, e nelle questioni burocratiche. Non si può accostare il migrante sempre e solo alla figura del clandestino, il migrante assimilato e naturalizzato è un cittadino del Paese d’arrivo a tutti gli effetti, e non deve affrontare ingiustamente disuguaglianze di nessun genere.

5. Naturalizzazione. Accoglienza o discriminazione?

L’arrivo è un inizio per ogni migrante che cerca nella destinazione un cambiamento, qualcosa che migliori la sua vita quotidiana e si rifletta su quella che ha abbandonato, almeno per quanto riguarda la cura della sua famiglia lasciata nel paese di provenienza. Non è facile il percorso che si incontra, tanto per lo scontro personale con la nuova cultura e il conseguente adattamento, quanto per la naturalizzazione cui si ci deve adattare a livello sociale, con tutti gli adeguamenti burocratici e legali.

La vita nel nuovo paese, dovrebbe essere “partecipazione”, sia a livello lavorativo, economico, sia politico sociale. E’ proprio con il lavoro, infatti, che il “migrante” acquisisce il suo permesso a soggiornare nel paese di arrivo.

Cospicua è stata la storia delle politiche italiane sull’immigrazione, concentratasi su due testi di legge in particolare : la legge 40/98, la Turco-Napolitano, 19 febbraio 1998, che merita il nome di legge organica, poi assorbita nel Testo Unico n. 286/98; e la legge Bossi-Fini 30 luglio 2002 n°189, legge che regolamenta gli ingressi e i soggiorni dei migranti, e che è stata oggetto di molteplici polemiche dovute alla “poca conformità al rispetto dei diritti umani e dei trattati ratificati dall’Italia¹³”.

La legge Bossi-Fini “*fa della lotta contro l’immigrazione clandestina una delle priorità della strategia migratoria, ma si accompagna di severe restrizioni per*

¹³ Fonte www.meltingpot.org L’Onu critica la Bossi-Fini da Brescia oggi del 14 marzo 2005

l'entrata degli stranieri ed ostacola una serie di diritti degli immigrati presenti nel Paese¹⁴»

5.1 L'offensiva anti-immigrati. Legge Bossi-Fini.

Ampio spazio è stato giustamente accordato dalla stampa in questi anni al disegno di legge 795 (meglio noto come «Bossi-Fini») contenente modifiche al D. Lgs. 286/98 (Testo Unico in materia d'immigrazione e condizione giuridica dello straniero).

Il dibattito che ne è scaturito, a livello politico come nell'opinione pubblica, è stato dominato da due «immagini» che con la forza della loro semplicità hanno polarizzato l'attenzione generale: da un lato le navi della Marina Militare che respingono le carrette con il loro carico di clandestini (anche al di fuori delle acque territoriali); dall'altro il contratto di soggiorno, inteso come patto tra lo straniero, il datore di lavoro e lo Stato italiano e il cui oggetto sarebbe, sempre nella percezione comune, lo scambio tra il permesso da parte dello Stato all'immigrato a soggiornare in Italia per la durata del contratto di lavoro e il corrispettivo impegno dell'immigrato stesso a tornare nel proprio Paese quando tale contratto sia scaduto.

Riservando ad altra sede una trattazione della prima questione, la quale comporterebbe sicuramente un dibattito socio-politico riferito ai “diritti fondamentali e inalienabili”, si privilegia qui la trattazione della seconda questione, a relativa al contratto di soggiorno, che interessa direttamente i diritti dei lavoratori extracomunitari immigrati.

Vengono così trattati ora una serie di punti oggetto di particolare attenzione:

“Nuove disposizioni per evitare la strumentalizzazione dell'asilo politico”.

Il Governo sta lavorando a un intervento quadro di tipo organico in materia di asilo. Ha però ritenuto indispensabile inserire nella legge sull'immigrazione alcune disposizioni, che si ispirano ai principi indicati nella proposta di direttiva europea 578 del 20 settembre 2000, per le procedure applicate negli stati membri ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato e che rispettano quanto disposto dalla Convenzione di Ginevra e dalla Convenzione di Dublino in materia di diritto di asilo. Le norme contenute nella legge mirano, ad esempio, a evitare

¹⁴ Ibidem

che prostitute raccolte sulle strade, le quali dopo il difficile lavoro di identificazione stanno per essere rispedite nel Paese di origine, si "ricordino", proprio mentre stanno salendo sull'aereo, di essere perseguitate per cause politiche o per altre cause e quindi si appellino alla possibilità di fruire della disciplina d'asilo per tornare a fare quello che facevano prima.

“Il rilevamento delle impronte digitali”

I clandestini espulsi più volte sono rientrati in Italia muniti di false generalità. E' necessario che le forze dell'ordine dispongano di una possibilità di riconoscimento sicuro dell'identità dell'immigrato. Il riconoscimento tramite impronte digitali è oggi l'unico strumento a basso costo offerto dalla tecnologia. La prassi del rilevamento delle impronte digitali è una linea di tendenza che tra pochi anni sarà condivisa da tutta l'Europa. Esiste già una proposta di unificazione dei due grandi archivi Europol e Schengen per arrivare a un archivio comune, Eurodoc, che registri anche le impronte digitali. “(Governo Berlusconi 2001-2006). Quello che si evidenzia dagli enunciati di questa legge è un'offensiva anti-immigrati, la quale anticiperà i tempi fornendo un modello per tutta l'Europa. Questa legge ha reso l'esistenza degli immigrati ancor più precaria, discriminata, e difficile accrescendo le probabilità di incorrere in condizioni di criminalità e clandestinità. L'immigrazione viene presentata come un problema di sicurezza pubblica, è così che la massa degli immigrati, composta nella sua quasi totalità di *lavoratori*, forzati all'emigrazione dalla devastazione di crescenti aree del Sud del mondo, viene criminalizzata come un pericolo da cui proteggersi con ogni mezzo. “Immigrazione Zero” diviene spunto di propaganda politica e non che a furor di popolo tuona dal Nord al Sud d'Italia. Nei fatti, però, per reggere all'asprissima competizione sui mercati mondializzati, i capitalismi europei hanno un bisogno *inesauribile* di manodopera a basso costo ultra - ricattabile, da mettere in concorrenza con i lavoratori autoctoni. E nessuna forza-lavoro quanto quella immigrata risponde, forzatamente, a tali caratteristiche. Non è difficile, perciò, scorgere, sotto la cortina fumogena dell'“immigrazione zero”, la dura realtà di un'immigrazione "a zero diritti", di donne e uomini "di colore" astretti alla "clandestinità" e ad un'indefinita precarietà lavorativa ed esistenziale. “Non si può parlare in senso proprio di *diritto* al permesso di soggiorno. Poiché un tale diritto è attribuito alla legge, con un salto all'indietro agli ordinamenti feudali e

schiavistici, non agli immigrati, bensì agli imprenditori o alle famiglie che li prendono alle proprie dipendenze. E i tentativi di far valere la propria aspettativa come un diritto appellandosi alla magistratura hanno dato, finora, esiti contraddittori. La legge, infatti, parla chiaro: il lavoratore, la lavoratrice immigrati sono oggetti di diritti *altrui*, soggetti –fondamentalmente –soltanto di *doveri* (Basso, Perocco, 2005)

6. L'individuo nella società. Chi è l'immigrato?

“La distanza che separa ciò che occorre sapere per navigare e ciò che si sa, o si crede di sapere, circa i movimenti reali o probabili del prossimo, è percepita come l'elemento di stranezza negli altri; questa distanza definisce gli altri stranieri”(Bauman , 1999, p.81).

All'inizio del 2010 l'Istat ha registrato 4 milioni e 235 mila residenti stranieri. Secondo tali dati, includendo tutte le persone regolarmente soggiornanti, le presenze sono 4 milioni e 919 mila (1 immigrato ogni 12 residenti). Questa realtà nel panorama europeo si caratterizza anche per il notevole dinamismo: l'aumento è stato di circa tre milioni di unità nel decennio e di quasi un milione nell'ultimo biennio. Nel XX Rapporto sull'immigrazione della Caritas e della Fondazione Migrantes (2010) l'attenzione alla dimensione quantitativa si coniuga con la riflessione a livello demografico, economico, occupazionale e anche culturale.

Secondo le più recenti stime dell'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO), presentate in occasione della Giornata internazionale del migrante 2009, sono oltre 214 milioni i migranti nel mondo, di cui 10-15 % costituito da irregolari. La componente femminile è pari a quasi la metà (49,6%) anche se, con l'eccezione di Africa e Medio Oriente, in ogni parte del mondo le donne migranti sono in maggioranza rispetto agli uomini.

Storicamente il flusso migratorio più importante è stato quello diretto dall'Europa verso le Americhe che ha avuto come protagonisti, in epoche diverse, Spagnoli, Portoghesi, Olandesi, Francesi e soprattutto Irlandesi, Scozzesi, Tedeschi e Italiani. Gli italiani sono sempre stati tra i protagonisti dei flussi migratori. Negli ultimi anni del XIX secolo gli emigrati furono in media 150.000 all'anno. La cifra annuale raggiunse le 300.000 unità tra il 1906 e il 1910 per toccare una punta di 880.000 persone nel 1913.

L'emigrazione fra Ottocento e Novecento non fu un fenomeno solamente italiano ma si inserisce in un quadro migratorio di eccezionale ampiezza che coinvolse gran parte dell'Europa. Si stima che non meno di 40 milioni di europei lasciarono tra il 1800 e il 1930 il vecchio continente per non farvi più ritorno:

“hanno contribuito in modo determinante allo sviluppo di sé e dei paesi nei quali si sono recati, classe subalterna che ha subito repressioni e ostracismi, miserie e aggressioni certo di quella migrazione sembra sussistere poca memoria” (Rauty, 1999, p.27).

Il fenomeno migratorio, secondo opinioni condivise tra gli studiosi (cfr. ad es. Wallerstein, 1974,1980,1989; Giddens, 1990; Robertson, 1992) rientra tra i processi di globalizzazione e mondializzazione che caratterizzano le società moderne. Gli scambi prodotti dalle società hanno coinvolto individui che sono stati costretti a spostarsi da un posto all'altro del mondo sia per ragioni di sopravvivenza, sia per ragioni legate alla religione e alla libertà di fede, o per fuggire da prigionia e schiavitù. Sarebbe un grave errore considerare quindi i processi di globalizzazione solo dal punto di vista economico.

M. R. Reinhard e A. Armengaud (1971, p.57), nella loro Storia della popolazione mondiale, oltre che nella pressione demografica derivante dalla incapacità o impossibilità di un paese a espandersi a ritmi tali da tener dietro a quelli di incremento della popolazione, elencano i seguenti fattori scatenanti o quanto meno predisponenti l'emigrazione:

1. la situazione economica;
2. l'attrattiva esercitata dalle opportunità di arricchimento e di una sistemazione economico-sociale vantaggiosa (si pensi alla corsa all'oro, alle terre vergini, e ad altre opportunità più o meno eccezionali e/o fantasiose);
3. il sistema dei trasporti che ha influenzato, assieme alla posizione geografica, tanto le zone di partenza che quelle di arrivo o di insediamento;
4. i fattori politici, favorevoli o contrari all'emigrazione a seconda del perseguimento o meno di una politica espansionistica da parte delle nazioni di immigrazione;
5. i fattori umani, quali l'esistenza di colonie o regioni o nazioni già a forte insediamento di nuclei di immigrati della stessa nazionalità.

Pertanto se teniamo conto dell'esperienza storica si ricorderà che siamo stati noi stessi, italiani, emigrati, che perciò sappiamo o dovremmo sapere cosa significa

essere *stranieri*. Un grande maestro, Dante Alighieri, già narrava in alcuni versi della Divina Commedia :

*“ Tu lascerai ogni cosa diletta
più caramente; e questo è quello strale
che l’arco de lo esilio pria saetta.
Tu proverai sì come sa di sale
lo pane altrui, e come è duro calle
lo scendere e l’alir per l’altrui scale”*

(Paradiso, XVII, vv.55-60)

Il fenomeno migratorio, come già sottolineato, è strettamente collegato ai processi economici, di conseguenza gli immigrati svolgono un ruolo decisivo nella nascita del capitalismo moderno. Sombart (1902)¹⁵ attribuiva al capitalismo un tratto distintivo, quello dell’innovazione, ossia la capacità di rompere le forme tradizionali dell’agire economico.

L’innovazione secondo Sombart era una caratteristica imprenditoriale, e vedeva come imprenditori della nuova economia gli immigrati. Gli immigrati, secondo Sombart, pur avendo una posizione marginale, hanno avuto un ruolo determinante per la formazione dell’economia capitalistica e di conseguenza per l’intera società moderna.

Il primo aspetto considerato da Sombart è la personalità dell’immigrato.

”Gli individui che decidono di migrare sono- o forse meglio lo erano solo nei primi tempi, quando ogni trasferimento o soprattutto ogni nuovo insediamento in terre coloniali era ancora un ‘impresa avventurosa- le nature più attive, più volitive, più audaci, più fredde, più calcolatrici e meno sentimentali, indipendentemente dal fatto che la decisione di emigrare nasca da oppressione religiosa o politica o da desiderio di guadagno”(Sombart, 1902, p. 280). Inoltre Sombart sostiene che *“l’oppressione in patria è la migliore scuola di avviamento per una formazione capitalistica.”*

L’analisi di Simmel (1908, pp. 580-585) nel suo Excursus interno al capitolo sullo Straniero pone una doppia valenza alla figura dello “straniero”. Da un lato, lo straniero ha un ruolo per la “conservazione” dei gruppi sociali e, in relazione a questo, è un mezzo della coesione interna ai gruppi sociali. Dall’altro è qualcosa

¹⁵ Socialism and the Social Movement in the 19th Century: Translated by Anson P. Atterbury. With Introduction by John B. Clark (1902)

di assolutamente “estraneo”, rappresenta una “non relazione”. Per spiegare questo secondo modo di intendere lo straniero, Simmel richiama il rapporto dei Greci con il “barbaro”. Con il “barbaro” i greci non hanno nulla in comune, neppure le caratteristiche più generali, come la comune appartenenza all’umanità. “Barbaro” è così propriamente il non umano, perciò la relazione con lui è una non relazione. Simmel descrive lo straniero come “*colui che oggi viene e domani rimane*”, colui che farà parte della nostra quotidianità. La relazione tra lo straniero e i membri del gruppo è caratterizzata da vicinanza e lontananza, e la sua posizione di membro implica “un di fuori e un di fronte”.

Lo straniero ci è vicino per alcuni tratti generali, condividendo con noi lo stesso spazio e ci è invece lontano per gli elementi specifici della nostra identità, in quanto a relazioni intime, di confidenza e di amicizia.

Lo straniero è collocato di fronte alla comunità ma fuori di essa e questa posizione crea la condizione di estraneità. La relazione tra straniero e comunità si fonda comunque sul riconoscimento di ciò che è comune e differente. E' comune il fatto di appartenere a legami generali, quali la nazione-territorio, la società o la professione ma la differenza risiede in un passato reciprocamente sconosciuto che si pone da barriera per i legami particolari, tipici invece delle relazioni familiari e comunitarie. Un importante contributo che può in un certo senso essere integrato con quello di Simmel è quello di Schutz (Cipollini, 2002 pp. 41-43). Se l'analisi di Simmel ci permette di avere un'idea generale sulla struttura delle relazioni dello straniero con un gruppo sociale, quelle di Schutz ci consentono di volgere lo sguardo alle dinamiche che tra questi intercorrono nella vita quotidiana. Il punto di partenza di Schutz è costituito da un approfondimento e da uno sviluppo della concezione delle ideologie di Scheler. Il nostro pensiero, secondo Scheler, si colloca soprattutto nella nostra vita quotidiana dando per scontato il nostro mondo. Tutto ciò che accade è inserito da noi nel nostro mondo familiare e a tutto diamo o tentiamo di dare una spiegazione partendo da questo.

Questa concezione del mondo include i presupposti cognitivi e morali dati per scontati dai membri di un gruppo sociale e da una comunità. *“Il sistema di conoscenza così acquisito – incoerente, contraddittorio, solo parzialmente chiaro come esso è - assume per i membri del gruppo di appartenenza, l'apparenza di una coerenza, di una omogeneità e di una chiarezza sufficienti per dare a ogni singolo ragionevoli possibilità di essere compreso.*

Ogni membro nato e cresciuto nel gruppo accetta uno schema standardizzato già preordinato del modello culturale giuntogli per eredità dagli antenati, dagli insegnanti e dalle persone autorevoli come guida indiscussa e indiscutibile di tutte le situazioni che si presentano normalmente nel mondo sociale”(Schutz in Cipollini, 2002, p. 42).

Il radicamento nella propria tradizione comunitaria comporta l'assunzione dei modelli culturali in essa dominanti. Poiché ha appreso a guardare al mondo dall'interno di tali modelli cognitivi, l'individuo riesce ad orientarsi in esso senza problemi, dando per scontato il senso di quello che fa e ciò che sa.

La differenza percepita dal gruppo e dallo straniero si riferisce appunto alla mancanza di un passato comune, di un sistema di riferimenti cognitivi e morali che perde la sua validità nella nuova situazione, quella dell'incontro con la diversità. Dal punto di vista del gruppo, lo straniero è “senza storia”, egli infatti è “un nuovo arrivato”. Ad unire lo straniero al gruppo non è certo il passato, una storia comune ma il presente: al di là delle volontà individuali, questa diversità genera l'estraneità reciproca. Questa può inoltre presentarsi come tensione fra orientamenti culturali, ma anche come tensione pratica e, quindi, come conflitto. Non è difficile pensare a situazioni nelle quali si generano incomprensione ed ostilità verso atteggiamenti di persone straniere che ci appaiono inappropriati, sconvenienti e incivili.

Se la vita fosse un palcoscenico (Goffman,1969), lo straniero entrando a far parte della compagnia di attori dovrebbe conoscere il copione, lo stile della recitazione, il gusto del pubblico e quei balletti cerimoniali che caratterizzano la vita quotidiana. Il “*pensare come al solito*” e il “*sapere dato per scontato*” dello straniero è quindi sospeso nella società ospite; non serve più come schema di interpretazione del mondo, diventa piuttosto un impedimento nell'interpretare e nell'orientarsi nel nuovo ambiente. Sul piano dell'interazione Schutz sottolinea questo aspetto ha per lo straniero conseguenze disastrose :”*la mancanza del senso della distanza, il suo oscillare tra il distacco e l'intimità, la sua esitazione e la sua incertezza, così come la sua diffidenza in ogni questione che sembra così semplice e priva di complicazioni per coloro che si affidano all'efficacia delle ricette indiscusse che devono essere seguite*”(Schutz in Cipollini, 2002, p. 42). Secondo Schutz, l'incertezza dello straniero, la sua continua opera di analisi dei modelli culturali, dei valori e delle norme di vita, viene spesso interpretata dai membri del

suo nuovo gruppo come mancanza di volontà di aderirvi, con la sensazione che egli non condivida questo mondo, la sua definizione e la sua interpretazione. Ma, come afferma Schutz, *“tutti costoro non capiscono che lo straniero, (...) considera questo modello (...) come un labirinto in cui egli ha perso ogni senso di orientamento”* (Schutz, 1971, p. 89).

Questo tipo di difficoltà, da parte dello straniero come del gruppo, suscita reazioni differenti: nello straniero può spingerlo a tentare e a desiderare comunque di essere integrato o, nel caso contrario, a isolarsi, ad assumere la posizione di emarginato e a cercare dei legami con il gruppo connazionale; nel caso dei membri della comunità, secondo Simmel, vi è la tendenza a passare da una percezione dello straniero come elemento del gruppo, ad una rappresentazione dello straniero come estraneo e nemico. Simmel non individua nel conflitto qualcosa di meramente distruttivo ma piuttosto una strategia positiva per la conservazione del gruppo. A questo livello d'analisi lo straniero possiede infatti lo stesso statuto simbolico del nemico. Il nemico e lo straniero collocati all'esterno del gruppo, segnano simbolicamente i confini del gruppo e l'alterità rispetto ad esso. Sul piano pratico, nel conflitto, lo straniero costituisce la minaccia dalla quale l'intero gruppo si deve difendere, quindi egli premendo ai confini del gruppo rafforza l'unità interna e l'identità del gruppo. A sostenere questa tesi è anche l'interpretazione di tipo fenomenologico sul razzismo che vede la contrapposizione fra noi e gli altri come funzionale a rinforzare l'identità collettiva e i confini nazionali e soprattutto a fare degli immigrati il capro espiatorio sul quale riversare le ansie e il disagio esistenziale che sono le cifre della *società dell'incertezza*.

Nell'opinione di Cotesta *“gli atteggiamenti e le strategie verso gli immigrati e, più in generale, verso lo straniero, hanno una relazione forte con la nostra struttura sociale e culturale. Detto nei termini più generali, la nostra tesi, è che l'atteggiamento verso lo straniero dipenda dal modo di sentire e di essere della comunità, dei gruppi sociali e degli individui. [...] Il senso di sicurezza o la paura verso l'altro sono l'espressione della fiducia che una comunità ha in se stessa. Se si crede nella propria capacità di integrare altri individui al proprio interno, si ha un atteggiamento di apertura verso lo straniero, non si teme la sua cultura. In fondo, i membri di una tale comunità sono convinti che dall'incontro con l'altro non si venga travolti; al contrario, essi pensano che*

si possa costruire una prospettiva culturale più interessante, migliore dal contributo di altre culture. Vi sono però anche casi nei quali la struttura comunitaria ben integrata diventa la base e il mezzo specifico per tenere ai margini della società i nuovi arrivati. Se invece le comunità e i gruppi sociali sono privi di fiducia in se stessi e nella propria capacità di integrare gente nuova al proprio interno, allora essi assumono atteggiamenti generalmente ostili allo straniero, considerandolo un potenziale pericolo per la sopravvivenza della propria identità collettiva. Di qui la propensione per misure ostili nei confronti degli immigrati e, più in generale, verso lo straniero"(Cotesta, 2002, pp.114-118). Robert Park, invece, sviluppa nel suo saggio *Human Migration and the Marginal Man* (1928) la teoria dell' "uomo marginale" che sembra camminare sulla direzione della figura dello straniero descritta da Simmel.

Park sviluppa la sua analisi dell'uomo marginale in riferimento ad un discorso di teoria e filosofia della storia.

A suo parere *"lo straniero che si trova a superare, per fatalità o per volontà propria, il confine simbolico del proprio mondo sembra non accettare, egli stesso l'inserimento nel nuovo nucleo sociale"* (Park, 1928, pp. 103-105).

L'uomo marginale è diviso tra due culture che non hanno soluzione di continuità: ha reciso i legami che lo univano alla sua identità originaria e non è ancora parte della comunità ospitante.

...*" (L'uomo marginale) è un ibrido culturale, un tipo di uomo che vive all'interno di una vita culturale e della tradizione di due diversi popoli e a essa partecipa intimamente (...) è l'uomo che vive sul confine di due culture e di due società che non si sono mai completamente fuse ed interpenstrate (...) vive in due mondi in entrambi i quali egli è più o meno uno straniero (...) l'uomo marginale è il primo cosmopolita e cittadino del mondo"* (Park, 1928 p. 105). Quindi secondo Park l'immigrato vive una situazione di crisi permanente, perché in quanto straniero vive uno status di uomo marginale, di individuo sospeso tra due mondi.

Altro autore, già trattato e che qui riprendiamo, che sofferma il suo sguardo sull'identità del migrante è Abdelmalek Sayad, il quale si propone di analizzare il fenomeno migratorio nella sua interezza: *"dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato"*(Sayad 2002), come recita la felice espressione scelta a sottotitolo dell'opera *"La doppia assenza"*. Nella sua analisi Sayad parte da una premessa imprescindibile: quella cioè che *"ogni studio dei fenomeni migratori che*

dimentichi le condizioni di origine degli emigrati si condanna a offrire del fenomeno migratorio solo una visione al contempo parziale ed etnocentrica: da una parte, come se la sua esistenza cominciasse nel momento in cui arriva in Francia, è l'immigrante - e lui solo - e non l'emigrante a essere preso in considerazione; dall'altra parte, la problematica, esplicita e implicita, è sempre quella dell'adattamento alla società d'accoglienza"(Sayad 2002, p.44). Nella prima delle due facce del fenomeno, quella dell'emigrazione, il sociologo algerino analizza i fenomeni di rottura operati dalla partenza in massa dei giovani dai villaggi berberi della Kabilia. Una rottura che avviene gradualmente e che è caratterizzata da due fasi diverse, che corrispondono a una progressiva emancipazione del soggetto migrante e a un suo parallelo isolamento e allontanamento mentale dalla società d'origine. Inizialmente, infatti, l'emigrato è un prescelto della comunità: *"è un contadino con l'incarico di emigrare, che si sforza di superare la prova dell'emigrazione senza mai rinnegare se stesso in quanto contadino"* (Sayad, 2002), e che alla fine reintegrava la propria condizione di origine. *"Ma l'emigrato che torna è un cavallo di Troia: racconta, mentendo, delle meraviglie del mondo al di là del mare e produce nella comunità un desiderio generalizzato di partire, contribuisce a diffondere la mentalità calcolatrice associata all'uso della moneta, provoca una totale destrutturazione della società contadina"*(Sayad, 2002, p.163) . Così pian piano l'emigrazione perde la sua caratteristica di missione affidata al gruppo e diventa atto e progetto individuale. Nella sua opera *"La doppia assenza"* egli muove una critica radicale alla prospettiva etnocentrica con cui viene affrontata abitualmente l'immigrazione, vale a dire, dal punto di vista della società di accoglienza, omettendo di interrogarsi sull'altro polo fondamentale, quello dell'emigrazione, ovvero sulle condizioni di crisi che orientano alla partenza. *"I rapporti di forza,- scrive Abdelmalek Sayad - proprio quelli che hanno generato l'emigrazione-immigrazione, non risparmiano la scienza e, più particolarmente, la scienza del fenomeno migratorio"* (Sayad, 2002, p.163).

6.1 La legittimità della presenza.

Ovunque di troppo, tanto nella società d'origine quanto in quella d'accoglienza, l'immigrato costringe a ripensare interamente la questione dei fondamenti legittimi della cittadinanza e della relazione fra Stato e nazione, o nazionalità.

Presenza assente, costringe a porre in discussione non solo le reazioni di rifiuto che, ritenendo lo Stato espressione della nazione, si giustificano con la pretesa di fondare la cittadinanza su una comunità di lingua e di cultura se non di razza. Secondo Sayad l'immigrato diventa uno straordinario dispositivo capace di far venire allo scoperto l'inconscio delle nostre società dominanti: il loro nazionalismo più o meno implicito, l'ossessione per legge e ordine come condizione di uno sviluppo che non conosce frontiere, l'interiorizzazione sociale e culturale dei non sviluppati. Nella negazione dell'identità dei migranti, Sayad ha visto una specifica manifestazione di un neocolonialismo che non ha più bisogno di colonie territoriali e di obsolete teorie della razza, ma è compatibile con il multiculturalismo, il differenzialismo e tutte le chiacchiere benintenzionate con cui si copre la realtà dei migranti come nuova classe pericolosa (Sayad, 2002, p.143).

Secondo Zygmunt Bauman lo Stato moderno è caratterizzato dalla lotta tra mobilità e immobilizzazione come strategia del suo dominio. In questo contesto lo straniero moderno diventava il "*prodotto residuo dello zelo regolatore dello stato*" (Bauman, 1999, p. 56) colui il quale minava la costruzione dell'ordine sociale seminando sentimenti di incertezza e di ambiguità. Infatti, secondo Bauman, sotto la pressione della spinta alla costruzione dell'ordine sociale, gli stranieri vivevano, in uno stato di "*estinzione sospesa*", cioè erano considerati come un'anomalia da correggere. Le strategie secondo cui lo Stato faceva fronte a questo stato di disordine sociale, erano due. La prima era la strategia assimilativa realizzata attraverso l'antropofagia, ovvero, attraverso l'annullamento degli stranieri, facendoli diventare una copia di se stessi; quindi annientando le differenze linguistiche e culturali, ma soprattutto proibendo tutte le tradizioni diverse dalle proprie. La seconda strategia, definita da Bauman antropoemica, si basava semplicemente sul processo di esclusione. Nascevano quindi i divieti di condivisione, di interrelazione e di interazione sociale. Sulla base di questa strategia gli stranieri venivano lasciati fuori, isolati dalla comunità e la loro presenza veniva definita a priori come temporanea; di conseguenza la possibilità di una convivenza con lo straniero veniva resa remota. L'espressione più comune delle due strategie si concretizza nella collisione tra una concezione liberale e una concezione nazionalista-razzista dell'"altro". Ovvero secondo la concezione liberale, gli individui erano diversi tra loro a causa a causa delle differenti

tradizioni locali in cui erano nati e cresciuti; mentre secondo la concezione nazionalista-razzista, diametralmente opposta a quella liberale, gli individui non saranno mai convertiti in qualcosa di diverso da quello che sono. In questo contesto di rigetto, gli stranieri diventano i prodotti, ma soprattutto i mezzi di produzione, dell'incessante e mai definitivo processo di costruzione dell'identità. Riguardo al concetto di costruzione dell'identità, Bauman distingue la modalità della costruzione sociale dello straniero nella modernità rispetto alla postmodernità: mentre gli stranieri moderni erano destinati all'annientamento e funzionavano come meccanismi di disturbo al raggiungimento dell'ordine sociale, gli stranieri post-moderni sono e rimangono nel nuovo apparato sociale. Per questo motivo lo straniero della società postmoderna, non costituisce, per Bauman, un parametro di valore per analizzare l'alterità, ma essendo parte della nostra società e vivendo tra noi, rispecchia il metro di valutazione per osservare noi stessi.

Bauman scrive inoltre: ” *ci sono amici e nemici, e poi ci sono gli stranieri*” (Bauman 1999, p. 86). Le prime due categorie sono contrapposte, in quanto nei confronti dei primi abbiamo delle responsabilità e degli obblighi morali, mentre nei confronti dei secondi ne siamo sollevati. Ma tra le due categorie esiste una corrispondenza, ovvero l'una esiste perché l'altra rappresenta il suo opposto, non ci sarebbero nemici se non ci fossero amici.

Questo aspetto correlativo ed intrinseco tra amicizia e inimicizia, secondo Bauman costituisce l'unica forma di “*associazione*” possibile. In altre parole, nella società postmoderna, i rapporti di amicizia e di inimicizia sono gli unici strumenti attraverso i quali è possibile riconoscere l'altro. Lo straniero, nel pensiero di Bauman, diventa una delle figure più rappresentative di tutto il suo studio sociologico, attraverso il quale riesce a cogliere ed interpretare il radicale cambiamento sociale avvenuto tra la modernità e la postmodernità.

In una sua recente intervista Bauman dice: “*Adattare lo straniero come responsabile del malessere sociale sta diventando un'abitudine globale. Nel caso delle espulsioni è in gioco il conflitto inseriti-outsider esaminato mezzo secolo fa da Norbert Elias: più di amici e nemici, gli outsider sono imprevedibili, il senso d'impotenza che deriva dall'incapacità di intuire le loro risposte ci umilia*”.” *La migrazione universale porta in primo piano e per la prima volta nella storia l'arte*

del convivere con la differenza. Un'alterità non più concepita come transitoria richiede un ripensamento delle reti sociali, più tolleranza e solidarietà, nuove abilità e competenze.” (Bauman in Rivista Temi Repubblica Micromega online)

Capitolo 2

L'Emigrazione al femminile.

1.La migrazione al femminile: Uno sguardo d'insieme.

La femminilizzazione dei flussi migratori è una caratteristica delle migrazioni contemporanee. Il contesto italiano bene si inserisce in questo quadro: sin dalla metà degli anni '70, infatti, catene migratorie al femminile si sono affiancate a quelle maschili. Dapprima sono state le donne capoverdiane e filippine, poi quelle latinoamericane e, dalla fine degli anni '90, quelle dell'Europa dell'Est. In quest'ultimo caso, le donne albanesi sono state le prime, seguite poi dalle rumene, polacche, moldave e ucraine. Accanto a questo gruppo, vi è quello, altrettanto numeroso, delle africane, provenienti sia dal Nord (Marocco, Tunisia, Egitto) sia dal Centro (Senegal e Nigeria) del continente. Infine, seppure fino a qualche anno fa poco visibili, le donne cinesi, parte di un importante flusso migratorio verso l'Italia, che si irrobustisce e si sviluppa principalmente all'interno del gruppo nazionale e comunitario di appartenenza.

Le donne rappresentano oggi una componente fondamentale della popolazione straniera in Italia. Sono parte di questo quadro anche le donne vittime di tratta e/o dello sfruttamento sessuale (Dossier statistico Caritas/Migrantes 2009, pp.141-145). Si tratta soprattutto di donne adulte, con un'età compresa tra i 20 e i 30 anni, anche se per alcune provenienze si è assistito a un progressivo ringiovanimento dell'età media. Ma sfruttamento è anche quello lavorativo, che talora diventa riduzione in schiavitù e che coinvolge sia le donne impegnate nei lavori industriali, soprattutto del settore tessile, sia quelle attive nelle case di famiglie italiane, nelle quali la convivenza fra colf/assistente familiare e la persona assistita e/o la sua famiglia può trasformarsi in una sorta di prigione, tutt'altro che dorata.

Donne in movimento, tipicamente dai paesi poveri verso quelli ricchi, dal Sud al Nord del mondo: questo è uno degli aspetti peculiari che emerge dai dati.

Anche se si deve sempre tenere conto del fatto che le statistiche non registrano gli spostamenti avvenuti in clandestinità, la cui consistenza, secondo le stime, potrebbe essere di pari volume o addirittura superiore.

Considerati in una prospettiva teorica di tipo macrosociologico, i movimenti migratori, inclusi quelli femminili, si possono definire attraverso alcune importanti dimensioni strutturali. Dal lato dei paesi di provenienza (*lato dell'offerta*) si collocano l'espansione del capitalismo che coinvolge ormai anche il cosiddetto Terzo Mondo, lo sfaldamento delle comunità originarie, il crescente ingresso nel mercato del lavoro con il contemporaneo aumento della povertà, nel quale il processo di globalizzazione gioca un ruolo non di secondo piano. E ancora, lo sfruttamento e il depauperamento delle risorse naturali e materiali, oltre che del capitale umano e sociale, di paesi già poveri da parte di quelli ricchi fa sì che il divario tra Occidente sviluppato e Sud del mondo conosca un incremento sempre più deciso. Basti ricordare le impressionanti disparità nelle condizioni di vita, salute e reddito che sussistono tra le due realtà. Ma un impoverimento viene patito anche sul piano personale, emozionale e relazionale in particolare da parte della popolazione femminile, costretta per motivi economici a lasciare i paesi d'origine rinunciando spesso ad affetti familiari e amore filiale. In questo quadro si colloca la realtà emergente delle «famiglie transnazionali», nelle quali i membri adulti, di solito le madri, pur vivendo in paesi diversi da quelli dei figli, cercano di tenere vivi da lontano contatti e partecipazione alle vicende e alle scelte familiari (Parrenas, 2001; 2004)¹⁶. Dal lato dei paesi di destinazione (*lato della domanda*) dove il progresso economico e il relativo miglioramento della condizione femminile hanno portato ad una maggiore necessità di lavoratori da impiegare nelle occupazioni domestiche e in quelle extradomestiche di scarso prestigio, quindi in altre parole il bisogno di “assistenza” attira queste donne con scarse

¹⁶ Negli anni questa forma di abbandono è divenuta una vera e propria sindrome, con effetti sulla salute psicofisica del minore. *Le madri degli orfani bianchi soffrono della “sindrome della badante”. I medici italiani la definiscono da tempo in questo modo. In Romania, invece, è conosciuta come “sindrome Italia”. È una malattia, può essere chiamata come meglio si crede: in realtà, è di una mancanza che si parla, un vuoto pesante che ci si porta dietro, un macigno che trascina nella morsa della depressione. Una madre senza il figlio, un figlio senza la madre. È tutto qui. Due sofferenze indicibili, inarrivabili. Una sofferenza che, nei casi estremi, provoca addirittura morti. Perché questi bambini soli, e invisibili, arrivano a suicidarsi. «Non è solo la mancanza a far scattare la tragica ritirata, è il senso di colpa – racconta Silvia Dumitrache, presidente dell'Associazione donne romene in Italia, Adri Onlus –. Lo hanno spiegato abbondantemente gli psicologi. Se la mamma si allontana per lavorare e inviare soldi a casa, il bambino si sente responsabile dell'assenza. Sa che è per lui, anzitutto, che la mamma è lontana. Il suicidio, paradossalmente, diventa un modo per far tornare la mamma, per far cessare il senso di colpa e abbandono».* <http://teiubestemamasilviadumitrache.wordpress.com/2012/04/17/dolori-e-ritirate-degli-orfani-bianchi-di-daniela-palumbo/>

possibilità economiche dai loro paesi e le spinge ad emigrare (Ehrenreich e Hochschild, 2003).

1.1 Le donne straniere: un ponte tra passato e presente.

“Le donne straniere fanno spesso da ponte tra un passato ricco di tradizioni, storia e cultura ed un presente carico di incertezza, provvisorietà e prospettive diverse. La loro è un’identità in cammino, sospesa tra una cultura d’origine lasciata alle spalle ed una nuova alla quale ancora non sentono di appartenere” (Dotti, Luci., 2008, p. 9).

Le ricerche sulle donne migranti hanno svolto una funzione di stimolo, e anche di provocazione, nei confronti degli “women studies”, ponendo in risalto la faccia nascosta dell’organizzazione quotidiana che consente a tante donne occidentali di fronteggiare con successo le richieste concomitanti della vita professionale e della gestione familiare (Ambrosini, Abbatecola, 2009, p. 24).

Fino alla metà degli anni ’70 le donne erano invisibili nelle migrazioni.

Da allora, tuttavia hanno ricevuto un’attenzione di gran lunga maggiore a causa dell’interesse generale per la loro posizione nella società, della femminilizzazione della popolazione straniera, della presenza economica sempre più rilevante delle donne immigrate e della loro presa coscienza di sé (Ambrosini Abbatecola, cit., p. 25).

Negli ultimi anni si è assistito ad un cambiamento nelle tipologie emigratorie: un numero sempre maggiore di donne cerca lavoro ed autonomia emigrando ed è in aumento la tendenza ai ricongiungimenti familiari.

Le donne hanno sempre dimostrato di sapere svolgere ruoli preponderanti nell’organizzazione e nella gestione delle reti di rapporti propri delle comunità e dei gruppi : e questo è soprattutto vero nelle situazioni di povertà. Tanto più le organizzazioni pubbliche sono incapaci di fornire servizi in grado di far fronte ai diversi bisogni degli abitanti delle città e delle aree rurali e tanto più sono le donne a trovare le forme e le relazioni in grado di disegnare risposte e soluzioni. Ciò avviene in maniera spontanea attraverso reti di sostegno familiari e rapporti di vicinato.

E’ proprio con il rapporto con la povertà che queste donne si confrontano quotidianamente, con la sottoccupazione e la disoccupazione maschile, e queste le

accomuna tutte, siano esse di Algeri o di Marsiglia, di Napoli o di Tunisi. E sono queste le motivazioni che le spingono ad emigrare ed ad accettare lavori precari e poco remunerati, affrontando l'inadeguatezza dei servizi sanitari, la scarsità delle strutture educative per i loro figli, la difficoltà di accesso ad abitazioni adeguate e l'essere al centro di devianza e di violenza.

Per quanto concerne la tutela di queste donne "l'Italia ha iniziato a dotarsi di norme in materia di immigrazione dalla seconda metà degli anni '80, ma è solo con la legge n. 40/98 (c.d. legge Turco-Napolitano, confluita nel Testo Unico n. 286/1998) che ha predisposto una disciplina organica sulla condizione del cittadino di nazionalità straniera. Questa normativa, oltre ad occuparsi della programmazione delle quote e delle forme di contrasto dell'immigrazione irregolare, determina in particolare norme a garanzia dei diritti di cittadinanza sociale e disposizioni finalizzate alla tutela della donna immigrata.

I Consultori familiari sono individuati come "i luoghi di elezione per l'accoglienza di donne e bambini stranieri temporaneamente presenti, per l'effettuazione di visite mediche, vaccinazioni, prescrizioni, programmi di prevenzione ecc". Lo stesso articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione dedica particolare attenzione alla tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane. L'art. 19 del D.Lgs. 286/1998 dà la possibilità alla donna migrante in gravidanza di ottenere il permesso di soggiorno per cure mediche, con la presentazione di un certificato medico che attesti la gravidanza in atto. Questo permesso di soggiorno è temporaneo, è valido fino ad un massimo di sei mesi dopo il parto, con la registrazione sul permesso del neonato, e non è convertibile ad altri tipi di permesso. Allo scadere del sesto mese di vita del figlio sia la donna che il bambino si ritrovano in una condizione di irregolarità. Solo il possesso di un permesso di soggiorno regolare permette alla donna di usufruire dei servizi pubblici a sostegno della sua genitorialità e della cura del figlio. A esempio, l'iscrizione del bambino all'asilo nido comunale, necessaria per conciliare gli impegni lavorativi, è possibile solo se la donna è titolare di un permesso di soggiorno, in cui è indicata una residenza¹⁷,"

¹⁷ <http://www.amministrazioneincammino.luiss.it/wp-content/uploads/2011/01/IL-FENOMENO-IMMIGRAZIONE.pdf>

2. Il percorso migratorio delle donne: tendenze storiche.

Esiste un'ampia letteratura empirica e teorica sulle cause delle migrazioni.

Le migrazioni internazionali sono una parte integrante della globalizzazione, la quale può essere definita come l'allargamento, l'approfondimento e la rapida crescita delle interconnessioni in tutto il mondo in ogni aspetto della vita sociale contemporanea. *“L'indicatore chiave della globalizzazione è la rapida crescita dei flussi migratori transnazionali di ogni sorta: finanza, commerci, idee, inquinamento prodotti mediatici e persone. La struttura organizzativa chiave per tutti questi flussi è costituita dalle reti di relazione transnazionali, che possono assumere la forma di corporazioni transnazionali, mercati globali, organizzazioni criminali globali, o comunità culturali transnazionali”* (Stephen Castels, p.47).

I movimenti delle popolazioni in risposta alla crescita demografica, ai cambiamenti climatici e alle necessità economiche hanno sempre fatto parte della storia dell'umanità. Le guerre e la formazione di nazioni, stati e imperi hanno sempre indotto fenomeni migratori sia volontari che forzati. Tuttavia, dalla seconda metà del XV secolo in poi, la formazione degli stati nazionali europei, il colonialismo, e l'industrializzazione hanno condotto verso una rapida crescita dei fenomeni migratori (Cohen, 1987 e 1995; Moch, 1992).

La stagnazione economica e le agitazioni politiche hanno condotto ad una riduzione delle migrazioni tra il 1918 e il 1945. Negli Stati Uniti gli stanziati consideravano gli europei del sud e dell'est una minaccia per l'ordine pubblico. *“La Francia è stato l'unico paese ad assumere lavoratori stranieri in questo periodo : colonie di italiani e polacchi sono sorte nelle città del nord e dell'est ad alta concentrazione di industrie pesanti, mentre c'erano insediamenti spagnoli ed italiani nei territori agricoli del sud-ovest. Dopo la seconda guerra mondiale, le migrazioni internazionali si sono espanse in volume e portata. Sempre più nazioni sono state interessate dai processi migratori, mentre i paesi ospite ricevevano immigrati caratterizzati da background economici, sociali e culturali tra loro molto diversi”*. (Ambrosini, Abbatecola, 2009, p.50).

L'immagine del *“maschio avventuroso che cerca nuove opportunità all'estero, che viene in seguito raggiunto dalla moglie e dalla famiglia, o che ritorna a casa coi soldi in mano”* (Stahl, 1988, p. 153) pervade tuttora il taglio maschile della ricerca in questo campo.

Tuttavia è necessario rivolgere uno sguardo alle caratteristiche che possono essere attribuibili alla cultura delle donne immigrate, tratteggiare un quadro generale evidenziando alcune particolarità almeno in parte condivisibili, e quindi contribuire a collocare i singoli gruppi e i singoli individui in un contesto comune. Dal 1950 al 1999 la popolazione urbana nel mondo è più che triplicata e si prevede che tale aumento proseguirà in modo esponenziale anche se con andamenti differenziati da continente a continente, da nazione a nazione. In tutte le aree urbane tuttavia assistiamo a profondi cambiamenti legati soprattutto ai nuovi tassi di fecondità e ai movimenti migratori.

La popolazione femminile in questi decenni entra quale soggetto attivo nella pianificazione familiare e in quella del controllo demografico ma il suo ruolo, nella gestione dei rapporti sociali, nella produzione di reddito, è ancora sottovalutato.

Negli ultimi anni si assiste ad un cambiamento nelle tipologie emigratorie: un numero sempre maggiore di donne cerca lavoro ed autonomia emigrando ed è in aumento la tendenza ai ricongiungimenti familiari. E le donne anche se continuano a svolgere ruoli fondamentali all'interno delle abitazioni e delle famiglie, partecipano al mondo del lavoro e quindi alla produzione del reddito, in modo sempre più rilevante.

“Bambinaie, badanti per malati, disabili e anziani, lavoratrici domestiche, prostitute: le donne migranti si surrogano alle autoctone in ruoli sempre più ampiamente rifiutati. L'emigrazione femminile dal Terzo Mondo verso l'Occidente può essere così interpretata come l'altra faccia della globalizzazione, quella che di rado viene presa in considerazione da studiosi, politici e media. Una globalizzazione delle tradizionali mansioni femminili che produce la tendenziale redistribuzione globale dei compiti affidati storicamente alle donne (Sassen 2003 ,trad. it. 2004, p.124), gettando nuova luce su questo processo, parla di “creazione di un'offerta globale di nuovi addetti all'assistenza e di femminilizzazione della sopravvivenza”¹⁸.

«Gli stili di vita del Primo Mondo sono resi possibili da un trasferimento su scala globale delle funzioni associate al ruolo tradizionale della moglie – vale a dire cura dei figli, gestione della casa e sessualità di coppia – dai paesi poveri a quelli

¹⁸ Migrazioni al femminile: lineamenti e dimensioni di un fenomeno in Transizione, Maria Letizia Zanier in eum.unimc.it/catalogo/catalogo-2006/migrazioni-al-femminile .

ricchi. In termini generici e forse semplicistici, nella prima fase dell'imperialismo i paesi del Nord del mondo hanno attinto alle risorse naturali e ai prodotti agricoli, per esempio gomma, metalli e zucchero, delle terre che conquistavano e colonizzavano. Oggi, ancora dipendenti dai paesi del Terzo Mondo per la manodopera agricola e industriale, i paesi ricchi cercano di attingere anche a qualcosa di più difficile da misurare e quantificare, qualcosa che può sembrare assai prossimo all'amore» (Ehrenreich e Hochschild 2003, trad. it. 2004, p. 10)¹⁹. Dagli anni '80, inoltre, gli stati dell'Europa meridionale sono diventati paesi di immigrazione con modelli differenti di flussi, caratterizzati in base al genere. L'immigrazione in Italia dalle Filippine, da Capo Verde, e, più recentemente dal Perù, è stata prevalentemente femminile (Hillmann, 1996). Molte di queste donne sono immigrate da sole, in diretta antitesi col supposto modello migratorio (Andall, 1992; Campani 1993). In realtà, hanno svolto il ruolo di pioniere nelle catene migratorie, e sono spesso in una situazione più regolare rispetto agli uomini, dal momento che il settore domestico, è quello nel quale, come già sottolineato, si trova il 90% delle immigrate.

«Nell'ultimo decennio la presenza delle donne in vari circuiti internazionali è aumentata. Si tratta di circuiti diversissimi, che hanno però una caratteristica in comune: la produzione di reddito a spese di persone autenticamente svantaggiate. Uno di questi circuiti consiste nel traffico illegale di esseri umani per l'industria del sesso e per impieghi di vario genere. Un altro si è sviluppato attorno alle migrazioni transnazionali, sia legali che non, divenute una fonte importante di valuta forte per i governi dei paesi di provenienza degli immigrati. [...]. Questi circuiti delineano, per così dire, una contro geografia della globalizzazione. [...]. Le contro geografie sono dinamiche e mobili; in una certa misura rientrano nell'economia sommersa, ma fanno anche uso delle infrastrutture istituzionali dell'economia tradizionale» (Sassen, 2004, p. 243).

¹⁹ Uno dei maggiori cambiamenti alla metà degli anni '80, è stata la netta crescita del numero dei rifugiati e dei richiedenti asilo da circa 70.000 nel 1983 a un picco di 702.000 nel 1992 (Salt, 1995). Si pensa che i richiedenti asilo in Europa siano un terzo del totale. In Germania, solo il 20-30% di questi sono donne, benché nei campi per rifugiati le donne sono la maggioranza (Polzer, 1995, p. 145). A livello internazionale, la caratterizzazione di genere del processo di determinazione del rifugiato ha cominciato, e da lì si è agito di conseguenza.

2.1 I “compiti” delle donne straniere in Italia.

Contrariamente a quanto è avvenuto negli altri paesi europei, nei quali le immigrazioni femminili sono state per la maggior parte determinate dal ricostituirsi dei nuclei familiari, in Italia, a partire dai primi anni Settanta, si è verificato un capovolgimento del tradizionale processo migratorio, nel quale è l'uomo ad emigrare per primo ed a creare le condizioni per il ricongiungimento della moglie. Si sono costituiti infatti flussi di donne sole, prevalentemente dai paesi asiatici e latino-americani, di religione cattolica, che hanno assunto in prima persona la decisione di emigrare per motivi di lavoro. L'arrivo di queste donne, impiegate come domestiche fisse presso il datore di lavoro, è stato favorito dall'offerta del mercato di lavoro italiano oltre che dalle politiche di restrizione sugli ingressi messe in atto da parte dei paesi europei economicamente più avanzati a partire dagli anni Sessanta.

Le donne rappresentano una componente fondamentale della popolazione straniera in Italia, operando anche in ruoli ben più diversi di quelli nei quali le dipingono i media, come badanti, colf, mogli gregarie nonché donne sfruttate. Fanno parte di questo universo anche le giovani di seconda generazione, le quali sono “vittime” sia delle aspettative dei genitori, che di quelle della società italiana. In Italia risiedono 2 milioni di cittadine straniere (Fonte Fondazione Leone Moressa, 2013) una quota della popolazione immigrata pari al 51,8% cui si aggiungono quelle non iscritte in anagrafe (non necessariamente perché non regolari). *“In oltre 60 province italiane, distribuite in tutta la Penisola, l'incidenza delle donne sul totale della popolazione immigrata residente è superiore alla media nazionale. Ai primi posti si collocano cinque Province del Sud (Oristano, Enna, Benevento, Avellino, Napoli), aree territoriali dove il combinato effetto dell'invecchiamento della popolazione e di un tessuto produttivo povero ha prodotto catene migratorie soprattutto al femminile, che ben possono inserirsi all'interno del mercato dell'assistenza alla persona”*(Dossier Caritas Migrantes, 2010).

E' evidente quindi che la decisione da parte delle donne di emigrare, seppur in maniera sacrificante per loro, ha comunque uno scenario che porta a vederle come protagoniste di nuove ” traiettorie esistenziali che trasformano profondamente gli scenari abituali della nostra vita giornaliera.[...] Mentre gli stessi spazi divengono familiari a qualcun altro che a noi non è apparentato, che delinea diversi circuiti

sociali, che tesse altri rapporti umani, che genera nuove consanguineità”(Decimo, 2005, p. 8).

L'impresa femminile legata all'emigrare è incentivata e facilitata dalle trasformazioni globali del mondo del lavoro nei paesi in cui il terziario traina la crescita economica. Ciò tocca in prima persona le donne perché essendoci stato un aumento della presenza femminile nel mondo del lavoro, e essendo vivo un deficit nel sistema del welfare che non permette a queste donne di lavorare e provvedere alla cura della famiglia, ecco che subentra la figura della donna straniera in qualità di “colf”, “badante”o “moglie gregaria”. A questo scopo le donne straniere affrontano percorsi migratori spesso lunghi e faticosi affinché si vedano retribuite competenze che da sempre detengono nella sfera delle mansioni di cura. Il desiderio, quindi, di poter lavorare e risparmiare per i propri cari lasciati nel Paese di partenza, o quello di crearsi un patrimonio personale sono l'attrazione principale che spinge una donna a emigrare.

Nel primo semestre 2013 l'occupazione straniera nelle piccole e medie imprese registra un calo dello 0,6%, più contenuto rispetto al -1,1% del totale degli occupati. La principale ragione che spinge ad assumere addetti stranieri rimane ancora la loro disponibilità a svolgere mansioni meno qualificate, anche se gli imprenditori dichiarano di non riscontrare particolari difficoltà se gli immigrati, per ipotesi, decidessero di lasciare l'Italia, dal momento che troverebbero tra gli italiani manodopera disponibile a svolgere tali lavori. Attualmente il 70,9% degli addetti stranieri ha un contratto a tempo indeterminato, ma per le future assunzioni questa forma è prevista solo per il 28,6% dei casi. Gli addetti stranieri provengono principalmente da Paesi europei, per il 21,1% membri UE e per il 39,4% extra-UE. Nonostante la crisi, il 94% degli imprenditori ritiene che i propri dipendenti stranieri non abbiano intenzione di lasciare l'Italia. Questi sono i principali risultati emersi da un'indagine condotta dalla Fondazione Leone Moressa su un panel di oltre 1000 aziende italiane con meno di 20 addetti, che analizza le caratteristiche del mercato del lavoro straniero, evidenziandone le trasformazioni congiunturali in corso.

Diversi sono i percorsi di immigrazione femminile a secondo del progetto migratorio che questi delineano. Il progressivo invecchiamento della popolazione, dovuto all'aumento della speranza di vita e alla riduzione della natalità, mina la tenuta dei sistemi di protezione sociale. Esso determina infatti, da un lato, una

contrazione della quota di popolazione attiva e conseguentemente una riduzione delle risorse destinate al finanziamento delle prestazioni di welfare e, dall'altro, un aumento della domanda di protezione, derivante dalla presenza di una crescente quota di popolazione anziana. Lo sviluppo della protezione sociale - che ha avuto il suo apice nel trentennio compreso fra la fine della seconda guerra mondiale e la crisi petrolifera della seconda metà degli anni settanta - ha poggato su una struttura demografica profondamente diversa da quella attuale. Dal 1965 al 2010 il numero medio di figli per donna passa da 2,66 a 1,4. Contemporaneamente, come evidenziato dall'Eurostat (2011) in tutta Europa l'aspettativa di vita è aumentata di circa dieci anni nel corso dell'ultimo cinquantennio. In Italia, nel 2010, la vita media è 79,1 anni per gli uomini e 84,3 anni per le donne (Istat, 2011). In questo scenario l'immigrazione costituisce un potente fattore di riequilibrio della struttura demografica e di antidoto ai suoi effetti negativi sugli equilibri finanziari del sistema di sicurezza sociale. I flussi migratori sono infatti composti prevalentemente da individui appartenenti alla fascia di popolazione attiva e i migranti hanno in media 31,8 anni. Il 78,8% dei 4.570.317 stranieri presenti nel nostro territorio ha un'età compresa fra 15 e 64 anni, il 18,9% ha meno di 15 anni e solo il 2,3% ha 65 anni e oltre. Scomponendo ulteriormente la popolazione straniera per classi d'età vediamo che quella più popolosa è fra i 18 e i 39. Considerando invece la ripartizione per sesso emerge che le donne migranti rappresentano il 51,8% del totale e che, se si escludono i minori, la componente femminile supera quella maschile in tutte le classi di età (Istat, 2011).

3. Criteri e circuiti della scelta migratoria: le reti migratorie.

Per capire le specificità dei processi migratori femminili è necessario guardare anche ai progetti storici e politici di modernità dei paesi di provenienza. Ricordiamo a questo proposito l'incentivazione alla migrazione esercitata dal governo filippino fin dagli anni '70 o il sovvertimento dell'economia dei paesi dell'Est rispetto al fenomeno delle badanti.

Tutto ciò ci mostra, ancora una volta, come i processi migratori al femminile assumano continuamente caratteri e significati diversi in relazione al contesto analizzato e alle aspettative. Da sempre noi consideriamo la migrazione femminile poliedrica e complessa. Vi sono modalità migratorie differenti, da parte dello

stesso gruppo, in contesti diversi e in fasi storiche diverse, così come vi sono donne che si muovono seguendo un progetto individuale o un progetto collettivo di responsabilizzazione domestica, familiare.

Dinamiche queste che attivano le donne e che producono qualche forma di cambiamento. In generale l'emancipazione consente una transizione più veloce verso l'attività adulta degli individui facendoli diventare responsabili attivi. Ed è proprio il processo migratorio, indipendentemente dalle modalità di attuazione, ad attivare tale ed altre dinamiche emancipatorie.

Attraverso la migrazione le donne dislocano, ma ibridano anche, le funzioni della riproduzione sociale che prima svolgevano in contesti geografici circoscritti.

“Il progetto migratorio (Favaro, 1987) ed in particolare quello femminile, varia a seconda della natura dei push factors, pertanto si può caratterizzare come:

- un progetto subito, quando la migrazione è demandata esplicitamente al coniuge;*
- un progetto indefinito, solitamente riferito ai primi tempi della migrazione;*
- un progetto breve, della durata massima di un triennio;*
- un progetto lungo, che si dilata nel tempo;*
- un progetto di installazione/radicamento, quando si manifesta la volontà di stabilità;*
- un progetto di ritorno, nel caso in cui sia previsto il rientro nel paese di provenienza nel più breve tempo possibile;*
- un progetto attivo, quando la migrazione è agita in prima persona.*

Sulla base del progetto migratorio possiamo ascrivere le donne alle seguenti tipologie migratorie al femminile:

- Protagoniste, che partono dal paese d'origine con il desiderio di accedere ad una maggiore libertà personale e di emancipazione;*
- Breadwinner o apripista, in grado di attivare catene migratorie per i loro familiari ed amici;*
- Target-earners, provviste di un progetto migratorio di breve durata e focalizzate soprattutto alla massimizzazione degli interessi economici;*
- Subalterne, partite al seguito dei mariti e dipendenti dai legami familiari, o da qualche altra forma di vincolo;*
- Co-protagoniste, coinvolte al pari dei loro familiari nella elaborazione e realizzazione del progetto migratorio.*

Le donne, attraverso la migrazione, acquistano autonomia e spazi di emancipazione, anche con costi e a costi non indifferenti, come la sofferenza della maternità transnazionale.

Accrescono il loro status e, oltre che procurare risorse, garantiscono la sopravvivenza e la vita dignitosa alla famiglia d'origine e al loro nucleo familiare.

Con il loro contributo economico partecipano al mantenimento degli equilibri di potere in patria e, alla sopravvivenza delle strutture patriarcali. Possono essere sottoposte a grandi violenze psichiche e fisiche” (Tognetti Bordogna, 2008, p.71). Come è stato evidenziato nei paragrafi precedenti il “polo di attrazione” che spinge le donne ad emigrare è la ricerca di un lavoro e di una remunerazione che possa apportare benefici alla loro condizione nel Paese di arrivo, nonché quella di aiutare le proprie famiglie lasciate nei Paesi di origine. Abbiamo visto in specificità che il mercato del lavoro italiano ha assunto nuovi assetti che hanno fatto sì che specie nel settore del lavoro riproduttivo si siano creati dei vuoti che risultano colmati solo attraverso il lavoro delle donne straniere.

Questo sistema occupazionale in un mercato del lavoro come quello italiano che assorbe l'offerta di lavoro meno qualificata in lavori cosiddetti di fascia bassa vengono sottopagati e sono di breve durata. Quindi per queste donne diviene necessario una volta nel Paese di arrivo di ricercare e formarsi stretti legami di solidarietà comunitaria che si strutturano e si rafforzano in maniera tale da proteggere e “formare” le nuove arrivate consentendo loro di rifiutare mansioni e condizioni particolarmente sconvenienti.

“La scelta migratoria diviene nel corso del tempo più frequente in versione femminile, non solo perché si espandono le nicchie che le donne , spesso distinte per provenienza, conquistano nel mercato dei lavori di cura in Italia.

Se le donne di diversa estrazione e condizione sociale accedono più disinvolatamente ai canali della mobilità geografica, ciò avviene anche perché si diffondono e si rendono raggiungibili opportunità un tempo elitarie e, soprattutto, si legittimano e normalizzano traiettorie sociali etichettate come devianti. Ciò diviene possibile entro sistemi migratori che, insieme all'emigrazione da lavoro, veicolano una tale mobilità di persone, denaro, beni e informazioni, da poter generare circuiti sociali e mappe culturali trasversali ai diversi contesti locali” (Decimo, 2005 p. 87).

Il movimento di queste donne quindi è reso possibile dalla rete sociale che si crea intorno a questa scelta, attraverso contatti, scambi e legami con l'aiuto delle informazioni di parenti, conoscenti e con l'uso estremamente diffuso di internet e del telefono, per tenersi in contatto.

Nascono così vere e proprie "società migranti" grazie alle quali le donne possono valutare e decidere sul loro destino di migranti. Reti di contatti formate da intere famiglie, gruppi di parentela, vicinati, cerchie di amici che permettono di creare una "transnazionale prospettiva di appartenenza ai luoghi" (Decimo, cit., p.88). Ciò comporta che esse vivano pienamente l'esperienza della mobilità, fino a trasformare la mappa di riferimento che orienta il loro processo di ridefinizione identitaria. La Decimo, infatti, parla di cultura femminile dell'emigrazione, "in tal senso agisce il processo migratorio che, allargando la rete dei contatti e veicolando le risorse di ogni genere, ha reso più facile l'impresa migratoria e, soprattutto, l'ha legittimata e resa accessibile anche alle donne.

La cultura femminile dell'emigrazione è un tratto innovativo che ha avuto una significativa crescita, grazie anche al fatto che la scelta migratoria non comprende solo più il ricongiungimento familiare, ma per lo più la ricerca del lavoro.

Un altro elemento di differenziazione si riferisce al genere. Vari studi hanno colto nella femminilizzazione dei flussi migratori uno dei tratti innovativi delle migrazioni contemporanee, ma questa posizione è stata vivacemente contestata da varie studiosi di orientamento femminista, che hanno ricordato come anche nel passato le donne emigrassero, spesso da sole e per ragioni di lavoro. La grande migrazione irlandese verso l'America è stata nelle prime fasi soprattutto femminile, e le donne hanno aperto la strada ai parenti giunti al loro seguito.

Si può forse osservare che l'idea di processi migratori a guida maschile, in cui le donne arrivano in un secondo momento, come mogli al seguito, è stata tipica soprattutto di una fase della storia delle migrazioni: quella delle migrazioni intra europee del dopoguerra. Oggi, in ogni caso, all'incirca la metà dei migranti sono donne (nell'area OCSE, il 51,1%), spesso primi migranti e lavoratrici. In parecchi paesi d'origine le donne rappresentano la maggioranza dei partenti, a volte una maggioranza molto netta.

La femminilizzazione delle migrazioni ha a che fare con la domanda di lavoro di cura da parte delle società più sviluppate, e in primo luogo delle famiglie. Giacché molte donne migranti sono a loro volta madri, si assiste allo sviluppo di

un altro fenomeno: quello delle “famiglie transnazionali”, separate da confini e distanze, ma tenacemente impegnate nel mantenere vivi vincoli affettivi e responsabilità genitoriali. Telefonate, rimesse e doni sono i principali mezzi per esprimere sollecitudine e affetto nei confronti dei figli rimasti in patria, ma talvolta anche le nuove tecnologie della comunicazione si stanno affacciando nel mondo delle famiglie migranti. Nascono persino attività economiche dedicate, dai phone centers, ai servizi di money transfer, ai corrieri che collegano ormai regolarmente le nostre città con remote destinazioni nei territori dell’Europa Orientale.

Le migrazioni femminili sono per molte protagoniste un veicolo di emancipazione, ma al tempo stesso una fonte di sofferenza emotiva, derivante dall’impossibilità di prendersi cura direttamente dei propri figli: il “dolore della genitorialità transnazionale”. Così, accanto al fenomeno del *brain drain*, va annoverato anche quello del *care drain*, ossia il drenaggio di risorse di *accudimento*, che priva le famiglie di queste donne del perno dell’organizzazione delle cure domestiche. Neppure le famiglie transnazionali sono però tutte uguali, per situazioni di partenza (molte donne devono farsi carico da sole del sostentamento dei figli), frequenza delle visite, età dei figli; così come la maternità a distanza non è un destino irrevocabile, giacché può essere seguita, sia pure con fatica e complessi problemi di *riaggiustamento*, dai ricongiungimenti familiari di cui abbiamo parlato in precedenza.

Non vanno trascurati, per contro, i fenomeni del traffico di donne per il grande mercato della prostituzione, che hanno registrato una netta crescita nell’ultimo decennio, con lo sviluppo di reti transnazionali gestite dal crimine organizzato. All’emancipazione quotidiana di molte donne migranti si contrappone dunque la costrizione di altre, imposta con vari mezzi coercitivi, che possono spaziare dal debito loro attribuito per l’ingresso nel mondo ricco, alle minacce nei confronti dei familiari, alla manipolazione affettiva, all’uso della violenza fisica.

C’è poi un altro fattore, che differenzia le condizioni delle madri a distanza, così come degli altri migranti: lo status giuridico. Si può individuare infatti una “stratificazione civica”, con la formazione di una gerarchia che vede al livello più basso gli immigrati irregolari, impossibilitati fra l’altro a uscire dall’Italia, talvolta per anni, per rivedere i familiari; poi quanti dispongono di un permesso di soggiorno limitato nel tempo e strettamente legato al lavoro, di solito in seguito a

una sanatoria esplicita o mascherata; quindi i lungo residenti con uno statuto stabile, che hanno maggiori possibilità di realizzare il ricongiungimento familiare. Decisamente più avvantaggiati risultano i migranti interni all'Unione europea, che possono circolare liberamente e far entrare i familiari anche per brevi periodi di vacanza, oltre a poter votare a livello locale ed essere protetti dalle minacce di espulsione (applicabili soltanto in casi eccezionali). Infine, sul gradino più alto, si trovano ovviamente i cittadini a pieno titolo e quanti ottengono la naturalizzazione. Una stratificazione parallela riguarda i richiedenti asilo, a seguito dell'accresciuta articolazione (e selettività) dei dispositivi di protezione, dai rifugiati *pleno iure* ai sensi della convenzione di Ginevra, a quanti godono di una semplice protezione temporanea, revocabile in ogni momento.

Se le migrazioni possono essere associate alla metafora del viaggio, va dunque precisato che si può viaggiare con vari biglietti e in condizioni molto diverse²⁰

4. Gli immigrati e il mondo del lavoro²¹.

In Italia la grave crisi ancora in corso, attestata anche dalla continua delocalizzazione all'estero di diverse attività produttive, tra il 2007 e il 2011 ha provocato la perdita di un milione di posti di lavoro, in parte compensati da 750mila assunzioni di stranieri in settori e mansioni non ambiti dagli italiani. Anche nel 2011, mentre gli occupati nati in Italia sono diminuiti di 75mila unità, gli occupati nati all'estero sono aumentati di 170mila. Attualmente gli occupati stranieri, incluse anche le categorie non monitorate dall'indagine campionaria dell'Istat, sono circa 2,5 milioni e rappresentano un decimo dell'occupazione totale. Nello stesso tempo tra gli stranieri è aumentato il numero dei disoccupati (310mila, di cui 99mila comunitari) e il tasso di disoccupazione (12,1%, quattro punti più in più rispetto alla media degli italiani), mentre il tasso di attività è sceso al 70,9% (9,5 punti più elevato che tra gli italiani). I neocomunitari, che tra i residenti incidono per un quarto, nell'archivio Inail raggiungono quasi un terzo tra i lavoratori nati all'estero occupati come dipendenti e il 40% tra i nuovi assunti del 2011.

²⁰ Lezione del Prof. Ambrosini, Scuola Estiva di Sociologia delle Migrazioni, 2009.

²¹ Il presente paragrafo è rielaborato su fonte Caritas Migrantes 2012.

Nell'attuale congiuntura la forza lavoro immigrata continua a svolgere un'utile funzione di supporto al sistema economico-produttivo nazionale per la giovane età, la disponibilità e la flessibilità (caratteristiche che, purtroppo, spesso si traducono in forme più o meno gravi di sfruttamento). Gli immigrati sono concentrati nelle fasce più basse del mercato del lavoro e, ad esempio, mentre tra gli italiani gli operai sono il 40%, la quota sale all'83% tra gli immigrati comunitari e al 90% tra quelli non comunitari.

Motivati dal bisogno di tutela, sono oltre 1 milione gli immigrati iscritti ai sindacati, con una incidenza dell'8% sul totale dei sindacalizzati e del 14,8% sulla sola componente attiva. Del resto, gli archivi dell'Inail attestano che essi sono maggiormente soggetti al rischio infortunistico: tra i lavoratori nati all'estero, in controtendenza con l'andamento generale, gli infortuni sono infatti cresciuti, raggiungendo un'incidenza media del 15,9% sugli infortuni complessivi a fronte del 15% dell'anno precedente. Le ispezioni condotte nel 2011 hanno riscontrato in situazione irregolare il 61% delle aziende sottoposte a verifica, in circa la metà dei casi per lavoro nero, condizione che accresce l'esposizione dei lavoratori al rischio di infortunio sul lavoro.

Il *Rapporto 2012 sul mercato del lavoro degli immigrati*, curato dal Ministero del Lavoro, attesta che il peso dei lavoratori non comunitari (per i comunitari non sono stati riportati i dati) sulle prestazioni previdenziali e assistenziali dell'Inps non è eccessivamente elevato: 10,2% per la cassa integrazione ordinaria e 6,9% per quella straordinaria; 5,1% per l'indennità di mobilità; 11,8% per l'indennità di disoccupazione ordinaria non agricola, 7,7% per quella con requisiti ridotti e 8,8% per quella agricola; 0,2% per le pensioni di invalidità, vecchiaia e ai superstiti; 0,9% per le pensioni assistenziali; 8,1% per le indennità di maternità; 5,1% per i congedi parentali e 10,8% per gli assegni per il nucleo familiare.

I collaboratori familiari (poco più di 750mila quelli nati all'estero assicurati presso l'Inps) rappresentano la categoria più numerosa tra gli immigrati e costituiscono una risorsa preziosa per un paese in cui ogni anno 90mila persone in più diventano non autosufficienti, dove il bisogno di assistenza aumenterà con il crescente invecchiamento della popolazione autoctona (aumento degli ultra65enni dall'attuale 20,6% della popolazione al 33% previsto a metà secolo). A loro volta, gli infermieri stranieri (un decimo del totale) assicurano un apporto indispensabile al servizio sanitario nazionale e a molte strutture private.

Anche il settore agricolo, scarsamente attrattivo nei confronti degli italiani, per molti immigrati costituisce una prospettiva di inserimento stabile (allevamenti e serre) o un'opportunità limitata a determinati periodi dell'anno (lavoro stagionale) o quanto meno al momento dell'ingresso, al punto che l'agricoltura è stato il solo settore ad aver registrato, per gli immigrati, un saldo occupazionale positivo.

Altri settori per i quali il contributo degli immigrati continua a risultare fondamentale sono l'edilizia, i trasporti e, in generale, i lavori a forte manovalanza: dai dati messi a disposizione dalle organizzazioni delle cooperative, risulta che gli immigrati incidono per oltre un sesto nelle cooperative di pulizie e per oltre un terzo in quelle che si occupano della movimentazione merci.

Se le migrazioni sono di per se stesse una risposta alla crisi, le rimesse sono un indicatore del ritorno positivo per i paesi di origine.

Durante i quaranta anni di migrazioni dai paesi in via di sviluppo seguiti alla Seconda guerra mondiale, il lavoro degli immigrati ha svolto una serie di distinti ruoli nei paesi sviluppati: la fine di alcuni di questi ruoli ne hanno esaurito la funzione nel mercato del lavoro.

Per l'analisi di questa parte della ricerca, chiamo in causa un autore che ho letto negli ultimi tempi, Nigel Harris, docente presso lo University College di Londra, specializzato nello studio delle economie dei paesi in via di sviluppo. Ho scelto di menzionare lui, in quanto un tema scottante e attuale quale quello del flusso di immigrati dal Sud, non sottolineando, come solitamente si fa solo gli aspetti negativi, ma soffermandosi sui vantaggi che gli immigrati recano all'Occidente.

Nigel Harris, nel suo testo "I nuovi Intoccabili"(1995), descrive ampiamente il rapporto di interdipendenza tra le politiche del mondo del lavoro e l'esigenza di arruolare manodopera straniera, con attenzione ai ruoli degli immigrati e alle esigenze da essi sorgevano:

1) "Con il progressivo abbandono, da parte della manodopera nazionale, dei lavori dequalificati, specie di quelli meno desiderabili – in fornaci di laterizi, fonderie, cantieri edili, concerie, miniere di carbone, agricoltura, alberghi e ristoranti, ospedali, ferrovie ed altri trasporti pubblici, catene di montaggio nell'industria manifatturiera, turni di notte- gli immigrati hanno assicurato la copertura di questi settori, consentendo così il funzionamento del resto del sistema economico. Ciò vale in particolare, per quei settori in cui le misure a protezione

(ancora molto diffuse in agricoltura) hanno posto le merci interne al riparo dalla concorrenza internazionale”.

2) “Si tratta di attività che non appartengono tutte a settori in declino. Il lavoro degli immigrati ha potuto agevolare il processo di cambiamento strutturale, attenuando un calo che altrimenti avrebbe assunto andamenti tumultuosi, con una molteplicità di effetti dannosi sia nei settori esposti alla concorrenza internazionale sia negli altri”.

3) “Nello svolgere questi ruoli, gli immigrati offrono un margine di “flessibilità” del lavoro là dove la regolamentazione ne ha reso l’offerta particolarmente rigida. Hanno agito, secondo la definizione di Bohning (Bohning, Malliat 1974) da “ammortizzatori di shock congiunturali”, in pratica un margine di attivi che potevano essere indotti a lasciare il paese in caso di recessione. E’ così che durante la prima grande recessione successiva alla Seconda guerra mondiale, agli inizi degli anni settanta, i lavoratori stranieri sono diminuiti del 19 per cento in Germania e del 16 per cento in Francia. Effetti analoghi si sono registrati nel caso della marina mercantile inglese: fra il 1976 e il 1979 le paghe dei marittimi non britannici vennero tagliate di un quinto, mentre il volume dei carichi trasportati scendeva di altrettanto, ma quelle dei marittimi britannici per nascita non subirono alcun calo (benché gli ufficiali britannici siano diminuiti del 5 per cento)”.

4) “Questi ruoli sottendono l’enorme divario fra i paesi a diversi livelli di sviluppo, in termini di livelli medi di produttività e di costo del lavoro, nonché di meccanismi di mantenimento e riproduzione della forza lavoro. Le aspettative di reddito dei lavoratori qualificati nei paesi in via di sviluppo sono ampiamente soddisfatte, almeno inizialmente, dalla loro occupazione come lavoratori dequalificati nei paesi sviluppati; quelli in possesso di qualifiche tecniche realizzano guadagni anche superiori alle aspettative. Né gli uni né gli altri hanno dovuto sostenere i costi riproduzione propri della società di destinazione, essendo in grado di raggiungere lo stesso livello medio di produttività in virtù del contesto sociale del lavoro. Non ha senso descrivere questa situazione come trasferimento netto di capitale umano dai paesi in via di sviluppo a quelli sviluppati, o come sfruttamento del potenziamento di alta produttività dei paesi sviluppati, senza avere peraltro contribuito a crearlo”.

5) “L’apertura dell’economia mondiale sta imprimendo una forte accelerazione ai processi di cambiamento, agevolati dall’eccezionale calo dei costi del trasporto. Il ruolo degli immigrati attiene sempre più al settore dei servizi personali”.

Quindi dal quadro che ne fa Harris, il mondo del lavoro ha necessità della manodopera degli stranieri, ma al contempo li rinchiude i lavori dequalificati e poco retribuiti.

Un fattore da tenere presente per quanto riguarda il rapporto tra il mondo del lavoro e gli immigrati, è la crisi che si sta vivendo in questi anni, che ha ripercussioni anche nelle scelte e nelle condizioni lavorative degli stessi.

Il Terzo Rapporto annuale immigrati nel mercato del lavoro in Italia sottolinea appunto questa relazione, tra i lavoratori immigrati e la crisi: I lavoratori stranieri occupati nel 2008 erano 1,75 milioni e a distanza di cinque anni il loro numero è salito a 2,3 milioni, il dieci per cento del totale. L’aumento ha riguardato sia la componente maschile, che cresce di 250 mila unità, sia quella femminile, che passa dalle 701 mila unità del 2008 ad oltre un milione nel 2012. Ma nonostante la crescita in valore assoluto dell’occupazione straniera e, parallelamente, la diminuzione della componente italiana di circa un milione di unità, diversi indicatori convergono nel segnalare come la crisi abbia colpito in misura relativamente più accentuata proprio la componente immigrata. La prima evidenza è rappresentata dalla crescita esponenziale della disoccupazione. Nel 2008 gli stranieri in cerca di lavoro erano 162 mila di cui 94 mila donne e 67 mila uomini. Nel 2012 i disoccupati stranieri sono ben 382 mila di cui 193 mila donne e 190 mila uomini. Non solo, quindi, nei cinque anni di crisi la disoccupazione cresce di oltre 220 mila unità, ma l’aumento esponenziale della componente maschile (123 mila disoccupati in più) segnala un fenomeno nuovo, di forte destabilizzazione sociale per tutte le comunità straniere. L’aumento è dovuto, in larga misura, all’espulsione di lavoratori stranieri dai comparti produttivi manifatturieri (a cui si aggiunge una componente di “giovani” ex inattivi – spesso di seconda generazione – in fase di transizione dalla scuola alla vita adulta e professionale) generando, quindi, un diverso impatto sulle comunità straniere, maggiore per quelle più inserite nel settore industriale, minore per le comunità più caratterizzate dal lavoro nei servizi alle famiglie. Ma non è solo nell’aumento della disoccupazione o nel ridimensionamento della domanda nel settore manifatturiero che è possibile cogliere l’effetto della crisi sulla componente straniera delle forze

di lavoro. Nel 2008 il 29% dei lavoratori stranieri era impegnato in mansioni non qualificate, percentuale che nel 2012 raggiunge il 34%, mentre si riducono nettamente le posizioni “qualificate” che passano dall’8,2% del 2008 al 5,9% del 2012. La crescita della domanda, quindi, sembra condizionata e circoscritta a mansioni sempre più “povere” e comunque concentrata su poche professioni (nel 2012 le assistenti domiciliari e le collaboratrici domestiche rappresentano più della metà delle occupate straniere). Infine, come segnala il recente *Rapporto annuale 2013* dell’ISTAT, contribuiscono a rappresentare gli effetti della crisi sui lavoratori immigrati tre fenomeni: l’aumento dei livelli di “*sovra istruzione*” dei lavoratori stranieri (ossia svolgere mansioni sottodimensionate rispetto al proprio livello di istruzione/qualificazione); la crescita dei fenomeni di sottoccupazione e l’aumento del divario delle retribuzioni medie rispetto a quelle dei lavoratori italiani. Per quanto riguarda il primo, nel 2012 risultavano sovra istruiti il 41% dei lavoratori stranieri, una percentuale in crescita se si considera che nel 2008 erano il 39%. Il secondo fenomeno riguarda il volume di ore lavorate, indicatore che descrive non solo l’intensità della domanda, ma appunto il livello di utilizzazione dei lavoratori. Nel 2008 risultavano sottoccupati il 7% dei lavoratori stranieri e nel 2012 la quota sale al 10,7%, 6 punti percentuali in più rispetto a quella degli occupati italiani.

Le condizioni lavorative più svantaggiate si riflettono anche sulla retribuzione netta mensile che, per gli stranieri, è, in media, più bassa e si attesta, nel 2012, a 968 euro contro i 1.304 euro dei lavoratori italiani (-336 euro). Nel 2008 la retribuzione netta dei lavoratori stranieri era solo lievemente maggiore (973 euro al mese), ma il divario con le retribuzioni italiane era molto minore, pari a 266 euro per mese. Si può, dunque, affermare che anche sotto il profilo delle retribuzioni, la crisi abbia penalizzato la componente straniera del mercato del lavoro. Ma non è possibile stabilire se le trasformazioni descritte abbiano una natura congiunturale o se i fenomeni siano più di natura strutturale. Certo è che se si considera, oltre al ridimensionamento del fabbisogno di manodopera, l’aumento esponenziale della disoccupazione (soprattutto per la componente UE), la crescita della componente inattiva (soprattutto per la componente extra UE) ed il progressivo impoverimento qualitativo della domanda, è difficile immaginare che i fenomeni descritti abbiano una natura transitoria. Almeno nel breve periodo, gli effetti della crisi sulla disoccupazione e sulla qualità della domanda di lavoro

saranno difficili da contrastare e resteranno i principali ostacoli ai processi di integrazione delle comunità straniere in Italia.

E' possibile ora focalizzare l'attenzione sulla componente extracomunitaria analizzando, attraverso i dati INPS, le caratteristiche dei *lavoratori dipendenti* iscritti alle gestioni pensionistiche che abbiano fatto registrare almeno una giornata retribuita nell'anno. Nel 2012 il numero di lavoratori con cittadinanza extracomunitaria è stato pari a 1.169.296 a fronte di un totale di 14.785.670 di lavoratori: in termini percentuali gli extracomunitari rappresentano il 7,9% del totale dei dipendenti (9,4% per i maschi; 5,9% per le femmine). Questa percentuale rimane stabile rispetto al 2011, mentre risulta in lieve crescita rispetto al 2010 (7,3%); nel triennio il numero di extracomunitari è aumentato del 7,8%, mentre il totale dei lavoratori dipendenti da aziende si è ridotto dell'1%.

Tra i lavoratori dipendenti a **tempo indeterminato**, gli extracomunitari sono 882.944 nel 2012, pari al 7,5% dei complessivi 11.720.735, percentuale leggermente superiore a quella osservata nel 2010 (6,9%) e nel 2011 (7,4%). Tra il 2010 ed il 2012 il totale dei lavoratori ha fatto registrare una variazione negativa di 127.031 (-1%), al contrario i lavoratori extracomunitari sono aumentati dell'8,7%.

Tra i lavoratori dipendenti a **tempo determinato**, nel 2012 l'incidenza dei quasi 269.630 extracomunitari sui circa 3 milioni complessivi supera il 9%, dato in aumento rispetto al 2010 (8,8%) ed in leggera flessione rispetto al 2011 (9,5%). A livello regionale l'incidenza di extracomunitari sul totale dei lavoratori a tempo determinato risulta maggiore in Lombardia (14,8%), Emilia Romagna (14,5%) e Veneto(12,9%).

4.1 Le Opportunità connesse con l'immigrazione.

La popolazione straniera presente nella UE, al 1° gennaio 2012, ammonta a circa 34 milioni, il 7% della popolazione residente¹. La grande maggioranza degli stranieri (circa il 72,4%) si distribuisce in 5 Paesi, alcuni di lunga tradizione di accoglienza, come Germania (20,3%), Gran Bretagna (13,1%) e Francia (10,6%) e altri, come Spagna (15,2%) e Italia (13,2%), con una storia più recente di immigrazione.

Ma sono proprio Spagna ed Italia i paesi che fanno registrare la crescita più significativa. Fatto cento il numero di stranieri presente nel 2002, a dieci anni di

distanza l'aumento è superiore ai 250 punti percentuali per la Spagna e ai 211 per l'Italia, a testimonianza di una crescita tumultuosa della popolazione straniera. Assai diverso appare l'andamento della presenza straniera in Germania e in Francia. Nel primo caso si registra, nel decennio, un leggero aumento del 1,3% rispetto al 2002 mentre in Francia la crescita in 10 anni è poco meno del 20%.

L'imprenditoria straniera si conferma, nonostante la crisi economica in corso, una realtà in continua espansione. Gli imprenditori stranieri in Veneto sono aumentati del 22,6% dal 2007 al 2012, con considerevoli divergenze in base ai settori di attività. Gli imprenditori stranieri in Veneto sono 53 mila e costituiscono il 7,4% del totale degli imprenditori.

Incrementi nei settori di attività. Il settore che ha registrato il più alto tasso di incremento in Veneto è quello dei servizi di alloggio e ristorazione (+95,7%), seguito a distanza dal commercio (+25,6%) e dai servizi (+32,0%). Regista invece un aumento decisamente lieve (+1,8%) il settore delle attività manifatturiere e una diminuzione, invece, il settore del trasporto e del magazzinaggio (-18,1%). Questi dati confermano la tendenza del Veneto a seguire gli andamenti nazionali nei diversi settori di impresa. Su 6milioni di imprese operanti in Italia nel 2011, 454mila sono condotte da stranieri, cioè il 7,4% del totale. Nonostante la crisi, le imprese straniere hanno registrato a fine anno un saldo positivo di oltre 26mila unità, al contrario delle aziende italiane che sono, invece, diminuite di oltre 28mila imprese. Quando avviano un'attività imprenditoriale, gli stranieri preferiscono costituirla insieme a connazionali (oppure avviando direttamente imprese individuali per conto proprio) piuttosto che mettersi in società con italiani. Questi alcuni dei risultati a cui è pervenuta la Fondazione Leone Moressa, che ha analizzato i dati sulle imprese iscritte alle Camere di Commercio italiane classificando come "aziende straniere" le imprese che vedono persone non nate in Italia detenere almeno il 50% delle quote di proprietà e delle cariche amministrative a seconda della tipologia d'impresa, facendo propria la definizione fornita da Infocamere stessa. Diversi studi, tra i quali quello della Banca d'Italia di luglio 2009, hanno posto in evidenza la funzione complementare dei lavoratori immigrati in grado di favorire migliori opportunità occupazionali per gli italiani. Venendo essi a mancare, o a cessare di crescere, nei settori produttivi considerati appetibili dagli italiani (in agricoltura, in edilizia, nell'industria, nel settore familiare e in tanti altri servizi), il paese sarebbe impossibilitato ad affrontare il

futuro. E' quanto ci è stato ricordato il primo marzo 2010 dal primo "sciopero degli stranieri", ispirato a una analoga manifestazione francese con l'astensione dal lavoro e dagli acquisti e la presenza in piazza per far sentire la propria voce (Dossier Statistico Caritas/Migrantes 2010).

4.2 Le donne immigrate "motore sociale e economico"

Le donne immigrate, soprattutto, vengono descritte come "motore della trasformazione" sia come risorsa demografica in quanto costituiscono più della metà della popolazione straniera regolarmente presente in Italia. La distribuzione nel contesto peninsulare vede nel 2009/2011 il Nord Ovest ospitare la maggior parte della popolazione straniera femminile (34%), seguito dal Nord Est (26%) e dalle regioni del Centro (26%). Di gran lunga staccate le regioni meridionali e le isole dove risiedono rispettivamente il 10,1% e il 3,9% delle donne immigrate. Il rapporto di genere interno alla popolazione straniera, tuttavia rovescia questa visione e la maggior incidenza di donne sul totale degli stranieri si registra proprio nel Meridione d'Italia (55,5%) e dal Centro (52,9%). Al Nord le donne rappresentano sostanzialmente la metà della popolazione (49,4%) (Dossier Statistico 2012). Vista la giovane età media della popolazione straniera , la peculiarità che sembra emergere maggiormente nel dibattito sull'andamento demografico è il contributo delle donne immigrate per il recupero della natalità in Italia. Le donne straniere residenti nel nostro paese tendono ad avere più figli rispetto alle italiane: nel 2010 le prime hanno avuto in media 2,13 figli, le seconde 1,29. Il contributo alla natalità delle madri straniere è quindi rilevante: per il 2010 si stima infatti che oltre 104 mila nascite (18,8% del totale) siano attribuibili a madri straniere (Istat, 2011). L'impatto positivo dell'immigrazione sulla struttura demografica ha dunque una duplice natura: nell'immediato, l'ingresso di una popolazione straniera prevalentemente giovane aumenta la quota della popolazione attiva; nel lungo periodo, il più alto tasso di natalità nelle famiglie di immigrati produce un aumento della natalità media. Le modifiche alla struttura demografica della popolazione residente complessiva, indotte dall'immigrazione, generano a loro volta effetti molto positivi sul sistema di protezione sociale. Ci si può fare un'idea dell'attuale ordine di grandezza di tali effetti guardando ai dati del principale ente previdenziale (Inps, 2010). Nel 2009 gli iscritti all'Inps non comunitari sono stati più di 1,5 milioni. La percentuale dei non autoctoni fra i

lavoratori dipendenti che versano contributi è risultata di circa l'8%: senza questo apporto, il gettito contributivo nell'anno 2009 sarebbe stato inferiore di oltre il 4%, vale a dire di oltre 6 miliardi di euro (Fonte Rivista Fondazione Leone Moressa, 2013).

Altro fattore di trasformazione importante come è stato già sottolineato più volte è il contributo che queste donne danno nei settori lavorativi, soprattutto nel comparto dell'assistenza alla famiglia.

Nel nostro paese si può a ragione parlare di un sistema di protezione sociale di tipo "familistico": la famiglia – anziché le istituzioni pubbliche – è stata tradizionalmente riconosciuta come il luogo privilegiato per la risposta ai bisogni sociali. Questo ha avuto un'ovvia conseguenza: le donne sono risultate da sempre le protagoniste dell'erogazione dei servizi di assistenza agli anziani e ai minori. Non è dunque un caso che l'Italia spenda meno rispetto agli altri paesi europei per le misure di sostegno alle famiglie. Nel 2008 la spesa per prestazioni di welfare è stata pari al 27,8% del Pil e di tale spesa solo il 4,7% è stata impiegata per le famiglie, per un ammontare pari al 1,3% del Pil, molto al di sotto della media europea, pari al 2,1% (Eurostat, 2011). Un modello siffatto di protezione sociale porta con sé, come inevitabile conseguenza, un basso tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro. Nel 2010 il tasso di occupazione delle donne di età compresa fra i 15 e i 64 anni si è attestata al 46,1%, ben 12 punti percentuali al di sotto della media europea (Istat, 2011). Il tasso di occupazione femminile in Italia inoltre si riduce sensibilmente al crescere del numero di figli: dal 65% in caso di assenza di figli si scende di quattro punti percentuali in presenza di un figlio (60,6%), di dieci se i figli sono due (54,2%), di ventidue nel caso di tre o più figli (42,6)². La differenza rispetto alla media europea raggiunge il massimo nel caso di due figli: 54,8% contro il 69,2%, con un differenziale dunque di 14,4 punti (Tav.1)

Tavola 1. Tassi di occupazione femminile (25-54 anni) per numero di figli. Anno 2008

	NUMERO DI FIGLI			
	Nessuno	Uno	Due	Tre o più
Italia	65%	60,6%	54,8%	42,6%
Unione Europea	76,6%	72,4%	69,2%	55%
Differenza	-11,6	-11,8	14,4	-12,4

Fonte. Elaborazione su dati Istat (2010)

Il fenomeno migratorio sta oggi colmando il vuoto prodotto dalla debolezza del sistema di protezione sociale nei confronti delle famiglie, attenuandone quindi gli effetti negativi sull'offerta di lavoro femminile. I lavoratori, e soprattutto le lavoratrici, immigrati aumentano l'offerta di servizi domestici allentando così i vincoli all'attività lavorativa delle donne al di fuori del contesto familiare. Secondo i dati resi disponibili dall'Inps relativi al numero medio annuo di lavoratori domestici, pari a 647.516 nel 2010, l'80,3% è straniero e dei 522.985 lavoratori stranieri l'84% è donna.

Se l'immigrazione favorisce la presenza femminile nel mercato del lavoro, questa, a sua volta, genera maggiore sviluppo. Questo secondo nesso – tra l'aumento del tasso di partecipazione femminile e il tasso di crescita dell'economia – è al centro di un recente saggio di Maurizio Ferrera (2008), che vede due principali vantaggi, dal punto di vista economico, nell'ingresso delle donne nel mercato del lavoro. Il primo riguarda l'aumento delle entrate delle famiglie e quindi le maggiori possibilità di consumo, investimento e risparmio. Le famiglie a doppio reddito sperimentano inoltre una diminuzione dei rischi di povertà e vulnerabilità rispetto ad eventi imprevisti, oltre che per le maggiori entrate, anche per il doppio aggancio al mercato del lavoro che garantisce più tutela, più conoscenze e più relazioni sociali. Il secondo vantaggio sta nel fatto che l'incremento dell'occupazione femminile crea altro lavoro. Le famiglie bireddito, infatti, consumano più servizi rispetto alle monoreddito, sia per la maggiore disponibilità economica sia per il minore tempo disponibile. Ferrera riporta stime secondo le quali ogni cento donne che entrano nel mercato del lavoro si creerebbero fino a

quindici ulteriori nuovi posti, in settori come la ristorazione, la ricreazione, l'assistenza all'infanzia, agli anziani e le prestazioni per i servizi domestici. Questo tipo di servizi, a differenza di quelli alle imprese, ha poi il vantaggio di non poter essere trasferito in paesi dove la manodopera costa meno, poiché devono necessariamente essere prodotti in prossimità dei consumatori. I posti di lavoro aggiuntivi che vengono a crearsi grazie alla crescita dell'occupazione femminile restano quindi all'interno del paese e in particolare in quei territori dove si genera la domanda. In questo senso, contrariamente a un'opinione diffusa, la presenza degli immigrati si traduce in un beneficio diretto per le comunità locali che li ospitano. L'immigrazione potrebbe dunque favorire la rottura di quel circolo vizioso, denunciato dallo stesso Ferrera, per il quale la scarsità dei servizi è collegata alla bassa partecipazione delle donne al mercato del lavoro, che è a sua volta collegata alla scarsità dei servizi (RLM Fondazione Leone Moressa).

5. Lo scambio di ruolo. Perché si chiede aiuto alle donne straniere.

Un importante fenomeno connesso all'immigrazione è stato sicuramente quello dell'espansione dell'occupazione retribuita delle donne, in particolar modo di quelle sposate e in età riproduttiva. In breve tempo le donne sono passate da "angeli del focolare", la cui occupazione si esprimeva nella cura dei lavori domestici e nella riproduzione della popolazione, a componente attiva della popolazione, sporadicamente disoccupata, ma sempre più per periodi brevi e rari. Il lavoro domestico esigenza di provvedere al sostentamento della famiglia, si è diviso tra uomini e donne, e questo ha comportato sicuramente una messa in discussione dei ruoli consolidati nella società.

Come riporta Paola Poli : *la situazione della donna è cambiata molto in questi anni anche in Italia, ed è in forte evoluzione sia in ambito lavorativo, politico e sociale. "Tuttavia in Italia c'è ancora una situazione di disparità di genere nel mondo del lavoro che si esprime in particolare nell'incontro tra maternità e sviluppo di carriera . Il ruolo delle donne è cambiato,[...] questo cambiamento ha carattere mondiale : raggiunge anche le società più tradizionali come testimoniano le Nazioni Unite nel loro ultimo rapporto sui Millennium Development Goals al 2015."* (Poli, 2010, pp.11- 15).

La quota delle donne sul totale dei lavoratori è cresciuta dal 44% al 47% negli ultimi anni nei paesi più sviluppati. In Italia il tasso di occupazione femminile nel 2009 si aggirava attorno al 46%, uno dei più bassi in Europa nella quale il tasso di occupazione femminile medio è del 57%. Va evidenziata inoltre, una presenza di donne occupate nel Sud Italia del 31%, mentre quella nel Nord è del 56%.

Certamente da questi dati risalta non solo l'enorme disparità ancora presente nel mondo del lavoro tra donne e uomini, ma è sempre più evidente lo sforzo che le donne debbono affrontare per fare carriera, e le difficoltà ricorrenti nel riuscire a mantenere il proprio lavoro. Ancora oggi, infatti, solo una piccola percentuale riesce a vivere serenamente carriera e famiglia, il più delle volte vengono messe di fronte alla scelta tra realizzarsi professionalmente o come madre.

In Italia negli ultimi tempi sono stati promossi programmi atti alla conciliazione tra vita professionale e familiare e alla riduzione del divario tra uomini e donne occupati.

Ancora oggi non sono nuove storie di donne discriminate in quanto tali perché decidono di affrontare una gravidanza. Se a dare una mano a queste donne, che

hanno l'esigenza di lavorare, non solo per indipendenza, ma anche per necessità familiare per far sì che una famiglia possa rispondere a situazioni di crisi odierne le risposte sarebbero inevase per la latitanza del welfare italiano.

6. Precarietà, privatizzazione e destrutturazione del welfare sociale.

Nelle leggi regionali, la famiglia è considerata sotto tre aspetti:

- a) come soggetto attivo della politica sociale, alla stregua degli enti gestori dei servizi sociali;
- b) come risorsa per la soluzione delle difficoltà personali di un suo componente;
- c) come destinataria degli interventi dei servizi sociali (Politiche per la famiglia L.R. 24 luglio 2006, n. 17 Regione Campania).

Ma le leggi regionali al giorno d'oggi tutelano la famiglia?

“La famiglia come soggetto attivo della politica sociale: considerare la famiglia come soggetto attivo della politica sociale, che viene finanziato affinché eroghi dei servizi alle persone è un orientamento recente della politica sociale regionale che presumibilmente avrà ulteriori sviluppi”(Politiche per la famiglia L.R. 24 luglio 2006, n. 17 Regione Campania).

Diversi sono gli articoli che enunciano una disponibilità ad essere vicini alle famiglie, in essi si evincono progetti di natura assistenziale e socio-educativa, come il “garantire l’assistenza domiciliare a favore delle famiglie con portatori di handicap, anziani, gestanti o madri che per motivi di salute o di pesante carico familiare hanno difficoltà nell’assolvere agli impegni connessi alla vita quotidiana, adolescenti o giovani che manifestano segni di disadattamento”. Questo tipo di assistenza che dovrebbe essere del tutto gratuita, e quindi di diritto, in effetti non lo è quasi mai. Le famiglie devono pagare assistenza e questa è data, per la maggior parte dei casi, da donne immigrate. Questo perché le donne immigrate, pur avendo maggiori competenze nei lavori di cura socio-assistenziali, richiedono meno salario, lavorando a volte anche senza assicurazione.

Rileggendo il “Piano Beveridge” del 1942 nel quale Beveridge²² appunto, quale sostiene che : *“il sistema di protezione sociale che viene delineato poggia sul pilastro assicurativo così come su quello assistenziale, ma soprattutto assume la*

²² W. Beveridge tentò di innovare la protezione sociale degli inglesi in una fase storica che seguirà il definitivo declino della vecchia Inghilterra edoardiana.

forma finale fondendo in modo originale le politiche di protezione sociale, in cui tutti i principali bisogni di mantenimento del reddito debbono ottenere una risposta dignitosa, con le politiche per l'infanzia e l'adolescenza, le politiche universalistiche per la salute, le politiche attive per il lavoro.” (Bevedrige, 1942, p.13).

Abolire il bisogno è lo slogan del Piano Bevedrige, ma vecchie e nuove povertà, uno sviluppo senza occupazione, immigrazione, una domanda sociale sempre più numerosa e esigente e aspettative maggiori dovute a un allungamento della vita media, a nuovi processi di individualizzazione fanno sì che questo slogan oggi non possa concretizzarsi. Il welfare italiano, nelle sue debolezze, dovrebbe intervenire su nuovi bisogni e nuovi rischi che non solo sono eterogenei ma anche spesso collegati a transizioni e percorsi individuali (carriere lavorative instabili, separazioni e divorzi), fortemente concentrati su fasce della popolazione, come appunto giovani, immigrati e minoranze etniche, a favore dei quali è più difficile costruire “ quel patto di condivisione e responsabilità tra Stato e individuo” che Bevedrige individua come la condizione necessaria per implementare riforme o nuovi programmi di welfare (Bevedrige,1942,pag13).

Come ha sostenuto anche Paola Rudan, nel suo intervento “Divisione sessuale del lavoro e riproduzione transnazionale” durante il ciclo di seminari “Pensare le migrazioni” all’Università degli studi di Salerno, il welfare italiano è un sistema solidaristico attuato dalle persone e non più dallo Stato, “il welfare è divenuto un sistema monetarizzato, rivolto solo agli indigenti”. Paola Rudan (Lezione seminario Dottorato di ricerca, 23/03/2010) sostiene inoltre: In questo sistema, cruciale è la posizione delle donne migranti, del loro sfruttamento, del loro lavoro, che in particolare incide sul quel processo di destrutturazione e privatizzazione del welfare che si sostiene appunto attraverso lo sfruttamento di queste donne, in particolar modo negli ambiti educativi, di assistenza e di cura ... Nell’ esigenza di dover , in uno stato di forte precarizzazione dove diventa necessario il contributo salariale da parte delle donne alle famiglie, ecco che si viene a creare un meccanismo che spinge donne ad assumere altre donne, per sostituirle in quell’attività riproduttiva²³ che non possono o non vogliono più esaurire completamente, producendo una vera e propria catena salariale.

²³ Per lavoro riproduttivo si intendono qui tutte le mansioni all’interno della sfera domestica atte alla riproduzione e alla cura degli individui.

Le donne straniere, come già sostenuto più volte, sono un enorme potenziale nel mondo lavorativo ricoprendo ruoli che in Italia, nell'ambito dei lavori di assistenza e di cura, mancano, e sostenendo un sistema che rende possibile l'aiuto alle famiglie nella quali le donne hanno il loro stesso bisogno.

7. Pari opportunità : cittadinanza e inclusione sociale.

Prendendo in esame il ruolo svolto dalle donne migranti, come componenti aggiunte al nucleo familiare moderno, con le loro mansioni di bambinaie, colf, mogli gregarie o badanti, viene naturale riflettere sulle loro "opportunità" come donne che hanno studiato, che vogliono integrarsi socialmente nell'ambiente nel quale si sono stabilite, ricercando gli stessi diritti e svolgendo gli stessi doveri di qualsiasi donna autoctona.

La partecipazione sociale delle donne, come è noto, è già alquanto debole riguardo alla presenza delle donne autoctone; presenza che finisce per condizionare anche quella delle donne di altre culture.

Già prima di nascere siamo pensati come maschi o femmine. Siamo accolti in calchi sociali fatti di gesti e di parole, di comportamenti e di attese, di pratiche e di discorsi, di simboli e di significati che ci plasmano lentamente come tali, inculcandoci l'idea di ciò che è giusto e ciò che è sbagliato per l'uno e per l'altro genere. L'appartenenza viene continuamente sollecitata e rinforzata attraverso una fitta rete di segnali subliminali, semafori numerosi e nascosti che passano velocemente e in continuazione dal verde al rosso. Apprendiamo e interiorizziamo simboli e conoscenze comuni che ci orientano nella nostra attribuzione di senso a ciò che ci circonda, alla complessità del "mondo umano" ; essi guidano il nostro percorso di individui e di gruppi, che, seguendo, riproduciamo (Berger e Luckmann 1969)²⁴.

La costruzione dell'identità femminile, come ci sottolinea Anna Loretoni, subisce un mancato riconoscimento e valorizzazione soprattutto in termini di paragone affrontati negli studi tra multiculturalismo e femminismo. "Sebbene il multiculturalismo abbia trovato una prima, favorevole accoglienza da parte degli studi di genere, alla fase di indiscussa concordia ha fatto seguito una presa di distanza critica, secondo modalità che sarebbe riduttivo interpretare come

²⁴ Citato da Maria Grazia Ricci in "Essere donne e diventare persone" Costruzione di genere e identità. ("Il genere della partecipazione " a cura di Rita Bianchieri, p.121, 2010).

semplici autorevoli provocazioni. Tra multiculturalismo e femminismo non ci sarebbe affatto comunanza di intenti , quanto piuttosto una divergenza strutturale e forse insanabile, tanto che l’iniziale sintonia strategica tra le due riflessioni sarebbe il frutto di uno sguardo troppo frettoloso, incapace di vedere al fondo le dinamiche autoritarie e paternalistiche interne ai gruppi culturali, e particolarmente evidenti nella configurazione oppressiva e autoritaria dello spazio domestico” (Loretoni, 2010 p. 111).

E’ appunto valutando questo ambito, che si capisce il ruolo sostanziale della donna, le cui mansioni interpretano la sua identità. L’identità di genere è una continua interazione tra noi e l’altro : *“all’ipotesi di un dialogo complesso tra le culture fa invece da sfondo l’immagine acustica di una continua interazione, e quindi creazione e ri-creazione, tra noi e l’altro”*(Loretoni, cit., p. 116).

La definizione di identità avviene attraverso la socializzazione familiare, “il ruolo che viene loro assegnato, determina , nella migliore delle ipotesi, una sorta di cittadinanza pre- politica, che consente loro di divenire cittadine solo attraverso il filtro della condizione familiare, nella peggiore invece rende impossibile il loro sviluppo umano e il riconoscimento della loro dignità” (Loretoni, cit., p.117).

Il riconoscimento della differenza, e della diversità si evince dalla posizione sociale delle donne, rifacendosi al pensiero di studiosi e studiose : che assumono la differenza innanzitutto a partire dalla sua denotazione, come problema del domini, della parola, delle istituzioni non segue le ipotesi del riconoscimento di una ‘diversità’ assoluta e irriducibile e di un paradigma critico volto all’acquisizione di una differenza, fra donne e uomini e fra singoli individui, che, non essendo ‘naturale’ e dunque data una volta per tutte, pone il problema della negoziazione continua dei significati e della loro necessaria ricomposizione” (Ricci, in Bianchieri, 2010, p. 123).

Arendt in “Vita activa” (1958) ci descrive il ruolo delle donne come “attività necessaria alla sopravvivenza” . La filosofa tedesca ripropone la tripartizione aristotelica delle attività propriamente umane indispensabili alla sopravvivenza della specie nel tempo e alla costruzione della condizione umana, così come la conosciamo e la agiamo oggi. “ Il lavoro delle donne non ha prodotto mai altro che vita” (Arendt 1958, trad. it. 2004, pp. 62-63).

Quindi, facendo un passo indietro, nel considerare il lavoro delle donne immigrate di estrema importanza, per mantenere saldi i ritmi delle famiglie globali, si

intende sottolineare che, come per le donne autoctone, è alquanto difficile distanziarsi dal ruolo di mogli e madri, lo è anche per le donne di altra cultura anche nei paesi di immigrazione lo sforzo di poter ricercare un ruolo che si distacchi da questa posizione.

Ecco, quindi, per questo, ritagliarsi uno spazio come colf, badanti o baby sitter, lavori che si fondono e si amalgamano con le loro vecchie identità, lasciate nei loro paesi di origine. Questo fa sì che anche come ‘donne’, rientrino nei meccanismi propri dell’invisibilità attribuita da sempre al lavoro di cura.

La filosofa Martha Nussbaum pone le origini del problema dell’invisibilità delle donne nello sviluppo di una tradizione di pensiero che, non affrontando il problema della differenza, ignora i fallimenti della percezione ed il riconoscimento dell’altro (Ricci, 2010, p.153).

Molto difficilmente vediamo la realtà delle persone che abbiamo di fronte perché “degli altri”, scrive, si riesce a vedere solo quello che la nostra mente ha creato. L’invisibilità dipende dalla struttura dei nostri occhi interni, quelli cioè coi quali, attraverso gli occhi corporei, guardiamo la realtà (Nussbaum 1999, pp. 101-102). L’interpretazione della realtà avviene attraverso la comprensione e il ritrovamento del passato, e, attraverso la sua rappresentazione, si proietta la propria identità nel futuro.

Certamente se si scruta più a fondo, queste donne nella loro scelta di crearsi un futuro diverso, quando in questo progetto è ben visibile la presenza delle loro famiglie, non decidono in partenza di rinunciare alla propria preparazione scolastica, alle proprie esperienze lavorative nei paesi di provenienza, che a volte comprendono qualifiche ben superiori all’accudimento e alla pulizia, ma sono, per così dire, costrette a queste scelte perché inquadrate dalla società in questi “ruoli”.

7.1 Le donne rumene tra famiglia e lavoro.

Considerando che in Italia la presenza Rumena è quella più significativa, anche la femminilizzazione del lavoro di cura vede le donne Rumene al primo posto nell’adempimento di questo compito.

Infatti, “il caso delle donne romene, per quanto concerne l’enfatizzazione del ruolo femminile, è assolutamente nuovo. Nel passato era stata la collettività filippina, quasi completamente a composizione femminile, a portare all’attenzione il ruolo femminile. Pur collocate al vertice della graduatoria, la consistenza delle

filippine era ben lontana da quella attuale delle romene. Inoltre, il fatto che si trattasse esclusivamente di donne finiva per indebolirne il ruolo: in quel caso gli uomini erano rimasti a casa e, per giunta, in un paese molto lontano, dove era difficile ritornare annualmente a causa dei costi elevati e dello scarso tempo a disposizione. Questa solitudine femminile veniva raddoppiata perché le filippine si inserivano quasi esclusivamente nel settore dell'assistenza alle famiglie, che già di per sé pregiudica il tempo da dedicare alle attività sociali, e non di rado (specialmente negli anni immediatamente successivi all'arrivo in Italia) vivevano presso le stesse famiglie, per cui lavoro, casa e società venivano praticamente a coincidere, salvo le opportunità di tempo libero del giovedì e della domenica pomeriggio, passati per lo più con le connazionali e non in ambiti atti a favorire una più ampia partecipazione sociale. Per le donne dell'Est Europa molti fattori sono diversi. Innanzi tutto sono presenti gli uomini delle rispettive collettività, il che favorisce un insediamento "normale", non solo per lavorare ma anche per vivere –non appena possibile – con la propria famiglia" (Licata, Pittau, 2008, pp. 116-117).

Quindi si evidenzia che anche per le donne romene c'è la presenza di un'immigrazione sempre più a carattere familiare, con nuove nascite all'interno del nucleo familiare e ricongiungimenti dei familiari rimasti in patria. Forse, oggi, sono proprio loro le donne delle quali abbiamo parlato in qualche paragrafo precedente, di supporto alle attività di cura nelle famiglie italiane.

"Le donne in immigrazione, contrariamente a quanto spesso si è detto, non è una semplice appendice del protagonismo maschile, specialmente nel caso delle romene (appunto) che sono state una sorta di "apripista" dei flussi migratori, così come era avvenuto a cominciare dagli anni '70 con i Paesi del Corno d'Africa, le Filippine e i paesi latino-americani"(Licata, Pittau, 2008, p. 118).

A livello lavorativo, come già sottolineato, le donne immigrate vivono una vita sociale ristretta, con pochissimo tempo libero e associazionismo. "Il loro inserimento lavorativo, pur superiore rispetto alle donne italiane, attesta un processo di equiparazione ai maschi ancora *in fieri*: tasso di attività del 58,6% (le donne italiane solo il 51% e i maschi immigrati l' 89%) ; incidenza sui lavoratori dipendenti del 42% ; incidenza del 16,5 % tra i titolari di impresa e del 36,2 % tra i soci ; tasso di disoccupazione è del 13,4% (4,8 punti in più rispetto al tasso medio che è dell' 8,6% e 8 punti in più rispetto al tasso di disoccupazione dei

maschi immigrati che è del 5,4 %) Più di un terzo delle donne occupate (35,5%) ha superato i quarant'anni (tra i maschi solo il 26,9%) e, naturalmente questa età media più avanzata comporta maggiore sforzo per le interessate, che pur a lavoro, non possono trascurare le cure delle famiglie”(Licata, Pittau, cit. p. 118).

8. Povertà e genere: le donne sanno chiedere meglio.

I dati qui riportati sono quelli raccolti dai Centri di Ascolto campani in rete; al loro interno la richiesta di aiuto da parte delle donne è prevalente rispetto a quella degli uomini, sia per le italiane che per le straniere: *“In realtà la povertà di genere è una caratteristica specifica degli utenti dei Centri di Ascolto campani. In particolare la presenza delle donne è da sempre stata significativa rispetto a quella degli uomini. In questi anni ciò è avvenuto sia per la componente italiana, sia per quella straniera”* (www.caritas.na.it).

I dati socio-economici di genere evidenziano una debolezza da parte delle donne in quanto più esposte a disagio sociale. “Un’indagine specifica realizzata qualche anno fa dall’OPR della Delegazione regionale Caritas della Campania, muoveva da un interrogativo: *«La povertà in Campania ha un sesso?»*. In effetti non solo i dati dei Centri di Ascolto, ma anche l’esperienza quotidiana delle parrocchie dimostrano che le povertà, le situazioni di disagio, i bisogni emergenti si esprimono soprattutto con voce femminile. Uno degli operatori intervistati in quell’indagine rilevava che ciò avviene *“perché le donne sanno chiedere meglio”*[...] I tassi di istruzione e ancor più quelli occupazionali mostrano il permanere in Campania di forti discriminazioni nei loro riguardi. Inoltre alla donna è affidato tradizionalmente il compito assistenziale della famiglia, ruolo per il quale spesso i maschi si defilano. Quindi le donne vivono situazioni difficili, hanno poco per loro stesse, hanno bisogno di molto per le loro famiglie e pertanto *“devono” saper chiedere meglio!*” (Dossier regionale sulle povertà, 2011, p. 52).

Nel caso delle donne migranti, forse, c’è una variante legata alle possibilità lavorative maggiori nel campo dell’assistenza familiare e domestica “i dati ufficiali delineano la Campania come *regione rosa* per la presenza migrante, con una componente maschile ridotta. È vero però che la presenza femminile in regione è spesso legata al bisogno di aiutare i propri familiari in patria. Pertanto anche le donne migranti *“devono” saper chiedere meglio*, relativamente al lavoro

o di quanto hanno bisogno per sopravvivere, affinché con le loro rimesse economiche possano aiutare quanti sono rimasti in patria” (ivi p. 52)

9.L’assistenza sanitaria alle donne immigrate

Le modificazioni demografiche della popolazione immigrata in Italia, caratterizzate da una sempre più consistente presenza femminile²⁵, per l’aumento delle donne che arrivano in cerca di lavoro, hanno determinato un’estensione delle prestazioni sanitarie soprattutto in campo ostetrico e ginecologico: in riferimento alle pazienti straniere, infatti, si tratta di affrontare con nuove modalità di approccio medico i metodi da seguire per garantire una maternità responsabile, facendosi carico dei problemi che comportano sia la grande diffusione dell’interruzione volontaria di gravidanza come anche casi di mutilazioni dei genitali.

Del resto i diversi significati che la malattia può assumere in contesti culturali differenti e il percorso dell’identità del migrante, dalla partenza all’arrivo e all’insediamento stabile, finiscono per avere effetti sul tipo di assistenza sanitaria da esplicitare. Così, la richiesta sempre maggiore di servizi induce a interrogarsi seriamente sul senso della multietnicità nel campo della sanità in Italia. In particolare, dinanzi alla sfida del dialogo transculturale²⁶, la medicina è sospinta a non essere paga solo degli aspetti ma anche a ripensare le *modalità del rapporto medico-paziente straniera*, rivalutando il peso che gli aspetti relazionali (qualità della comunicazione, livelli di incomprensione, incontro/scontro tra reciproche aspettative, grado di fiducia nella persona curante, ecc.) mostrano ai fini dell’efficacia della cura. Ciò vuol dire che occorre necessariamente rivalutare il concetto di paradigma relazionale per comprendere ed interpretare il disagio della donna migrante utilizzando pertanto i concetti espressi da Colasanti e Geraci :

- *Prelinguistico la difficoltà a comunicare le proprie sensazioni interiori. Non si può indicare con un dito le sensazioni interne e mostrarle agli altri.*

²⁵ Secondo un Rapporto della Banca mondiale, le donne migranti sono ormai la metà di coloro che lasciano i Paesi d’origine. E, come la gran parte dei migranti, hanno un livello di istruzione e di professionalità più elevato di quelle che restano. Inoltre, inviano a casa una percentuale più elevata dei loro guadagni rispetto agli uomini.

²⁶ La medicina che si prefigge di essere efficace in un contesto transculturale, ovvero che nella relazione operatore sanitario-paziente sappia tenere conto dello specifico culturale esistente (Salvatore Geraci)

- *Linguistico (arbitrarietà del significato e del valore semantico): si presenta non solo perché gli interlocutori non conoscono una lingua comune ma anche perché non esiste una sovrapposizione completa dei significati semantici delle parole nelle varie lingue .*
- *Metalinguistico (arbitrarietà dei valori simbolici): nelle diverse lingue esiste un livello simbolico per cui ad un certo termine possono corrispondere, nella mente di chi parla e di chi ascolta, significati astratti differenti che possono generare dei fraintendimenti (ad es. alla parola cancro nella nostra cultura si associa l'idea di malattia mortale, non necessariamente produce lo stesso effetto in una persona che viene da un paese, dove la maggior causa di morte è data dalle malattie infettive)*
- *Culturale (imprinting ed elementi culturali inconsci): le informazioni assorbite da famiglia, società, religione, etc. nel corso dello sviluppo dall'individuo*
- *Metaculturale (differenze ideologiche, filosofiche e religiose): è "il piano dove gli uomini affermano consciamente e con lucidità la loro visione della vita, che a livello culturale appare implicita e, in definitiva, inconscia". (Colasanti, Geraci, 1995).*

Ponendo attenzione sui dati epidemiologici e ai migranti quali individui sempre più radicati nel nuovo contesto, la salute è il risultato di fattori ambientali, sociali e genetici, ed in particolare la salute sta assumendo importanza nello studio dell'inclusione degli immigrati, in quanto indicatore di avvenuta integrazione (Tognetti Bordogna, 2011, p. 82).

A mio avviso è interessante notare la definizione del termine "heal" (in italiano: guarire, sanare) data dal "Dizionario Oxford Americano". Queste sono alcune delle frasi usate : rendere integro e sano; por fine o concludere tra persone o gruppi; sistemare o riconciliare; liberare dal male, pulire o purificare; riformare tessuti sani; rimarginare dopo frattura o taglio. Dunque guarire implica essenzialmente riparare o reintegrare dopo una separazione o una rottura nella propria vita. Guarire è rimettere ordine nella confusione lasciata dal passato. E questa, secondo me, è una definizione che sembra adattarsi perfettamente alla richiesta di assistenza da parte di queste donne immigrate, per le quali in primis deve subentrare un processo di "integrazione" nel sistema sanitario, che permetta loro di non subire un distacco del vivere la "cura" tra il loro paese e il nostro.

Il sistema culturale del paese di origine del paziente è importante, ma ogni persona è un qualcosa di unico con una sua individuale percezione della malattia. La medicina dell'immigrazione ci sta offrendo una grande opportunità, quella di ricondurre gli operatori sanitari alla considerazione che la medicina è fatta di cura a singole persone. Per questa ragione, forse, più che di medicina dell'immigrazione sarebbe il caso di pensare, semplicemente, che si tratta di medicina in senso stretto; o meglio: nel senso più proprio, e più alto, del termine (Geraci, 1995).

Capitolo 3

Immigrazione e disuguaglianze di salute .

1 Determinanti sociali della salute.

Dovendo intraprendere il discorso sulle disuguaglianze sociali, è bene soffermarsi sul concetto di salute, diritto fondamentale di ogni essere umano.

L' Organizzazione Mondiale della Sanità ha stilato un documento con titolo "Salute 2020: Una politica di riferimento europea a sostegno di un'azione trasversale ai governi e alle società per la salute e il benessere".

In esso si pongono in evidenza l'auspicio e l'esigenza di un'azione trasversale dei governi e delle società nei riguardi della salute e del benessere. Viene riportato in appendice il testo integrale.

Pertanto la via per una salute per tutti è la collaborazione e la responsabilità condivisa tra gli Stati Membri e l'OMS.

"La Salute 2020 è una politica di riferimento adattabile e pratica.

Fornisce una piattaforma unica per l'acquisizione congiunta di conoscenze e lo scambio di *expertise* ed esperienze tra i paesi. Essa riconosce che ogni paese è unico e perseguirà questi obiettivi comuni percorrendo strade diverse.

I paesi utilizzeranno punti d'ingresso e approcci differenti ma rimarranno uniti nell'obiettivo. L'impegno politico nei confronti di questo processo è essenziale, e i paesi hanno stabilito degli obiettivi regionali per esprimerlo.

In un mondo interdipendente, il bisogno dei paesi di agire congiuntamente diventa sempre più importante. Oggi, una gamma complessa di forze minaccia la salute delle persone e i suoi determinanti a livello globale e regionale. Malgrado attualmente più persone che mai abbiano la possibilità di raggiungere un migliore stato di salute, nessun paese può sfruttare pienamente il potenziale dell'innovazione e del cambiamento né affrontare le sfide che minacciano la salute e il benessere rimanendo isolato.

La prosperità futura dei singoli paesi e della Regione nel suo complesso dipenderà dalla volontà e capacità di cogliere le nuove opportunità per migliorare la salute e il benessere della generazione presente e di quelle future. La Salute

2020 sostiene e incoraggia i ministeri della salute a riunire i principali *stakeholders* in uno sforzo condiviso per una Regione Europea più sana”.

L’approccio alla salute si affaccia alla sociologia come necessità di collegare la struttura sociale alla salute. Considerando la salute come un fattore sociale da collegare alla politica e all’economia. E’ importante, quindi tener conto delle dinamiche di potere che influenzano lo stato di salute degli individui, e con queste stabilire delle politiche di tutela alla salute.

Negli ultimi anni tre principali sviluppi hanno aperto le porte per il lavoro sulla struttura sociale e la salute. Prima , nel campo delle disuguaglianze sanitarie , la necessità di qualcosa di diverso, di più e migliore dell’epidemiologia è diventata evidente, con lo sviluppo di spiegazioni multi- livello più complesse per i rapporti tra strutture sociali, le relazioni sociali e sanitarie (Bartley et al. 1998 Marmot e Wilkinson 1999 , Graham 2000 , Berkman e Kawachi 2000) . In secondo luogo, nella teoria sociologica stessa c’è stato lo sviluppo di un’analisi più sofisticata e sensibile del rapporto tra le strutture e le esperienze umane , in particolare in Giddens i concetti di dualità della struttura e strutturazione (Giddens 1984, Bryant e Jary 1991) , e nel lavoro del compianto Pierre Bourdieu (1977, 1984, 1999) (n.t.)

2. Perché si parla di disuguaglianze di salute.

Le differenze di accesso alla salute non si evidenziano solo tra i diversi Stati, ma anche tra i differenti gruppi sociali che in essi vivono, in relazione alle condizioni socio- economiche, a variabili biologiche e al luogo di residenza (van Doorslaer e Masseria, 2004; Kunst e Mackenbach, 1992; Bago d’Uva e Jones, 2009).

“Le disuguaglianze di salute sono state definite come una delle priorità nel corso del Consiglio Europeo di Lisbona del 2000, in quanto in molti Paesi europei, sono tuttora presenti situazioni di disuguaglianze di salute almeno per alcuni gruppi socio economici . La garanzia dell’equità nell’accesso dei servizi sanitari rappresenta uno dei primi obiettivi dei paesi dell’OCSE , così come nelle dichiarazioni internazionali sui Diritti Umani e nelle dichiarazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2010)” (Tognetti Bordogna, 2011, p.76).

Il tema delle disuguaglianze di salute continua ad essere di estrema attualità e di grande rilevanza in generale e per la sociologia della salute, in particolare, perché la loro analisi consente, sia di osservare le dinamiche sociali, sia di comprendere come le differenze sociali si distribuiscono fra gli individui all'interno di un sistema complesso quale la nostra società (Cardano, 2008; Genova, 2008; Tognetti Bordogna, 2008; Lucchini, Sarti, Tognetti Bordogna, 2009).

“Le disuguaglianze di salute (Marmot e Wilkinson, 2001; Costa, Spadea, Cardano, 2004) rappresentano uno dei più gravi scandali della nostra epoca, soprattutto per i paesi sviluppati e democratici. Esse costituiscono una delle forme di iniquità più ingiuste e gravi anche perché la salute risulta essere condizione essenziale per poter vivere a pieno la propria vita” (Tognetti Bordogna, 2011, p.77).

Da un punto di vista teorico sono proposti vari tipi di spiegazioni inerenti alla relazione esistente tra condizione sociale e stato di salute; la teoria dell'artefatto esplicativo; la teoria della selezione naturale e sociale; la spiegazione comportamentale e quella strutturale.

“Per quanto concerne il contributo della sociologia allo studio delle disuguaglianze sono due le interpretazioni maggiormente validate: quella psicosociale riconducibile all'esposizione a fattori di stress e mancanza di supporto (Marmot, Wilkinson, 2001), e quella neo-materialista (Lynch, 2000) che spiega l'origine delle disuguaglianze di salute dovuta a cause prettamente materiali. La prima si fonda sull'assunto che, oltre alle disuguaglianze economiche, anche le relazioni sociali hanno un forte impatto sul benessere psicosociale dei soggetti, contribuendo a spiegare lo stato di salute di una popolazione (Wilkinson, 1992; 1997). Le disuguaglianze di salute rappresentano la sedimentazione nei corpi delle differenze sociali legate alle traiettorie biografiche degli individui (Cardano, 2008). La seconda attribuisce alle disuguaglianze di reddito le differenze di salute fra gli individui in quanto esse determinano anche differenze negli stili di vita dei singoli (Cersosimo, 2012).

Un terzo approccio, quello eco-sociale (Susser e Susser, 1996; Krieger, 2001), di livello meso, coniuga gli effetti di contesto socio-ambientali e quelli individuali - biologici. Esso privilegia gli aspetti multidimensionali e dinamici di una complessa rete di elementi biomedici, sociali e comportamentali i quali vanno considerati congiuntamente. Studi di tipo ecologico (Costa et al., 2003) infatti,

hanno evidenziato una correlazione tra condizioni ambientali di un certo territorio e salute dei cittadini in esso residenti (Macintyre et al., 2002; Nuvolari, Tognetti Bordogna, 2008).

Le disuguaglianze di salute, poi, sottolinea la Tognetti Bordogna, avrebbe dovuto essere risolte dopo gli anni del Servizio Sanitario Nazionale universalistico, in quanto tutti i cittadini avevano accesso alle risorse per la salute in forma gratuita. “ Il principio universalistico ha occultato il permanere e il riemergere di vecchie e nuove disuguaglianze di salute. Le vecchie legate all’età, al sesso, alla classe; le nuove legate alle trasformazioni dei bisogni, all’accesso alle risorse di salute, alla presenza di nuovi utenti, cioè gli immigrati. Le disuguaglianze di salute sono in realtà disuguaglianze sociali che si esplicano attraverso la salute e la malattia e i relativi comportamenti. (Tognetti Bordogna, 2011 pp. 78-79).

Quindi, si può dedurre che a determinare le disuguaglianze di salute non sono solo fattori di natura socio-economica ma per dirla con Tognetti Bordogna “le stesse risorse per la salute” ossia proprio il determinarsi dei Servizi Sanitari Regionali (ASR 2007).

Esse assumono, anche per gli immigrati, un ruolo consistente, e la cui interazione determina il capitale di salute di un individuo in una data fase della propria vita e in relazione al contesto in cui si trova a vivere (Tognetti Bordogna, 2008).

2.1 Le disuguaglianze di salute tra i migranti.

Nel paragrafo precedente, più volte è stata considerata come fattore decisivo nel manifestarsi di disuguaglianze di salute, l’appartenenza a un gruppo etnico.

Quello , infatti, che viene alla luce è soprattutto un processo di e di “eticizzazione” delle disuguaglianze di salute. “Le disuguaglianze vanno analizzate, non più solo in base alle categorie di classe sociale, professione, nazionalità, ma anche in relazione all’origine, al colore della pelle (Fassin, 2006), in considerazione delle forti dinamiche migratorie della nostra società (Tognetti Bordogna, 2011, p.80).

Ciò che inoltre si sottolinea nel saggio della Tognetti Bordogna è il peso del “capitale sociale” sulle disuguaglianze.

“Il processo della loro riproduzione dipende dall’insieme delle risorse di informazioni, di fiducia e di supporto sociale di cui un individuo dispone se

collocato in una rete sociale stabile... Gli immigrati, proprio perché tali, hanno una rete relazionale limitata e su base etnica, in quanto molto del loro capitale sociale ascritto è rimasto al paese di origine”(ibidem p.81).

Rispetto a questo, quindi, l’esclusione sociale rappresenta la complessità materiale, psicologica relazionale che vivono i migranti.

“L’esclusione sociale rimanda alla precarietà materiale derivante dalla povertà economica relativa comprendendo l’elemento dinamico del processo di emarginazione, di come cioè lungo il percorso della vita, gli individui possano essere esclusi e posti ai margini, rispetto a molteplici aspetti della vita sociale e di comunità. Gli immigrati non sono deboli sul piano soggettivo, in quanto caratteristiche personali, lo sono sul piano strutturale (Reyneri, 2007) ed è per questo che sono maggiormente a rischio di vulnerabilità rispetto agli autoctoni (Tognetti Bordogna, 2011, p. 82).

Consideriamo la migrazione come fatto sociale totale, in essa è coinvolta la totalità dell’individuo, cioè, come ci ricorda Mauss (1924), l’interazione con l’universo economico, sociale, politico, culturale e religioso in cui il soggetto vive, e le sue rappresentazioni del mondo.

L’individuo, in seguito al processo migratorio, non solo ridefinisce le proprie condizioni materiali, economiche, ma anche quelle psicologiche, relazionali, identitarie, nonché quelle giuridiche.

“Per gli immigrati, più che per gli autoctoni, oltre ai sistemi di produzione, ai fattori socio economici e alle caratteristiche della società, pesa sulle disuguaglianze di salute , il sistema sanitario, il suo modo di funzionare, le disuguaglianze all’accesso che esso produce, oltre al tipo di politiche migratorie e al riconoscimento della cittadinanza” (Tognetti Bordogna, 2008, p.73). Le disuguaglianze, dunque, dipendono anche dalla qualità dell’assistenza, dal tipo di accesso, sia ai servizi, sia alle risorse di salute, dal tipo di trattamenti, a quali gli individui sono o non sono sottoposti.

Alcune ricerche hanno messo in evidenza che gli immigrati sono poco tutelati nella loro salute, presentano un minor accesso ai servizi sanitari , hanno una scarsa conoscenza rispetto al funzionamento dei servizi e ricevono, inoltre prestazioni di bassa qualità (DHHS²⁷, 1999, in Tognetti Bordogna, cit., p.73).

²⁷ Department of Health and Human Service.

“ Per anni il fenomeno migratorio nel nostro paese è stato ignorato o sottovalutato in ambito prospettico e spesso le politiche sanitarie sono state dettate da tentativi di risolvere situazioni contingenti. [...] fino alla legge sull’immigrazione del 1998, le norme che identificavano le possibilità di garanzia del diritto di salute degli stranieri erano contenute in ben 27 provvedimenti legislativi: 3 leggi, 2 Decreti del Presidente della Repubblica (DPR), 6 Decreti legge (DL), 16 Decreti Ministeriali (Dm). Ciò non considerando i provvedimenti legislativi specifici come le convenzioni con particolari Stati esteri e non prendendo in esame le reiterazioni dei decreti legge non convertiti in legge”. (Geraci , in Conti Sgritta, 2004, p. 23).

Questo è naturalmente uno dei fattori principali che non hanno reso per niente facile agli immigrati la fruizione delle prestazioni sanitarie. Il 1995 in Italia è stato un anno determinante per delineare una nuova attenzione e un’adeguata politica sanitaria per gli immigrati: quell’anno è stato caratterizzato da una serie di fatti che hanno contribuito in poco tempo ad ravvicinare la problematica (Geraci, 2004).

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 volume *Argomenti di medicina delle migrazioni*, ha sottolineato con forza la necessità di una politica sanitaria adeguata alla realtà immigratoria e sociale.” Quell’incontro si è collocato, non casualmente, in un momento nel quale si erano verificate due gravi situazioni legislativo- amministrative: un Decreto Legge (DM 8.9.94 ; Gazzetta Ufficiale 30.12.94 n. 304) stabiliva le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri per gli immigrati non iscritti al SSN portandole a £ 560.000/die per i ricoveri ordinari e a £ 2.400.000/die per quelli altamente specializzati; inoltre veniva reiterato il decreto che permetteva l’iscrizione gratuita al Servizio Sanitario Nazionale per gli immigrati regolari disoccupati, con il rischio che circa 70.000 persone potessero perdere la possibilità di accesso alle cure.” (Geraci, in Conti Sgritta, 2004, pag 24).

Quando si parla di “inclusione”, viene intesa come la intendeva Habermas , non come “ accaparramento assimilatorio né chiusura contro il diverso”. “ Inclusione significa piuttosto che i confini della comunità sono aperti a tutti, anche e soprattutto a coloro che sono reciprocamente estranei e che estranei vogliono rimanere” (Habermas, 1998, p.10). Anche quando si parla di diritto alla salute si

dovrebbe considerare un “diritto di partecipazione” ossia “*I diritti politici di partecipazione si riferiscono all'istituzionalizzazione giuridica d'una pubblica formazione dell'opinione e della volontà, che si concretizzi da ultimo nella deliberazione d'indirizzi politici e leggi... Questo processo deve realizzarsi in forme comunicative che fanno valere sotto due aspetti il principio di discorso. In primo luogo tale principio ha il senso cognitivo di filtrare contributi, temi, ragioni e informazioni, in modo tale che i risultati raggiunti abbiano il carattere presuntivo dell'accettabilità razionale. In questo senso il procedimento democratico deve fondare la legittimazione del diritto. Tuttavia il carattere discorsivo della formazione dell'opinione e della volontà ha anche il senso pratico di creare rapporti d'intesa che [...] dunque svincolino la forza produttiva della libertà comunicativa*” (Habermas, 1996, pp.180-181).

Appunto, lo sviluppo di politiche sanitarie ha risentito degli effetti “dell’opinione pubblica” , e per dirla, ancora, con parole di Habermas, ha risentito di “un'organizzazione del consenso attraverso l'uso del sistema dei mass-media.” (ibidem, p. 440).

Il diritto alla salute è divenuto centrale nel 1995, nell’ ambito del dibattito politico relativo all’approvazione della legge Finanziaria, quando è stata varata una normativa sugli stranieri: un decreto legge, reiterato ben cinque volte (dal novembre 1995 e ultima il 12 settembre 1996: le ultime due versioni con radicali modifiche dal sopraggiunto governo Prodi) (Geraci, in Conti Sgritta, 2004, p. 25).

Nel 1998, si implementa una politica organica, con una normativa sanitaria adeguata. Infatti dopo un intenso lavoro preparatorio, con il contributo dell’associazionismo, il 19 febbraio 1998 il Senato approva definitivamente la legge, promulgata il 6 marzo 1998 con il n. 40 (Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, in Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998 – Serie generale). Il 25 luglio 1998 è emanato il *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* (decreto legislativo n. 286, pubblicato sul Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Serie generale), che incorpora tutte le disposizioni della Legge 40, integrandole con alcuni dispositivi ancora in vigore da leggi precedenti.

Circa un anno dopo, i principi e le disposizioni contenuti nel Testo Unico (TU) trovano concretezza applicativa con l'emanazione del proprio Regolamento di

attuazione (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999). L'articolo n. 34 del TU dal titolo "Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale" contiene le norme per gli immigrati "regolarmente soggiornanti" sul nostro territorio, cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno. L'articolo 35 dal titolo "Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale" affronta il tema di tutela sanitaria "a salvaguardia della salute individuale e collettiva" anche nei confronti di coloro "non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno", i cosiddetti irregolari e/o clandestini. L'articolo 36, dal titolo "Ingresso e soggiorno per cure mediche", definisce le condizioni necessarie perché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del citato Regolamento d'attuazione e ulteriori chiarimenti al riguardo sono inoltre forniti dal ministero della sanità con Circolare 24 marzo 2000, n. 5 (Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria, Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1.6.2000 – Serie generale)²⁸.

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

²⁸ Articolo tratto da Studi Emigrazione/Migration Studies - Volume XLII – N. 157 – marzo 2005 pp. 53-74. www.simmweb.it

sanitarie di segnalare all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico" (Geraci, Maisano, Mazzetti, 2005).

2.2 Profilo di salute dell'immigrato.

La complessità del fenomeno migratorio 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".

Geraci nel testo "Immigrazione e Salute: un diritto di carta?" a p. 44 osserva "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 sovrapposibilità dei dati clinici raccolti.

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 genitourinario (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, 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. 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 pressoché 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)"(www.caritasroma.it).

Inoltre Geraci parlando di "progetto migratorio" dice che: "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 perché culturalmente non considerate come tali (emblematica è la consuetudine all'infestazione malarica in paesi ad altissima endemia), non lo scorraggino 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”(Geraci 1996, p. 45).

Ulteriori ostacoli di insediamento per i cittadini immigrati sono quelli relazionali infatti Geraci sostiene che esistano appunto ostacoli alla relazione d'aiuto come

la sopravvalutazione e la sottovalutazione della differenza culturale.

La *sopravvalutazione* della differenza culturale si esprime nell'istintivo comportamento di identificare come “culturale” tutto quanto avviene nella relazione con una persona straniera. Questo atteggiamento rischia di portare a una sorta di depersonalizzazione dell'interlocutore, che non appare più nella sua unicità di individuo, ma come un rappresentante stereotipale di un gruppo culturale. Significa interagire con una cultura e non con una persona.

La *sottovalutazione* tende invece a negare le specificità culturali dell'ambiente in cui una persona ha strutturato la sua identità, ed è espressione di un atteggiamento

“universalistico” ed etnocentrico, quasi che il nostro modo di vedere le cose sia l’unico vero, e quindi legittimato.

Inoltre il profilo di salute degli immigrati è fortemente condizionato dall’anzianità della storia migratoria e dunque dalla **variabile tempo**.

Anzianità di storia migratoria	Bisogno	Profilo epidemiologico
breve	Sopravvivenza	Vulnerabilità
media	Interazione	Accesso
lunga	Integrazione	Disuguaglianze

Fonte: rielaborazione appunti della Lezione Salute e Migrazione, Cersosimo, 2012.

3. Disuguaglianze di salute e donne immigrate.

La donna immigrata, rispetto a quelle autoctone, è in maggiormente esposta a incidenti, traumi, malattie professionali, malattie della migrazione. “Le ricerche hanno evidenziato l’esistenza di una correlazione fra incidenti e lavoro domestico nell’ultimo anno. Nel 2008 sono stati 3.576 gli infortuni del personale domestico, di cui 2 mortali. Le cause degli incidenti sono la disattenzione (55,7%), l’imperizia, i comportamenti azzardati (18,2 %), la mancata o cattiva manutenzione di oggetti e impianti (10,9%), la rottura di strutture (9,5%), la disattenzione e imperizia altrui (7,6%)” (CENSIS, 2010).

Per comprendere la situazione delle donne immigrate, il punto di osservazione che sicuramente chiarirà meglio la situazione è la “salute riproduttiva”.

“Le cause maggiori di ricovero sono legate alla gravidanza e al parto, un maggior ricorso all’interruzione volontaria di gravidanza rispetto alle donne italiane. Le ricerche relative alla maternità e all’infanzia evidenziano difficoltà di accesso ai servizi di cura e prevenzione riconducibili innanzitutto all’offerta non adeguata alla domanda espressa dalla popolazione femminile immigrata, poi alle resistenze culturali e sociali delle donne stesse (Donati, 2001). Le donne che accedono ai

servizi per la gravidanza, parto e cura dei figli, vivono situazioni di isolamento attribuibili al fatto che il loro reticolo familiare e amicale è rimasto, nella sua composizione principale, nel paese di origine. Spesso partoriscono in ospedali poco accoglienti nei quali gli operatori hanno difficoltà a comprenderle.

Il tutto è aggravato da condizioni di lavoro pesanti, ambienti abitativi inadeguati o a volte condivisi con altre famiglie o altri immigrati, un difficile accesso ai servizi socio-sanitari. Le ricerche evidenziano gravidanze ravvicinate, nascite pre-termine, basso peso alla nascita, IVG, pratiche contraccettive non conosciute o non capite”(Tognetti Bordogna, 2011, p.86)²⁹.

A 3 mesi dal concepimento il 12,8% delle straniere non ha ancora effettuato una prima visita di controllo, mentre le italiane nella stessa situazione sono il 5,4%. Per le asiatiche questa percentuale sale al 17,8%. I corsi di accompagnamento alla nascita sono seguiti dal 19,6% delle donne migranti e dal 64,0% delle native. La percentuale di bambini nati pre-termine è superiore per le madri migranti dai paesi del centro e sud America (9,3%), a confronto con il 6,4% dei nati da madri italiane. L'indice di Agpar, che misura la vitalità e efficienza delle funzioni vitali primarie del neonato, presenta valori peggiori per quasi l'8% dei nati da madri dell'est Europa a fronte del 3,5% dei nati da madre italiana. Esistono barriere non formali ma culturali all'accesso al sistema di cura. I servizi di mediazione interculturale sono uno strumento indispensabile per facilitare l'accesso alle cure da parte delle donne migranti, adeguando l'offerta di servizi alla qualità e alle necessità della domanda di cura. Non si tratta solo di offrire interventi di interpretariato linguistico, ma anche di mettere in atto azioni volte a sviluppare competenze culturali negli operatori e a riorganizzare i servizi per meglio rispondere ai nuovi bisogni. Come, per esempio, è stato fatto a Bologna con l'attivazione, più di venti anni fa, di un servizio specifico per rispondere ai bisogni di salute delle donne straniere e dei loro bambini.

Il progetto *Better Health for Better Integration*³⁰ ha analizzato le disuguaglianze di salute delle donne migranti in Italia, focalizzando l'attenzione sulla regione Marche in una prospettiva comparata con altre regioni. La ricerca ha evidenziato che nonostante la costante attenzione posta sul tema dall'osservatorio disuguaglianze della regione, i servizi di mediazione interculturale sono presenti

²⁹ Su questi temi si veda anche la recente Relazione del Ministero della Salute settembre 2013 pp. 30 e sgg

³⁰ www.bhbi.eu

solo nella provincia di Ancona, grazie a un accordo rinnovato annualmente fra alcune associazioni di volontariato e la sanità. Nelle altre 4 province sono del tutto non strutturati e offerti su base volontaristica e non sistematica. In sintesi, i servizi di mediazione interculturale non sono mai stati posti nell'agenda politica, nonostante i piani sanitari e sociali degli ultimi dieci anni vi facessero esplicito riferimento. La regione Marche spende per questo tipo di servizi meno di un decimo di quello che spende la sola provincia di Reggio Emilia. Nel 2012, la provincia di Reggio Emilia ha speso 380.000 euro per fornire 2.510 ore di mediazione interculturale, mentre la Regione Marche ha speso 30.000 euro per la sola provincia di Ancona. Non sono però al momento disponibili dati relativi all'impatto che questi servizi hanno sulla salute della popolazione e sui costi complessivi del sistema. Inoltre, i processi in atto di riorganizzazione del sistema sanitario delle Marche hanno messo in discussione l'esistenza stessa dell'osservatorio diseguaglianze, nonostante il ruolo importante in termini di analisi e attenzione al tema svolto da questo istituto non solo a livello regionale, ma anche nazionale. Questa scelta, basata su motivazioni economiche di breve termine, contrasta con ragioni di efficienza di più lungo periodo. Nelle Marche una partoriente su cinque è migrante, e l'assenza di servizi di mediazione interculturale ha ripercussioni economiche nel sistema sanitario stesso. La presenza di barriere culturali nell'uso del sistema sanitario genera infatti un uso non appropriato dei servizi – per esempio un maggiore ricorso a servizi di emergenza – e peggiori condizioni di salute, con relativo aumento nell'utilizzo del sistema sanitario stesso. Dunque si tratta di un problema di inefficienza economica, oltre che un problema di giustizia sociale. Inoltre il contributo che i migranti forniscono al nostro sistema di welfare è tuttora di gran lunga superiore ai servizi che ne ricevono: «Si stima che nel 2006 gli stranieri, che rappresentavano circa il 5 per cento della popolazione residente, contribuivano per circa il 4 per cento alle entrate derivanti dall'imposta personale sul reddito, dall'Iva e dalle accise, dai contributi sociali e dall'Irap sul settore privato e assorbivano circa il 2,5 per cento della spesa per istruzione, prestazioni pensionistiche, sanitarie e a sostegno del reddito», si legge in una relazione annuale della Banca d'Italia.

Nel 2012 sono oltre 4 milioni i cittadini stranieri residenti in Italia (pari al 7,5% della popolazione) e di questi più della metà è composta da donne e bambine.

Oggi nel nostro paese in una famiglia ogni dieci, è presente una donna migrante, aiuto indispensabile nei compiti di cura svolti dalle native italiane. Sebbene i flussi in ingresso rappresentino ormai una costante degli ultimi tre decenni, il sistema di welfare italiano ha mostrato una grande resistenza a riorganizzarsi per rispondere ai nuovi bisogni della popolazione. I processi di riorganizzazione territoriale delle politiche (*rescaling*) e il coinvolgimento di nuovi attori (*governance*) nella costruzione della rete dei servizi sanitari e sociali hanno dato forma a welfare regionali molto diversificati, ma solo in pochi di questi i bisogni sociali e sanitari dei migranti hanno avuto un adeguato ruolo nell'agenda politica (www.ingenere.it).

.

4 Il rischio infettivo: il migrante di cosa si ammala?

La versione aggiornata al 2011 delle *Linee Guida Italiane* sul trattamento e sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1, affrontare il tema dell'aderenza alla terapia e il ruolo dei fattori sociali sull'"esito del trattamento anche per il paziente immigrato.

I temi affrontati, nella seconda tavola rotonda del Convegno, ci descrivono le problematiche correlate alle malattie infettive, in modo particolare all'infezione da HIV, nella popolazione migrante fino alle complicazioni neurologiche, toccando argomenti come la percezione del rischio e il disagio mentale. Gli interventi bene descrivono le implicazioni socio-sanitarie che possono derivare da un mancato o parziale intervento di prevenzione, di trattamento e accompagnamento ai Servizi sociali e sanitari, in una situazione di discriminazione e disuguaglianze".

In sostanza, i dati a disposizione in questo ambito indicano nelle malattie infettive una criticità per la salute degli immigrati, ma non in un aumentato rischio per la popolazione residente, perché indicatrici di una condizione di fragilità sociale della popolazione straniera, almeno in una prima fase della loro permanenza nel nostro Paese (D'Amato, 2013)".

Si può notare, come già sottolineato, la maggior parte delle malattie contratte dai migranti sono dovute allo stile di vita e alla percezione del rischio infettivo che manca di comunicazione e informazione. "Dislocare un individuo da un luogo all'altro significa anche far muovere i suoi stili di vita e le percezioni della propria esistenza che non sempre (anzi, spesso, mai) coincidono con quelli del paese dove il paziente si va a localizzare. La percezione del rischio di malattia è una delle

tante percezioni che nel migrante possono (e spesso lo sono) differire da quelle consuete nel paese di migrazione. In uno studio che ripercorreva 23 anni di vita di minatori italiani in Australia dal 1943 al 1966, si è visto come sin dai primi anni la percezione che il lavorare in miniera portasse ad una malattia dei polmoni con conseguente ospedalizzazione e morte fosse ben radicata, ma solo dopo circa 20 anni i lavoratori, ormai un po' più informati perché maggiormente integrati nel sistema australiano, cominciarono a percepire che la malattia respiratoria causa delle loro sofferenze fosse la tubercolosi³¹”.

4.1 Qualche dato.

Come si è detto nei precedenti paragrafi, la letteratura ha sempre evidenziato un “profilo” di salute dell’immigrato che presenta dei rischi, una volta arrivato nel paese di immigrazione, perché maggiormente sottoposto a disagi sociali o a disservizi nei percorsi di assistenza.

In termini di dati, si evidenzia come gli immigrati facciano meno prevenzione rispetto agli autoctoni. “All’interno di questi comportamenti troviamo una differenza di genere. Infatti le femmine straniere effettuano più controlli dei loro coetanei maschi, anche se in misura decisamente più contenuta rispetto alle donne autoctone. In particolare i maschi stranieri compresi tra 18-64 anni nel 43,7% dei casi non hanno mai effettuato i controlli al colesterolo nel sangue; la quota controllata per età scende nel 36,3% tra le donne straniere. Analoghe le percentuali riferite all’assenza di controllo della glicemia; più basse le percentuali del mancato controllo della pressione arteriosa nel corso della vita: 39,1% per gli uomini e 31% per le donne straniere, mentre per i maschi italiani il 22% non effettua controlli, e solo il 17,3% fra le donne.

Le donne immigrate residenti in Italia ricorrono meno agli screening dei tumori femminili, se confrontate con le donne italiane. Differenze di comportamento rilevabili in tutte le fasce di età 50-64, pari al 42,9%, contro il 73,1% delle donne italiane (ISTAT, 2008).

Sono comportamenti attribuibili sia ad una minor informazione ed un tempo inferiore da dedicare alla salute” (Tognetti Bordogna, 2011, p. 84).

³¹ Nicola Petrosillo Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani IRCCS, Roma in *in XI Convegno Italian National Focal Point – Infectious Diseases and Migrant.*

Il comportamento degli immigrati, secondo alcune indagini effettuate dal Ministero della Sanità tra il 1998 e il 2003, conferma un utilizzo più appropriato dei servizi, soprattutto l'utilizzo dei day- hospital, che sono triplicati. *“Le prime quattro cause di ricovero ospedaliero dei pazienti stranieri sono correlate alla gravidanza e al parto (gravidanza e parto normale 3,7% contro il 3,2% del valore nazionale; complicanze del parto 2,9% contro l'1,2% a livello nazionale; altre complicanze della gravidanza 2,9% contro lo 0,7% ; perdita ematica in gravidanza 1,9% contro lo 0,6% del dato nazionale). Le motivazioni che spingono a scegliere una struttura per effettuare visite specialistiche sono differenti tra gli italiani e stranieri (ISTAT, 2008). Prevale fra gli stranieri la motivazione legata alla vicinanza rispetto agli italiani (31,6% gli stranieri, contro il 22,6% degli italiani) .Un'esigenza pratica, particolarmente rilevante fra i maschi immigrati, 36,6 % , rispetto alle femmine straniere 28,8 %. Infatti per questa popolazione è complesso ricorrere ai servizi per la salute, lo diventa ancora di più se le strutture di riferimento sono distanti dall'abitazione o dal lavoro con un aggravio di tempo mal conciliabile con le forti esigenze lavorative e con le difficoltà a muoversi in un territorio nuovo”* (Tognetti Bordogna, 2011, pagg. 84-85)

5. Il bisogno di salute : i determinanti della salute.

I **determinanti della salute** sono i fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione. Il fatto che la salute dipenda da molteplici fattori esterni ha portato a studiare e ad approfondire le conoscenze scientifiche sui **determinanti della salute**. È comunque generalmente condiviso il fatto che per poter agire sui fattori che determinano la salute è di fondamentale importanza che esistano delle condizioni e delle risorse iniziali che possono essere definite "prerequisiti" della stessa. Essi sono:

- *Abitazione* - esiste una chiara evidenza che mostra un'associazione fra l'abitazione e la salute. Una buona qualità dell'abitazione porta al miglioramento delle condizioni fisiche e mentali. Un'abitazione scadente, soprattutto se caratterizzata da freddo e umidità, porta a problemi respiratori e a dolori di vario genere, mentre l'eccessivo affollamento dell'abitazione genera problemi di ansia e depressione .
- *Pace* - la presenza di una situazione di conflitto armato ha delle pesanti conseguenze nei confronti della salute, in termini di aumento della mortalità, di

lesioni che portano a disabilità croniche, di problemi mentali, di malattie sessuali, di malattie trasmissibili, di crimini e violenze sessuali. La guerra incide in modo sostanziale sulla salute anche attraverso lo sfollamento della popolazione, che disgrega le reti sociali, nonché attraverso la distruzione dei servizi sociali e sanitari del territorio.

- *Istruzione* - i livelli di istruzione producono significativi gradienti di rischio per la salute. I livelli di istruzione sono strettamente correlati a livelli di deprivazione causati dalle barriere economiche, culturali e sociali che impediscono un accesso equo all'istruzione. Ciò è più evidente in particolare per le donne e per altri gruppi che si trovano in posizioni di svantaggio sociale.
- *Alimentazione* - la disponibilità di adeguate quantità di cibo di buona qualità costituisce un elemento centrale per promuovere la salute e il benessere. La scarsità di cibo e la mancanza della sua qualità e varietà causa la malnutrizione e le malattie da deficienza nutrizionale, mentre l'eccesso di cibo contribuisce allo sviluppo di malattie cardiovascolari e metaboliche, di tumori, di obesità e problematiche dentali.
- *Economia (reddito e continuità delle risorse)* - la disoccupazione pone dei rischi significativi alla salute; è dimostrato come le persone disoccupate e le loro famiglie abbiano maggiori probabilità di morte prematura. L'insicurezza del lavoro provoca un aumento dell'ansia, della depressione e dei problemi cardiovascolari.
- *Stabilità dell'ecosistema* - un ecosistema è un'unità ecologica fondamentale, formata da una comunità di organismi viventi in una determinata area e dal suo specifico ambiente fisico, con il quale gli organismi sono legati da complesse interazioni e scambi di energia e di materia. È fondamentale che gli ecosistemi tendano alla stabilità, cioè alla condizione per cui l'ecosistema è in grado di assorbire nel tempo le perturbazioni esterne (naturali o indotte dall'uomo), mantenendo integra la propria struttura. Un ecosistema alterato può ripristinare le proprie condizioni precedenti solo con molta lentezza e in modo graduale.
- *Giustizia ed equità sociale* - equità vuol dire giustizia. Equità nella salute significa che i bisogni delle popolazioni devono guidare la distribuzione delle opportunità

per conseguire il benessere; ciò implica che ciascuno dovrebbe avere le stesse opportunità di raggiungere il medesimo potenziale di salute. Significa anche poter aver accesso a servizi sanitari di qualità in termini di uguale accesso ed utilizzo di essi a fronte di bisogni uguali.

A fronte di quanto detto, esiste un legame stretto tra l'emigrazione e i disagi comportati dalla mancanza anche di uno di questi fattori sopra elencati.

I migranti si trovano a convivere con l'esclusione dal lavoro, dal godimento di diritti fondamentali come la casa, la salute, l'istruzione e la partecipazione alla vita pubblica. La Salute dei migranti è sottoposta a rischi dovuti a :

- precarie condizioni di vita
- elevato rischio di incidenti sul lavoro (lavori delle 5 p: precari, pesanti, poco pagati, penalizzanti socialmente)
- limitato accesso ai servizi sanitari

“I lavoratori immigrati sono facilmente soggetti a sfruttamento perché hanno paura di denunciare le condizioni in cui sono costretti a lavorare come nel caso degli stagionali agricoli per timore di essere espulsi” (Fonte Caritas Migrantes Grecia, 2009).

5.1 Disagio abitativo e ripercussioni sullo stato sociale degli immigrati: uno sguardo in Campania come riflesso di una realtà nazionale e condivisa.

Un altro impatto sociale nell'insediamento e nel profilo di salute dell'immigrato è la situazione abitativa. Chi non vive in un ambiente sano, difficilmente godrà di piena salute.

Più volte abbiamo ripetuto e sottolineato che gli immigrati sono una risorsa per la società, in quanto promotori di attività lavorative, che senza il loro apporto non verrebbero esercitate.

Mi permetto di trascrivere un aneddoto che ho avuto il piacere di vivere in prima persona, ricercando materiale per questa ricerca. Ho conosciuto un romeno che aveva fatto del semplice lavoro di “ciabattino” un leitmotiv che ha allargato la sua conoscenza da un piccolo paese di provincia a tutta la provincia. Questo perché, purtroppo, è un lavoro che si tramanda, e a volte le tradizioni restano ingabbiate in preconcetti e abitudini consumistiche.

Anche il disagio abitativo, quindi, contribuisce ad acuire le disuguaglianze che vivono queste donne e questi uomini immigrati. Una ricerca realizzata nell'ambito del progetto "*Indagine conoscitiva sul disagio abitativo degli immigrati presenti nell'Italia Meridionale*", finanziata dal Ministero della Solidarietà Sociale nel quadro degli interventi del Programma Operativo Nazionale "Sicurezza per lo sviluppo del Mezzogiorno d'Italia 2000-2006", evidenzia appunto che nel complesso l'indagine ha permesso di rilevare che *oltre il 50% degli immigrati non dispone di un appartamento* in affitto o di proprietà, ed è costretto a condividere una stanza, accontentandosi molto spesso di un semplice posto letto, oppure di vivere nella stessa abitazione del datore di lavoro. Sarebbero dunque circa 89.000 gli immigrati che vivono in sistemazioni diverse da un appartamento. Si tratta di una cifra preoccupante, pari alla popolazione di una città di medie dimensioni.

Il disagio, insomma, scaturisce innanzitutto da un'offerta abitativa del tutto insufficiente, che fa passare in secondo piano la qualità dell'immobile e dei locali. A determinare la condizione di sofferenza è soprattutto la convivenza forzata. Appena il 5% degli immigrati vive da solo, e spesso si tratta di badanti che dispongono di una stanza o di un letto presso il datore di lavoro. I restanti convivono con altre persone. Uno su quattro, in particolare, convive con almeno altri 5 immigrati.

Una delle specificità della Campania, tuttavia, sembra essere proprio quella della concentrazione dell'insediamento lungo la fascia costiera. Seconda Regione per densità di popolazione, la Campania è anche quella dove si trova la terza città più popolata, Napoli, costellata dalla conurbazione di centri minori, tutti con una popolazione che sfiora i 100.000 abitanti. Questo esteso territorio si presenta policentrico e articolato attorno a Comuni che esprimono vocazioni economiche e polarizzazioni abitative tali da "attrarre" le scelte di insediamento degli stranieri, la cui presenza come appare ovvio, si concentra in prossimità dei poli economici con conseguenza sul piano del disagio abitativo.

A tal proposito, il 19 e 20 febbraio 2010 si è svolta la **VII Conferenza Regionale sull'Immigrazione** a Napoli, nella quale si è discusso appunto del disagio abitativo degli immigrati. In una nota di una posizione del Gruppo sul Disagio Abitativo si quantificano alcune linee di intervento discusse al suo interno ed assunte a conclusione dell'incontro come proposte da avanzare alla Regione

Campania una “azione di sistema” tesa ad affrontare la complessa questione del disagio abitativo della popolazione immigrata.

“Tali proposte sono state definite dal gruppo a partire dall’assunto che quello dell’abitazione sia un diritto sociale fondamentale in quanto presupposto essenziale per il godimento e l’esercizio di tutti gli altri diritti di cittadinanza, in ogni caso per qualunque processo di integrazione. Assicurare a tutti un “riparo” rientra infatti tra i doveri di solidarietà politica, economica e sociale (di cui parla l’articolo 2 della Costituzione), così come appare difficile (in coerenza all’articolo 3 della stessa) ipotizzare l’esistenza di pari condizioni di dignità, libertà ed uguaglianza tra chi dispone di una abitazione e chi è ne è totalmente privo. Peraltro, è per soddisfare tale diritto che la nuova Programmazione regionale fa esplicito riferimento alla “edilizia residenziale sociale” (Estratto dalla VII Conferenza Regionale sull’Immigrazione, Napoli, 2010).

Tali proposte sono fondate su una analisi condivisa della situazione abitativa degli immigrati nel territorio campano, il cui accesso alla casa si configura caratterizzato da un percorso molto tortuoso, con numerosi ostacoli e fattori critici riassumibili nei forti squilibri del mercato abitativo, ed in particolare di quello dell’affitto, nella carenza di servizi e strumenti a supporto dell’inserimento abitativo degli immigrati, nella esistenza di stereotipi e pregiudizi che alimentano diffuse diffidenze nei confronti degli affittuari immigrati.

L’insieme di questi fattori determina, da un lato, condizioni di vera e propria emergenza socio/abitativa per un numero significativo di immigrati, e, dall’altro, situazioni abitative del tutto inadeguate per la maggioranza di essi.

Tale disagio si connota soprattutto come fenomeno urbano/metropolitano: è negli interstizi della grande area metropolitana che da Caserta giunge fino a Salerno passando per Napoli, che il fenomeno raggiunge la maggiore intensità, con situazioni di disagio estremo e punte acute di degrado sociale ed abitativo. E’comunque la città di Napoli che segnala la situazione più problematica: occupazione abusiva di palazzi, edifici pericolanti, edifici industriali abbandonati, costruzione di baracche in “terre di nessuno”, sotto cavalcavia di autostrade o ai margini delle grandi arterie di comunicazione. Il disagio si riscontra comunque anche nelle aree rurali, sebbene la situazione abitativa appaia differente da quella dei contesti urbani per una maggiore disponibilità di spazi ed un numero superiore di immobili disponibili che, per quanto malconci, offrono una situazione migliore

rispetto a quella di chi vive nelle baracche o sotto i ponti. E' il caso dell'agro nocerino/sarnese, dell'agro aversano e del litorale Domiziano, nei quali l'occupazione delle seconde case da parte degli immigrati determina una situazione di grave tensione sociale.

Nel complesso, oltre la metà degli immigrati non dispone di un appartamento ma è costretto a condividere una stanza, accontentandosi molto spesso di un semplice posto letto oppure di vivere nella stessa abitazione del datore di lavoro. Secondo i dati di una ricerca del Ministero del Lavoro e degli Affari sociali “ *Sotto la soglia*” sarebbero in Campania oltre 90.000 gli immigrati che vivono in sistemazioni diverse da un appartamento. Si tratta di una cifra preoccupante, pari alla popolazione di una città di medie dimensioni”³².

6. Effetto migrante sano

La maggior parte di coloro che giungono in Italia è in buona salute. Questo è stato dimostrato anche dopo l'analisi dello stato di salute di persone giunte nell'ambito di flussi di immigrazione eccezionali, come quello verificatosi nel 2011 a seguito della crisi del Mediterraneo” (Epidemiologia delle malattie infettive, Cnesps-Iss 2013).

“Il cosiddetto “effetto migrante sano” (osservato anche in Italia in quanto Paese di immigrazione relativamente recente) è conosciuto da tempo e, secondo una delle teorie più accreditate, dipende dal fatto che solo i soggetti più forti e sani tendono a optare per il difficile percorso migratorio, auto-selezionandosi quindi già nei Paesi di origine. Ciò nonostante, lo stato di benessere di questi migranti “pionieri” può esaurirsi nel tempo a causa di condizioni di vita e di lavoro precarie e dello scarso accesso ai servizi sanitari nel Paese ospite. I timori legati alla condizione di irregolarità e la scarsa conoscenza del diritto di accesso ai servizi sanitari, delle modalità di fruizione degli stessi e della lingua locale sono infatti alcuni tra i principali fattori che impediscono ai migranti di accedere a percorsi di prevenzione, di diagnosi precoce e di terapia ambulatoriale in Italia e li spingono piuttosto a rivolgersi al Servizio sanitario nazionale (Ssn) in condizioni di urgenza (presso il pronto soccorso).

È verosimile inoltre che nel tempo la rilevanza dell’“effetto migrante sano” in Italia tenda a diminuire. Infatti con la stabilizzazione del fenomeno migratorio, i

³² Elaborazione tratta dai documenti disponibili al sito www.aliseicoop.it.

nuovi immigrati giungeranno seguendo percorsi già attuati da parenti o amici che si trovano in Italia. Questo tragitto, più semplice e meno rischioso, richiede una minore autoselezione iniziale ed è motivato oltre che dalla ricerca di lavoro anche dall'opportunità di ricongiungimento familiare. I nuovi arrivi presenteranno quindi caratteristiche più eterogenee dal punto di vista demografico e dello stato di salute. Nel contempo anche la popolazione già immigrata nel Paese ospite tenderà a stratificarsi demograficamente nel tempo per invecchiamento della prima generazione immigrata e sviluppo di nuove generazioni, nate nel Paese ospite³³.

Dalla ricerca in questione, nella parte metodologica affrontata attraverso focus group condotti nel P.O di Nocera Inferiore, comune della provincia di Salerno, con medici e operatori di reparti con la più significativa presenza di migranti, si è potuto verificare che esiste una “recrudescenza di alcune malattie, come la tubercolosi, che si sono riproposte proprio con l'arrivo di alcuni migranti”. Queste affermazioni, si scontrano con la teoria dell'emigrante sano, in quanto se un tempo forse si emigrava per salvare la condizioni economiche della propria famiglia, oggi si emigra forse per salvare solo sé stessi da guerra e miseria. E il fatto di essere malati, può essere un incentivo che spinge a cercare aiuto da “un'altra parte” , dove forse i mezzi e le risorse sono maggiori, e la possibilità di cura più evidente.

Secondo questa ipotesi la cura è vista solo ed esclusivamente come un diritto di tutti, prevalentemente rispetto a ogni intoppo burocratico, erogata perché ognuno ha diritto alla tutela della propria salute, e con essa anche di quella di coloro che gli sono intorno.

“28 marzo 2013 - La Regione europea dell'Oms sta vivendo un momento di transizione, con rilevanti cambiamenti demografici ed epidemiologici, nel contesto di una profonda crisi economico-finanziaria.

Le esigenze di promozione della salute, prevenzione e cura stanno cambiando rapidamente, stimolando un adattamento della tipologia e della modalità di offerta dei servizi sanitari nei Paesi della Regione. Poiché questo processo si sta verificando con velocità e intensità diverse, si osservano disuguaglianze e disparità di salute tra un Paese e l'altro e, all'interno dello stesso Paese, tra diversi gruppi di popolazione.

³³ www.epicentro.iss.it “Migranti e salute”.

Contrastare questa tendenza è una priorità identificata nel documento strategico Health 2020 di cui l'European Health report 2012, pubblicato nel marzo 2013 dall'Ufficio europeo dell'Oms, vuole essere il riferimento tecnico/epidemiologico. Il documento, individua le popolazioni migranti come un gruppo di particolare interesse sia per la loro crescente rilevanza demografica nella Regione europea dell'Oms, sia per il rischio che soffrano di condizioni di salute peggiori rispetto alla popolazione generale.

Quasi il 70% della crescita demografica rilevata nella Regione europea tra il 2005 e il 2010 è infatti ascrivibile al fenomeno immigratorio, che è quindi uno dei fattori che ne influenzano maggiormente la transizione demografica.

È di 73 milioni la stima del numero di migranti che vivono nella Regione europea, costituendo quasi l'8% della popolazione. Il 52% è costituito da donne. Le stime e le proiezioni del saldo migratorio netto nel 2020, indicano trend regionali diversi con flussi migratori prevalentemente in uscita per le nazioni un tempo appartenenti all'Unione Sovietica e prevalentemente in entrata per i Paesi dell'Europa occidentale. Sebbene non si conoscano gli effetti a lungo termine del fenomeno migratorio sulla crescita e composizione demografica della popolazione della Regione europea dell'Oms, è noto che, rispetto al resto della popolazione, i migranti sono più giovani, meno abbienti, più propensi ad ammalarsi e con minore accesso ai servizi sanitari. È necessario prenderne atto sia nelle politiche sanitarie che a livello intersettoriale per rispondere meglio ai bisogni di salute, attuali e futuri, delle popolazioni migranti nei nostri Paesi”(cfr. Declich, Riccardo, 2011).

7. La salute Transculturale: cosa determina la salute dell'immigrato.

“La terapia e la cura del migrante si sono dimostrate dense di difficoltà tanto da far sorgere la necessità di una materia come la medicina delle migrazioni. Oggi la prospettiva di una salute transculturale rappresenta il fil rouge tra l'interpretazione di “senso orientata allo scopo”- la cura- e le dimensioni culturali di cui ogni persona è portatrice con le sue peculiarità. La transculturalità richiede, per essere realisticamente attuata, di una particolare capacità di interazione tra il sapere scientifico, e la dimensione sociale entro cui si sviluppa la percezione di malattia e di salute. Rimanendo sul piano terminologico, al concetto di transculturale, dovremmo aggiungere quello di transdisciplinare , che anche Mircea Eliade, aveva utilizzato, evidenziando i rischi che possono sorgere in una eccessiva parcellizzazione e la contestuale necessità di scambio tra discipline. Si pensi in tal senso alla difficile questione di stabilire quanto le condizioni

economiche, geografiche, ambientali e non ultime climatiche, abbiano incidenza sull'insorgere di patologie” (Sannella, 2010 pp.49-50).

Appare evidente che il disagio generato dalle condizioni di vita è correlato ai determinanti di salute, ovvero ai fattori la cui presenza modifica lo stato di salute di una popolazione. I determinanti di salute possono essere raggruppati nelle seguenti categorie: comportamento personale e stile di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro e accesso ai servizi sanitari; condizioni socioeconomiche; culturali e ambientali³⁴.

Numerosi studi evidenziano quanto i determinanti di salute condizionino il peso delle malattie nella società e quanto possano influenzare in modo significativo la promozione della salute nella popolazione.

“Adattamento, disadattamento, alienazione, anomia, rappresentano differenti livelli sociali che conducono alla compromissione della salute o assenza di benessere. Comune denominatore è anche la perdita di significato, del valore della persona nel contesto della ‘vita quotidiana’ [...] Spesso il limite di un operatore socio-sanitario non consiste nel non riuscire a identificare il disturbo che il paziente gli presenta, ma risiede proprio nella concezione/costruzione socio-culturale parziale che ogni medico, infermiere, terapeuta possiede riguardo al concetto di ‘salute’ e il tipo di interazione che riesce a instaurare con la persona.”(Sannella, 2010 pp. 51- 52)

La Sannella evidenzia quanto i fattori culturali siano decisivi nell'affrontare vissuti come la sofferenza, il dolore e anche la morte. Infatti il processo di cambiamento cui deve fare fronte il migrante richiede una continua messa in crisi della propria identità storica o culturale e in anticipo sarà richiesto un adattamento a situazioni completamente diverse a prezzo gravoso. Non è tuttavia pensabile che l'anticipazione di una sofferenza sia sufficiente per eliminarla. I medici, nell'incontro con i pazienti corrono il rischio di fermarsi all'ascolto delle metafore somatiche, capaci di accogliere, dall'insieme del loro costruito, il senso profondo della malattia, la ricerca della diagnosi, della terapia, della cura (...) La sfida di vivere l'alterità nello spazio della cura significa aumentare la capacità di condividere la diversità finanche nella costruzione sociale dei differenti processi culturali al momento ultimo del morire. (Sannella, cit.)

³⁴ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_it.htm.

A conclusione nel testo, viene inserito anche il concetto di “forbici culturali interpretative”. Con questa definizione si sono volute sottolineare le difficoltà nell’interpretare e nell’offrire l’opportunità di una corretta lettura, nell’assenza di benessere, nella relazione operatore sanitario-persona straniera. Sarebbe auspicabile una maggiore comunicazione che faciliti l’operatore sanitario e la persona assistita nell’iter terapeutico.

7.1 La questione dell’Emergenza Sindromica³⁵: Rischi per la salute pubblica nelle popolazioni dei Paesi coinvolti nella crisi geopolitica del Mediterraneo

Tra marzo e aprile 2011, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) hanno prodotto rapporti di analisi del rischio per la salute pubblica a seguito dello spostamento di popolazioni per la crisi Nord Africana (3, 4). Sulla base di questi rapporti, dei contatti con referenti dei paesi coinvolti partecipanti alla rete EpiSouth (5) e degli aggiornamenti prodotti dall’OMS e dall’Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (IOM), il Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell’Istituto Superiore di Sanità (CNESPS-ISS) ha condotto un’analisi del rischio epidemico in cui venivano individuate tre tipologie di popolazione a rischio a seguito della crisi Nord Africana:

1. Le popolazioni residenti nei campi profughi istituiti al confine tra Libia e Tunisia e tra Libia ed Egitto.
2. Le popolazioni coinvolte nel conflitto in Libia.
3. Le popolazioni migranti, sbarcate nell’isola di Lampedusa.

Facendo seguito all’aumentato dell’ afflusso dei migranti sulle coste italiane, conseguente alla situazione di instabilità geopolitica del mediterraneo meridionale, è stata attivata dall’ISS con il contributo del Ministero della Salute e in collaborazione con le Regioni una sorveglianza sindromica presso i centri di accoglienza distribuiti sul territorio nazionale. Infatti l’arrivo di un elevato numero di immigrati in tempi relativamente brevi richiede alle Autorità Sanitarie un importante impegno per identificare e gestire tempestivamente possibili eventi che riguardano lo stato di salute della popolazione immigrata.

³⁵ Per l’approfondimento di questo studio in appendice si presenta una sintesi.

Sebbene le informazioni disponibili sulle popolazioni migranti non abbiano messo in evidenza particolari problemi di salute rilevante per la sanità pubblica, è stata ravvisata l'opportunità di monitorare con attenzione l'insorgenza di eventuali epidemie conseguenti alle condizioni di sovraffollamento nei centri di accoglienza. Ciò finalizzato sia a fornire corrette informazioni ai media e alla popolazione italiana riguardo eventuali rischi per la salute pubblica legate a tali sbarchi, sia a pianificare pronti interventi di gestione delle emergenze sanitarie.

La distribuzione degli immigrati su tutto il territorio nazionale e l'autonomia degli ambulatori nei centri di immigrazione, ha reso essenziale creare ex-novo un flusso informativo standardizzato con un coordinamento centrale con i diversi centri di accoglienza. È stato, quindi, istituito un sistema di sorveglianza sindromica ad hoc con l'obiettivo di rilevare precocemente un'eventuale emergenza di salute pubblica. Tale sorveglianza sindromica, pensata come provvisoria per rispondere alla situazione emergenziale contingente, non ha in ogni caso sostituito la notifica obbligatoria di Malattia Infettive (DM 15 dicembre 1990).

Capitolo 4

L'immigrato e l'accesso alle cure.

1. Normativa sulla salute dei cittadini immigrati.

Il diritto alla tutela della salute per gli immigrati presenti sul nostro territorio è regolato dagli artt. 34 e 35 del D.Lgs. 286/1998 (Testo unico sull'immigrazione), artt. 42 e 43 del DPR n. 394/1999 (Regolamento di attuazione) e dalla circolare del Ministero della salute n. 5 del 2000. L'ipotesi dell'ingresso e del soggiorno per cure mediche è disciplinata dall'art. 36 del Testo unico e dall'art. 44 del Regolamento di attuazione. Con questa disciplina il nostro legislatore ha tentato di dare piena attuazione all'art. 32 della Costituzione.

Ciò che qui interessa approfondire in questa sede è la disciplina sull'accesso alle prestazioni sanitarie per gli stranieri regolari e irregolari presenti sul nostro territorio. Non verrà trattato, perciò, il tema del permesso di soggiorno per cure mediche.

La normativa distingue tra cittadini stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e quelli non iscritti.

Nel caso degli stranieri iscritti al SSN si distingue ulteriormente tra:

1. Iscrizione obbligatoria al SSN per gli stranieri regolarmente presenti che svolgono un'attività di lavoro subordinato o autonomo o che sono iscritti alle liste di collocamento e per coloro che hanno chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per motivi familiari, asilo politico, asilo umanitario, attesa adozione, affidamento, acquisto di cittadinanza. L'assistenza sanitaria spetta anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti; inoltre, essa viene assicurata, fin dalla nascita, ai figli minori, onde evitare questioni burocratiche che potrebbero determinare il rinvio di cure indispensabili. Gli stranieri obbligatoriamente iscritti hanno parità di diritti e doveri con i cittadini italiani per quanto attiene l'obbligo contributivo, l'assistenza sanitaria e la sua validità temporale³⁶.
2. Stipulazione di un'apposita assicurazione o iscrizione al SSN dietro pagamento di un contributo forfettario annuo a titolo di partecipazione alle spese per tutti coloro che non rientrano nelle categorie obbligatoriamente iscritte. In particolare tale iscrizione è concessa a coloro che sono titolari di un permesso di soggiorno

³⁶ Artt. 34, commi 1-4 Testo Unico sull'Immigrazione e 42, commi 1-5 Regolamento di attuazione.

superiore ai tre mesi. La posizione dello straniero iscritto volontariamente al SSN è parificata a quello dello straniero obbligatoriamente iscritto³⁷.

Anche gli stranieri non iscritti al SSN si distinguono in due categorie:

1. Agli stranieri regolarmente presenti sul territorio, ma non titolari di un permesso di soggiorno di media lunga durata, vengono assicurate dietro pagamento sia le prestazioni sanitarie urgenti (erogabili in via ambulatoriali, di ricovero o di day hospital) sia quelle sanitarie di elezione³⁸.
2. La più interessante è sicuramente la disciplina dell'assistenza sanitaria agli stranieri irregolarmente presenti sul nostro territorio e di perciò stesso non iscritti al SSN. A essi sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private convenzionate con il SSN, le cure ambulatoriali e ospedaliere, urgenti o comunque essenziali³⁹, anche se continuative, per malattia ed infortunio. Importantissima è l'affermazione del principio di continuità, in forza del quale allo straniero è assicurato il ciclo terapeutico e riabilitativo completo ai fini della soluzione della malattia. A questa categoria di stranieri sono inoltre assicurati gli interventi di medicina preventiva e le prestazioni di cura a essi collegati, in particolare quelle a tutela della gravidanza, della maternità e della salute del minore.

Inoltre, al fine di garantire l'effettività della tutela della salute dello straniero irregolarmente presente, in sede di prima erogazione dell'assistenza, viene assegnato al paziente un codice STP (Straniero temporaneamente presente) di validità semestrale e rinnovabile. Tale codice è valido su tutto il territorio nazionale, esso è utilizzabile per la rendicontazione ai fini del rimborso delle prestazioni erogate e per la prescrizione di farmaci. Lo stato d'indigenza del paziente è attestato al momento del rilascio del codice STP e anch'esso ha validità semestrale⁴⁰.

³⁷ Artt. 34, commi 4-7, Testo unico sull'immigrazione e art. 42, comma 6, Regolamento di attuazione.

³⁸ Artt. 35, commi 1-2, Testo unico sull'immigrazione e 43, comma 1, Regolamento di attuazione.

³⁹ Non c'è una norma generale che chiarifichi che cosa si debba intendere per cure urgenti ed essenziali. La circolare del Ministero della salute n. 5 del 2000 precisa che sono urgenti le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona ed essenziali le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato, ma che col tempo potrebbero portare a un maggiore danno alla salute o a rischi per la vita stessa.

⁴⁰ Artt. 35, commi 3-6, Testo unico sull'immigrazione e 43, commi 2-8, Regolamento di attuazione.

2. Problemi di accesso e di fruibilità dei servizi anche in una prospettiva di genere

In un paese come l'Italia, in cui esiste un sistema sanitario pubblico, l'integrazione dello straniero si realizza se gli vengono assicurate le stesse opportunità di assistenza medica e di prevenzione delle malattie previste per il cittadino italiano. Come abbiamo già osservato, il D.Lgs. 286/1998 da un lato garantisce, attraverso l'iscrizione al SSN, la parità di trattamento per gli stranieri regolarmente presenti sul territorio; dall'altro assicura l'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari o clandestini. La garanzia di un accesso ampio ai servizi sanitari per gli immigrati irregolari è presente anche in paesi come la Gran Bretagna, il Portogallo, il Belgio, l'Olanda, la Spagna, la Francia; al contrario Paesi dell'Est Europa, Malta Cipro, Danimarca, Svezia, Finlandia, Irlanda e Germania restringono la possibilità di accesso alle cure di emergenza e non necessariamente a titolo gratuito. In generale, comunque, nessun paese europeo garantisce agli stranieri irregolari un accesso libero ai servizi sanitari a parità di condizioni con i cittadini europei.

Una buona norma, seppur possa rappresentare un buon inizio, non è tuttavia garanzia di effettività della tutela del bene della vita che vuole proteggere: la norma, infatti, una volta promulgata deve essere applicata ed è proprio qui che nascono i problemi.

Proprio la questione della tutela della salute degli stranieri sta facendo emergere i limiti del nostro sistema di welfare, di cui fa parte anche quello sanitario.

La concezione che un individuo o un gruppo ha della salute e della malattia è socialmente e culturalmente condizionata, così come le pratiche mediche di riferimento: mentre per alcuni lo stato di salute può consistere in un generale stato di benessere, per altri esso coincide semplicemente con l'assenza di malattia. Di conseguenza, se le definizioni di malattia e di salute non sono univoche, diversi saranno anche i bisogni per i quali si chiede soddisfacimento. E' proprio a questi bisogni diversificati che il nostro sistema non riesce a dare delle risposte adeguate: la mutazioni sociali in atto imporrebbero l'adozione di risposte differenziate, specifiche e individuali, mentre il sistema continua a dare risposte standardizzate che male si conciliano con il quadro di diversità sociale che abbiamo brevemente delineato.

Inoltre, gli stranieri che decidono di rivolgersi al nostro sistema sanitario si trovano a dovere affrontare molti ostacoli sia dal punto di vista dell'accesso ai servizi che da quello della loro fruibilità. Per quanto riguarda le barriere all'accesso si distingue tra: barriere giuridico-legali, l'assenza cioè di documenti di soggiorno in regola che rende molto difficile per gli immigrati rivolgersi ai servizi socio-sanitari, soprattutto per la paura di essere denunciati ed espulsi; barriere economiche, come ad esempio le difficoltà a pagare la prestazione sanitaria; barriere burocratico-amministrative, la gratuità per alcune prestazioni e il pagamento di ticket per altre oppure la divisione dei servizi in prestazioni di base e di medicina specialistica, distinzioni spesso insidiose anche per gli stessi cittadini italiani; barriere organizzative, come ad esempio la poca flessibilità negli orari degli ambulatori e degli sportelli, i quali non tengono minimamente conto delle reali esigenze della loro utenza. Vi sono poi le barriere alla fruibilità dei servizi sanitari: barriere linguistiche, l'assenza di competenze linguistiche condiziona fortemente la comunicazione tra operatore sanitario e paziente, potendo portare addirittura a una diagnosi errata da parte del personale medico; barriere comunicative, la difficoltà cioè per il paziente di esprimere il proprio stato di malessere e per l'operatore sanitario di comprendere determinati atteggiamenti del paziente stesso; barriere interpretative, la diversità del sistema di welfare a cui ci si sta relazionando rispetto a quello a cui ci si è sempre rivolti; barriere comportamentali o culturali, che possono disorientare o fare sentire abbandonato l'utente straniero, ad esempio nel caso di assenza di un contatto personale tra medico e paziente oppure l'assenza di un vero e proprio follow-up durante il periodo di cura.

Tutti questi fattori portano l'immigrato, nella maggior parte dei casi, a servirsi dei servizi sanitari solo in caso di emergenza, mettendo a rischio la qualità e la continuità della cura.

A fronte di queste difficoltà nella gestione dei rapporti con l'utenza immigrata, nel 2000 il Ministero della Sanità ha emanato un documento intitolato "Le dieci regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati regolarmente soggiornanti in territorio italiano", con lo scopo di far conoscere sia agli utenti che agli operatori sanitari il percorso burocratico necessario per accedere ai servizi. Purtroppo questo tipo d'intervento non è sufficiente. Ormai si richiede un intervento più radicale, in termini non solo di politiche sanitarie, ma di ridefinizione del welfare

in generale. Non si può continuare a ragionare per compartimenti stagni, ma bisogna guardare a tutti gli elementi che vanno a incidere sul così detto capitale di salute. Infatti, è vero che gli individui migranti possiedono un buon capitale di salute, necessario se vogliono affrontare la difficoltà dell'intero processo migratorio con i suoi traumi, la perdita del capitale sociale (relazioni familiari e amicali), etc. Ma nel momento in cui arrivano nel nostro paese si trovano a vivere in condizioni che minano la loro salute fisica e psichica. Le condizioni a cui ci si riferisce sono anzitutto quella economica, in particolare il reddito e l'opportunità di considerare possibile la cura di sé non solo in caso di malattia, ma anche attraverso la prevenzione. La dimensione economica comprende in sé anche il tipo di professione svolta: un lavoro a bassa specializzazione, fisicamente pesante, avrà ripercussioni dirette sulla salute e sul fisico della persona. Accanto a questi fattori si vanno ad aggiungere le condizioni abitative e sociali, nonché la disciplina normativa e le politiche territoriali in materia.

3. Immigrazione femminile e salute

Tutto quanto detto finora circa le difficoltà per l'immigrato nell'esercitare la tutela alla propria salute è amplificato se ci si sofferma a considerare l'immigrazione femminile.

Il nostro paese si caratterizza per una forte immigrazione femminile, occupata soprattutto nei lavori di cura. Il fatto stesso che spesso questo lavoro sia svolto in condizione di irregolarità o di semi irregolarità espone la donna a un maggiore rischio di infortunio, per esempio a causa dell'assenza di regolamentazione dell'orario di lavoro, e la priva di tutela una volta avvenuto l'incidente.

In generale, le donne straniere hanno una buona percezione del loro stato di salute. La tendenza generale è quella di ricorrere ai servizi sanitari soprattutto in situazioni di emergenza dovute alla più alta incidentalità delle loro professioni; esse, inoltre, ricorrono meno ai servizi a totale carico dell'utente. La scelta della struttura a cui rivolgersi non è basata solo sulla fiducia che in essa è risposta, ma anche su motivazioni di carattere economico.

Nelle donne immigrate si registra, poi, una minore propensione al ricorso a servizi di prevenzione. I fattori che incidono su questo atteggiamento derivano dalle condizioni di vita e occupazionali di queste donne: esse, infatti, per ragioni culturali non sempre comprendono l'importanza della prevenzione e spesso si

trovano a dover fare fronte a situazioni contingenti e di sopravvivenza per loro prioritarie; spesso è la loro stessa condizione giuridica a determinare l'approccio ai servizi sanitari, nonché la situazione e gli orari di lavoro, accompagnata dalla condizione economica. Determinante sembra essere anche il tempo dell'immigrazione: una maggiore permanenza nel paese d'immigrazione corrisponde a una cura della propria salute sempre più vicina al modello delle donne italiane.

Delicata è la questione delle donne straniere impegnate nei lavori di cura, in particolare nell'assistenza agli anziani. Questo tipo di attività porta a un continuo confronto con la malattia, la sofferenza, la decadenza fisica, la disabilità e la morte, e richiede un totale coinvolgimento nella cura e nel sostegno psicologico dell'anziano.

Il motivo per il quale moltissime donne decidono di svolgere questo lavoro, anche a fronte del possesso di titoli di studio medio-alti, è che esso presenta alcuni vantaggi non indifferenti: innanzitutto consente di vivere nella casa dell'anziano, riducendo le spese a poche necessità. Per assistere l'anziano, inoltre, non è richiesta da subito una conoscenza completa della lingua, potendo impararla gradualmente attraverso l'iterazione quotidiana con la famiglia. Altro vantaggio è che in questo lavoro la donna ha una certa autonomia decisionale. Molte di queste lavoratrici arrivano nel nostro paese con l'intenzione di rimanerci per un certo periodo di tempo e ritornare successivamente in patria con soldi sufficienti a risolvere problemi pratici e a condurre una vita decente. Quest'ultimo aspetto contribuisce a far sì che queste donne continuino a sentire il legame con gli affetti e la famiglia rimasta al paese, superando così il lutto derivante dal distacco.

Diversi però sono anche gli svantaggi che gravano su questa categoria di lavoratrici, tra cui la restrizione della vita sociale, gli elevati livelli di stress, i disagi fisici (notte insonni, stanchezza) ed emotivi. Tecnicamente tutti questi svantaggi prendono il nome di carico assistenziale, molti aspetti del quale sono dovuti al vissuto emotivo personale, a sua volta condizionato dalla personalità dell'assistente, dalla sua preparazione e responsabilità, dalla pressione e dalla fatica a cui è sottoposta e, a volte, dalla mancanza di riconoscimento da parte della persona assistita.

La condizione di queste lavoratrici ha cominciato recentemente a essere vista più come una nuova forma di schiavitù piuttosto che, semplicemente, come riflesso di

una sempre maggiore emancipazione femminile. Essa, complici tutti i fattori appena elencati, può indurre nella donna stati di ansia e depressione, accompagnati in alcuni casi da dipendenza da alcol o farmaci, da disturbi alimentari o comportamenti auto lesivi.

Da tutto ciò emerge l'urgenza di porre rimedio alla mancanza di un adeguato sostegno a coloro che prestano un servizio di cura ai nostri anziani e che con il loro lavoro fanno parte di fatto del nostro sistema di welfare, colmandone gravi lacune.

4. Sfide per il Sistema sanitario

In questa breve trattazione si è visto come il nostro ordinamento sia provvisto di una buona normativa sull'immigrazione, che garantisce una tutela molto ampia alla salute del cittadino straniero presente in Italia, regolarmente o meno. Accanto alla normativa però si sono rilevate una serie di criticità importanti del sistema che mettono a rischio l'effettività della tutela della salute per questa parte di popolazione.

A dire il vero, negli ultimi anni i servizi pubblici e privati hanno adottato delle azioni volte a risolvere queste difficoltà del sistema e a rispondere il più adeguatamente possibile alla diversificazione dei bisogni.

Anzitutto si è cercato di migliorare e semplificare la comunicazione con l'utenza straniera, attraverso anche l'adozione di segnaletica multilingue all'interno delle strutture e di semplici guide sul funzionamento dei servizi anch'esse multilingue.

Un'altra criticità molto forte è la mancanza di un rapporto di fiducia tra l'utente straniero e il personale medico. Un primo intervento in questo senso è stato introdurre la figura, ancora oggi molto dibattuta, del mediatore linguistico-culturale, il quale, appartenendo alla stessa cultura del paziente, dovrebbe essere in grado di fare emergere bisogni rimasti inespressi o impliciti. Tuttavia l'intervento del mediatore non è sufficiente, indispensabile è anche la formazione del personale in chiave multiculturale.

Se poi guardiamo all'aspetto burocratico-amministrativo e organizzativo, è fuori di dubbio che le procedure di accesso andrebbero semplificate e l'offerta e gli orari dei servizi dovrebbero essere più flessibili, prevedendo ad esempio aperture ambulatoriali nel fine settimana (andando incontro in questo modo alle esigenze delle assistenti familiari) o prevedendo nei turni del personale medico la costante

presenza di un ginecologo donna, al fine di andare incontro a quelle resistenze proprie delle donne appartenenti a determinate culture o religioni.

A ben guardare vi è un problema più profondo che ha accompagnato tutta l'analisi fin qui svolta: il nostro sistema sanitario si fonda su un modello solidaristico e universalistico, per il quale i benefici della salute riguardano tutta la collettività. Tuttavia, questi principi non sono in grado di garantire nella realtà un accesso equo e universalistico ai servizi sanitari: basti pensare alla lunghezza delle liste di attesa, aggirabile solo pagando la prestazione sanitaria richiesta, e al fenomeno della mobilità ospedaliera. Questa disparità nell'accesso e nella usufruibilità dell'assistenza sanitaria è ormai strutturale al sistema e comporta uno scollamento tra il riconoscimento formale del diritto e il suo godimento effettivo. Si pone in sostanza un problema di ridefinizione del sistema e delle politiche sanitarie, alla luce delle modificazioni sociali in atto.

Questo discorso si complica ulteriormente se guardiamo all'assistenza sanitaria nei confronti degli immigrati irregolari: non possiamo, infatti, ignorare il fatto che le politiche sanitarie e sociali sono determinate in gran parte dalle risorse economiche e finanziarie disponibili. Da questo punto di vista la popolazione immigrata è vista come una minaccia per la sostenibilità del nostro sistema di welfare, di cui la sanità è parte integrante. Tuttavia, è anche vero che il non garantire le cure anche agli stranieri presenti irregolarmente sul nostro territorio porterebbe a conseguenze serie non solo dal punto di vista della salute pubblica, tutelata, come si è visto, dall'art. 32 della nostra Costituzione, ma anche in termini di incremento del così detto mercato nero dei servizi sanitari.

In conclusione, il mettere in relazione la tutela della salute con la questione migratoria fa emergere tutta una serie di criticità insite nella nostra società e nel nostro sistema di welfare e sanitario in particolare. Emerge soprattutto la necessità di prendere finalmente atto della multiculturalità e multietnicità della nostra società, andando a elaborare interventi radicali diretti a dare una risposta adeguata alle nuove e diversificate esigenze emergenti. E' vero che questo richiede uno stravolgimento prima di tutto del nostro sistema di valori ed è reso ancora più difficile dalla crisi economica e finanziaria che l'intera comunità mondiale sta attraversando, ma d'altro canto questo tipo di azione non può essere più rimandata.

5. La salute degli immigrati nelle politiche sanitarie regionali⁴¹

L'estrema eterogeneità nelle leggi locali sull'immigrazione indica la presenza di profonde disuguaglianze sia nell'accesso ai servizi sia nel profilo di salute della popolazione immigrata.

Il livello di attenzione delle politiche sanitarie verso gli immigrati è generalmente medio-alto in Italia, ma sono presenti forti disomogeneità regionali, con differenze di gradiente non riconducibili alla diversa presenza della popolazione migrante sui territori di cui la politica è espressione. Regioni come la Lombardia e il Friuli Venezia Giulia, infatti, con tassi di incidenza della popolazione straniera rispettivamente di 10% e 8,2%, più alti della media nazionale[1], hanno un sufficiente impatto delle politiche sanitarie locali sulla salute degli immigrati, mentre la Regione Puglia rappresenta l'eccellenza, nonostante la presenza di appena il 2% di stranieri sulla popolazione residente.

È quanto emerge dall'analisi svolta dal gruppo di lavoro dell'**Area sanitaria della Caritas di Roma** nell'ambito del progetto "Migrazione e salute", promosso e finanziato dal Ministero della Salute – CCM con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, conclusosi a luglio 2010.

Obiettivo di questa ricerca, che consolida il lavoro pluriennale dell'**Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri** dell'Area sanitaria della Caritas di Roma, attivo da metà degli anni '90, è stato di **analizzare in modo comparativo le politiche delle Regioni e delle Province Autonome che riguardano la salute degli immigrati**, al fine di individuare quelle più efficaci, all'interno del quadro legislativo vigente in Italia.

A livello nazionale, infatti, il testo di riferimento generale rimane ancora il Decreto Legislativo n. 286 del 1998, denominato Testo unico sull'immigrazione, ed il relativo Regolamento d'attuazione (D.P.R. n. 394/1999), che in ambito sanitario hanno sancito la certezza del diritto e di inclusione ordinaria nel sistema di tutela sanitaria dei cittadini stranieri, presenti regolarmente o non regolarmente sul territorio nazionale. È soprattutto a livello regionale, tuttavia, che sono definite le modalità con cui viene garantito agli immigrati l'accesso ordinario alle prestazioni preventive, curative e riabilitative, seppur con un'elevata variabilità nella programmazione, anche in termini di diversità nella tipologia di atti prodotti.

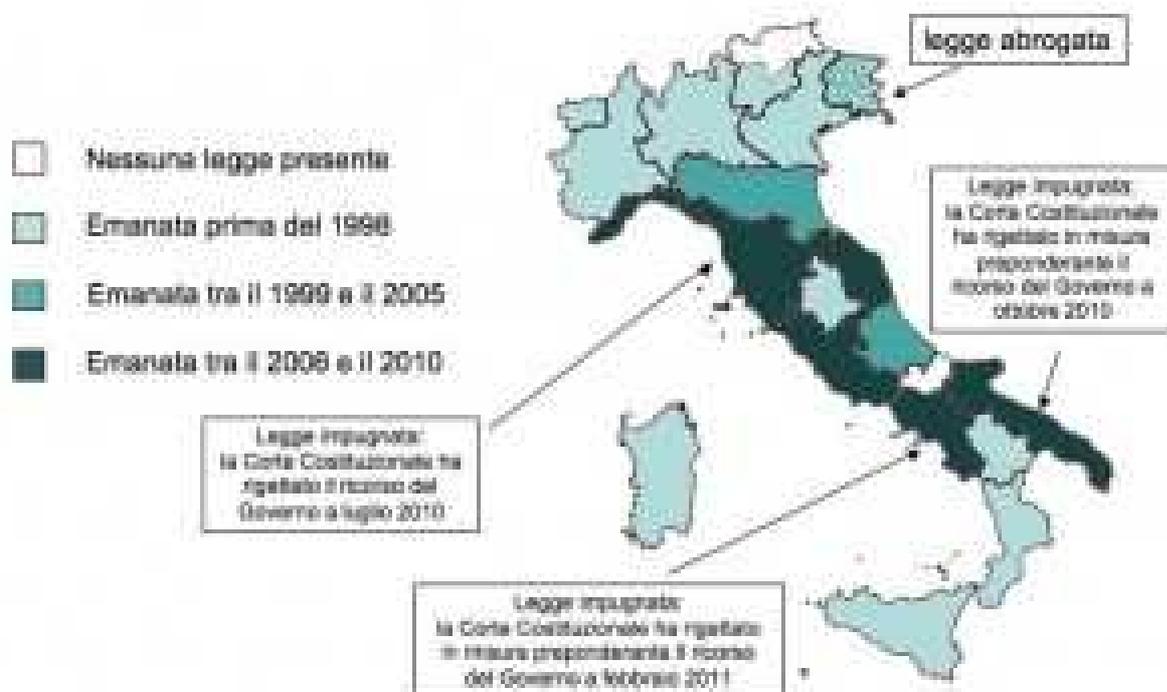
⁴¹ Il presente paragrafo è ripreso e adattato dal report di ricerca Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010

Alcune regioni, infatti, in seguito all'impulso dato dall'approvazione del Testo unico sull'immigrazione verso una maggiore tutela del diritto alla salute per tutti, hanno dato inizio ad un lento ma significativo processo di riformulazione della legge regionale sull'immigrazione (**Figura 1**).

Altre regioni, invece, hanno cominciato a recepire le nuove direttive nazionali soprattutto attraverso iniziative a carattere locale, seppure con tempi e modalità diverse, concretizzatesi in Delibere e Circolari Regionali, ed anche in sezione specifiche all'interno dei Piani Sanitari Regionali e dei Piani e Programmi triennali o annuali sull'immigrazione, atti che presentano comunque ampia varietà di attenzione verso il tema della salute degli immigrati all'interno degli specifici contesti regionali (**Figura 2**).

Figura 1. Leggi locali sull'immigrazione

Leggi locali sull'immigrazione



Fonte: Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010, agg.

Figura 2. Piani sanitari o socio-sanitari locali: attenzione verso gli immigrati



Fonte: Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010

La ricerca svolta ha cercato di descrivere tale variabilità, raccogliendo ed esaminando complessivamente **oltre 700 atti emanati dal 1995 a metà del 2010**, e rispetto ad altre ricerche specifiche del passato[2 , 3], ha introdotto alcune modifiche.

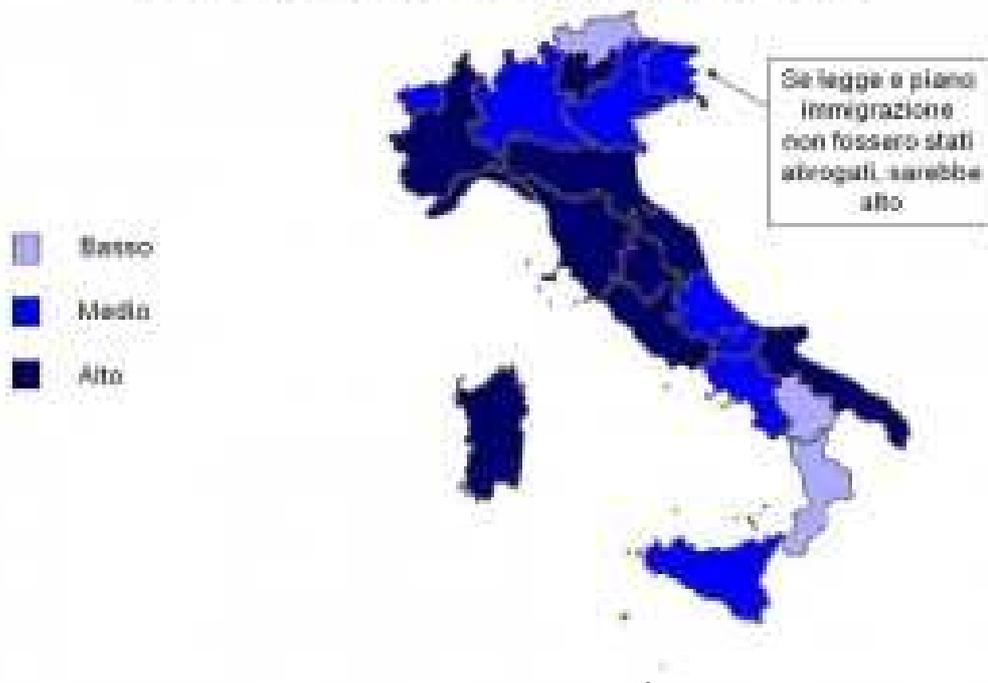
L'aspetto innovativo apportato in questo caso è stato la messa a punto di una metodologia di analisi che ha permesso, attraverso l'identificazione e la combinazione di indicatori chiave che caratterizzano le politiche sanitarie, di comporre due indici sintetici che rappresentano il livello di avanzamento e di impatto delle politiche[4], in modo da poter valutare se le politiche locali

riescono a raggiungere i risultati che esse idealmente si prefiggono, cioè quelli relativi ad una piena inclusione sociale della popolazione straniera.

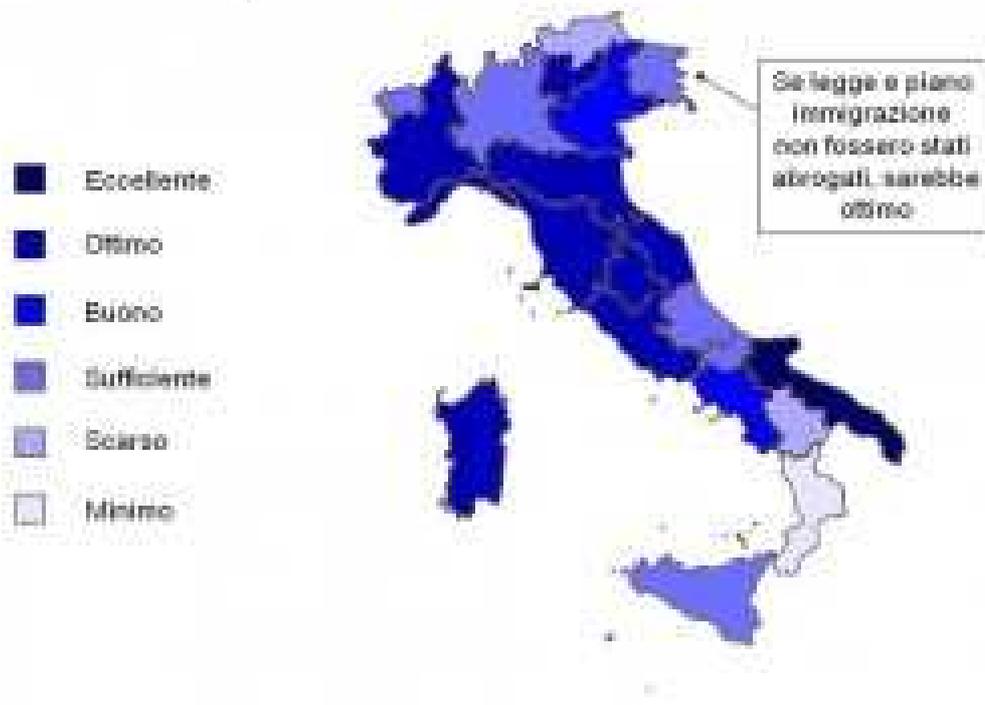
Utilizzando gli indicatori singolarmente, viene di volta in volta a delinearsi un profilo diverso delle realtà regionali, poiché ogni regione può assumere un valore basso rispetto ad una variabile di analisi, e contemporaneamente medio o alto rispetto ad altre. La costruzione dei due indici, però, permette di riassumere tutte le precedenti informazioni, restituendo così una **rappresentazione sintetica del livello complessivo di interesse ed impegno che ciascun territorio rivolge all'assistenza sanitaria per gli immigrati nelle proprie politiche, la cui estrema eterogeneità può indicare la presenza di disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale (Figura 3 e 4).**

Figure 3 e 4. Indici sintetici sulle politiche sanitarie locali

Indice sintetico sul livello di avanzamento delle politiche sanitarie locali



Indice di impatto delle politiche sanitarie locali



Fonte: Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010

È importante ricordare che i risultati ottenuti derivano dalla **lettura ed analisi degli atti formali**: ad una buona capacità di formalizzazione della politica locale in atti normativi e programmatici, rilevata nello studio, potrebbe non corrispondere adeguate prassi nell'assistenza sanitaria agli immigrati a livello applicativo, oppure potrebbe esserci una diffusa attenzione al tema sul territorio al di là degli atti formali stessi.

Inoltre, poiché attraverso questi indici è possibile avere una fotografia della realtà esistente che però non riesce a riferire delle trasformazioni passate ed in atto, è necessario **assicurarne un aggiornamento costante**, almeno annuale, per poterne garantire la validità nel tempo e mantenere la funzione di comparabilità che essi hanno.

Capitolo 5

La salute dell'immigrato uno di studio di caso.

1. Il ruolo dell'identità nella salute del migrante.

Considerare l'identità a livello sociologico è affrontare un aspetto delicato.

Come definiamo l'identità?: *“l'identità nelle scienze sociali non è intesa come un'essenza a cui si accede in isolamento e attraverso l'introspezione, né coincide con quella che gli psicologi chiamano personalità, tratto fortemente individuale. Nonostante la molteplicità di prospettive, esiste un accordo sostanziale sul carattere apparentemente paradossale della nozione di identità . L'identità presenta, infatti, due volti solo in apparenza opposti. Il primo sottolinea l'uguaglianza con gli altri, il fatto di riconoscersi in gruppi sociali che ci trascendono. Il secondo mette in luce la **differenza** dagli altri, cioè gli aspetti che ci rendono persone uniche e irriducibili”* (Sciolla 2002, p.143).

Considerata nel suo insieme l'identità indica la capacità di un soggetto di stabilire una continuità temporale e una consistenza simbolica, nonostante cambiamenti e eventi traumatici che la minacciano. *“Essa svolge una funzione locativa, ossia colloca il soggetto in un sistema di relazioni tracciando dei confini, in questo modo distinguendo tra sé e gli altri, tra noi e loro, e una funzione integrativa in quanti permette di stabilire non solo una discontinuità con l'altro, ma anche una continuità con sé stessi”* (Sciolla 2002, pp.144-143). Il termine Identità è un termine oggi molto usato, spesso anche abusato. Le diverse appartenenze legate alla classe sociale, al genere, all'età si riflettono quasi sempre in un discorso identitario. L'identità personale è sempre anche “sociale” nel senso che è formata da molteplici appartenenze dell'individuo. Ma questo rapporto stretto tra identità e appartenenza è spiegato anche dal fatto che *“l'identità non riguarda solo gli individui, ma anche interi gruppi sociali che accentuano la loro differenza rispetto ad altri gruppi e, utilizzando simboli, linguaggi, rituali particolari, favoriscono il sentimento di appartenenza dei singoli”* (Sciolla 2002, p. 143).

Uno degli aspetti che descrivono il concetto di identità è l'appartenenza “culturale”. Il termine cultura appare a noi familiare e per quanto riguarda la nozione e il significato in sé si ci potrebbe dilungare in innumerevoli spiegazioni che differiscono anche nella traduzione del termine da una lingua ad un'altra.

Quello che ci preme sottolineare è il concetto di cultura come strumento di analisi in quanto in relazione con nuovi contesti storico-sociali.

L'identità "culturale" è uno strumento per esplicitare diversità che nascono da un sentimento di origine comune, ossia l'origine di una comunità e dalla condivisione di elementi di determinato territorio, una lingua e una storia comune.

Oggi la maggior parte dei paesi è caratterizzata da questo tipo di diversità, che costituisce la grande sfida per le democrazie contemporanee. La presenza di flussi di immigrazione esprimono processi di rimescolamento culturale e sociale che acquisiscono fenomeni di discriminazione e intolleranza.

L'immigrato si sottopone a due grandi mutamenti insiti nella sua decisione di "andarsene via": quello del viaggio che comporta non poca fatica, con enormi sacrifici morali e economici, e quello dell'arrivo in terra straniera, dove la sua identità individuale e culturale sarà sottoposta a processi di assimilazione e adattamento nei confronti della nuova cultura del paese di arrivo, ma nella maggior parte dei casi a poca disponibilità di riconoscimento nei loro confronti, della propria cultura di appartenenza.

Con questo non diciamo che ogni volta che si dà il via ad un processo migratorio si vivono discriminazioni, ma che l'etichetta "straniero" rimane fissa sull'identità del migrante.

"Tutte le società producono stranieri: ma ognuna ne produce un tipo particolare, secondo modalità uniche e irripetibili. Se si definisce "straniero" chi non si adatta alle mappe cognitive, morali o estetiche del mondo e con la sua semplice presenza rende opaco ciò che dovrebbe essere trasparente; se gli stranieri sono persone in grado di sconvolgere i modelli di comportamento stabiliti e costituiscono un ostacolo alla realizzazione di una condizione di benessere generale; se compromettono la serenità diffondendo ansia e preoccupazione e fanno diventare seducenti esperienze strane e proibite ; se, in altri termini, oscurano e confondono le linee di demarcazione che devono rimanere ben visibili; se, infine, provocano quello stato di incertezza che è fonte di inquietudine e smarrimento – allora tutte le società conosciute producono stranieri" (Bauman 1999, p. 55). E' la distanza, la poca chiarezza , e visibilità del confine tra il "noi" e il "loro" che fa percepire questa "stranezza" che fa degli immigrati degli stranieri.

2. La presenza degli immigrati in Campania. Caratteristiche socio-anagrafiche

La Campania prima regione del Sud per numero di migranti regolari, mentre Napoli è la 'capitale' del Mezzogiorno per presenze di stranieri. E' la fotografia dei migranti, relativa alla Campania, scattata dal 22esimo rapporto della Caritas-Migrantes, presentato a Napoli nella sede della Curia Partenopea (2012). Sono 194.000 gli stranieri presenti sul territorio campano che rappresentano il 30% di quelli regolari che vivono in tutta la regione e, a Napoli, si concentra il 58% delle presenze. In tutto sono 174 le nazionalità presenti sul territorio. Napoli e la sua provincia catalizzano gran parte del fenomeno migratorio: i cittadini extracomunitari rilevati nella provincia partenopea costituiscono il 26,3% del totale del fenomeno migratorio nell'intero Sud. Segue la provincia di Caserta con il 19,3% delle presenze, e quella di Salerno, con una percentuale di migranti pari al 16,3%. Insieme, le tre province raggruppano il 93,6% del totale campano. Appaiono inferiori, stando al dossier, le presenze di extracomunitari nelle province di Avellino (4,2%) e Benevento (2,3%). Le donne costituiscono il 54,9% degli stranieri regolari e, in questo, la Campania supera la percentuale relativa al Meridione (51,5%) e anche quella nazionale (49,5%). Gli stranieri provenienti da Paesi extracomunitari costituiscono la grande maggioranza delle presenze regolari complessive (circa il 73%). I cittadini originari dei paesi dell'Europa Centro orientale (soprattutto Ucraina, Albania, Russia e Moldavia) rappresentano il 40,3% dei possessori di permesso di soggiorno; il 22,3% arriva dall'Africa, soprattutto dal Nord, da segnatamente Marocco, Tunisia, Algeria; e aumenta il numero di migranti che arrivano dall'Asia, in particolare da Sri Lanka, Cina, India, Filippine, Bangladesh e Pakistan. La quota più rilevante di stranieri regolari lavora nel settore agricolo (19,6%); segue il comparto dell'edilizia (14,9%); quelli impegnati nel settore alberghiero/ristorazione (10,7%); i lavoratori dei servizi alle imprese (8,9%), gli occupati nel commercio all'ingrosso (7,3%) e al dettaglio (5,8%). Secondo i dati Inail, citati nel dossier, nel 2011 gli immigrati occupati netti, cioè quelli che nel corso dell'anno hanno lavorato almeno un giorno, sono stati 127.612 (+ 17.867 unità rispetto al 2010, con un incremento del 14,0%), rappresentando il 9,2% del totale regionale. Il 62,3% degli occupati nel corso del 2011 è stato costituito da lavoratori extracomunitari e il restante 37,7% da lavoratori comunitari o neocomunitari; complessivamente, nel 63,9% dei casi si è

trattato di manodopera europea. Questi lavoratori (per il 58,5% maschi) hanno trovato impiego per il 55,6% nei servizi, per il 27,4% nell'industria e per il 13,4% in agricoltura. Su quest'ultimo fronte, nel dossier viene evidenziato, citando dati di Flai Cgil, che per il 90% dei casi si tratta per lo più di lavoro irregolare nel settore delle filiere agricole e florovivaistiche, con una paga compresa tra i 15 e i 20 euro al giorno. In Campania le situazioni ad alta intensità d'impiego di manodopera irregolare in agricoltura sono soprattutto quelle della Piana del Sele, in provincia di Salerno, e di Castel Volturno e Villa Literno, nel Casertano. Per quanto riguarda, invece, le imprese da loro costituite, secondo Unioncamere-Cna, in Campania, tra titolari, amministratori, soci e altri ruoli in impresa, nel 2011 sono state 11.724 le persone di origine straniera operanti in tali realtà, un valore corrispondente al 38,6% di quello meridionale e al 2,6% di quello nazionale.

Esaminando le provenienze continentali, risultano originari dell'Europa ben il 61,3% dei migranti residenti in Campania (con i neocomunitari che rappresentano il 44,5% del totale continentale). A seguire, con il 18,0% del totale, si trovano i migranti originari dell'Africa (con i maghrebini che costituiscono ben il 69,5% del totale continentale). Subito dopo si posizionano i cittadini originari dell'Asia, che costituiscono il 15,2% del totale: la novità è che i cinesi divengono la prima tra le comunità asiatiche, scalzando gli srilankesi, presenza "storica" in particolare nel territorio partenopeo. Infine, i migranti originari delle Americhe rappresentano complessivamente il 5,3% delle presenze, mentre i cittadini dell'Oceania ed apolidi si dividono il restante 0,2%.

Dall'analisi dei dati relativi alle nazionalità emerge che i tre quarti del fenomeno migratorio in regione è costituito da pochi paesi : Ucraina (22,6%), Romania (16,4%), Marocco (8,3%), Polonia (7,3%), Cina (5,2%), Albania (4,3%), Sri Lanka (4,1%), Bulgaria (3,0%) Algeria e Tunisia (ex equo con il 2%). Il rimanente 25% va suddiviso tra altre 155 nazioni, a testimonianza dell'estrema parcellizzazione delle provenienze. I romeni sono la prima comunità ad Avellino, Benevento, Caserta e Salerno, mentre gli ucraini lo sono del capoluogo partenopeo, ove risiede addirittura il 49,4% del totale regionale di tale collettività. L'esame delle differenze di genere conferma la netta prevalenza di quello femminile (58,3%). Il dato regionale è superiore a quello nazionale (51,3%), e conferma l'andamento degli ultimi anni, rimanendo così costante nel tempo, in

maniera addirittura più accentuata che nel resto del Meridione (dove, comunque, il genere femminile rappresenta il 55,7%).

Il marcato indice di femminilizzazione che caratterizza la Campania si attenua, tuttavia, nelle province di Caserta e di Salerno (al di sotto del 60%), territori in cui è molto richiesto il personale che svolga mansioni pesanti, legate al lavoro dei campi, nell'edilizia e nelle industrie (Dossier Caritas Migrantes, 2010 pp.411-413).

Tab.1 Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2013 per età e sesso: Regione: Campania.

ETA'	MASCHI	FEMMINE	MASCHI +FEMMINE
0-20	16890	15503	32393
21-40	34568	38483	73051
41-60	20245	38143	58388
61-100epiù	2118	4988	7106
Totale	73821	97117	170938

Fonte: *Dati Istat* www.demo.istat.it

3. Lo studio di caso: il P.O. Umberto I di Nocera Inferiore

Prima di addentrarci nello studio di caso è opportuno fotografare la situazione relativa alla popolazione autoctona residente e quella delle presenze dei migranti nella cittadina di Nocera.

Nella tab.2 si può verificare che nel comune di Nocera Inferiore, la presenza femminile è in numero maggiore rispetto a quella maschile, e il gap più consistente è presente nella fascia di età tra i 61 e 100e più dove le donne sono 5705 a fronte dei 4211 presenti uomini.

Nella tab.3 sono riportate le presenze straniere residenti nel comune. Vediamo che, anche in questo caso, la presenza femminile è maggiore, con 586 donne su un totale di 938 residenti extra-comunitari. Inoltre, si nota che, la presenza di donne immigrate ha un età compresa tra i 20 e i 60 anni, quindi, ovviamente, nel pieno dell'età lavorativa, come per gli uomini. Si potrebbe dedurre, infatti, che poche di esse siano qui per ricongiungimenti familiari, ma maggiormente anch'esse per ricercare una posizione lavorativa.

Tab.2 Popolazione residente a Nocera Inferiore al 1 gennaio 2013

<i>ETA'</i>	<i>MASCHI</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>MASCHI +FEMMINE</i>
0-20	5195	4861	10056
21-40	6259	5949	12208
41-60	6458	7098	13556
61-100epiù	4529	5927	10456
Totale	22441	23835	46276

Fonte: Istat www.demo.istat.it

Tab 3 Popolazione straniera residente a Nocera Inferiore al 1 gennaio 2013

<i>ETA'</i>	<i>MASCHI</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>MASCHI +FEMMINE</i>
<i>0-20</i>	<i>98</i>	<i>98</i>	<i>196</i>
<i>21-40</i>	<i>207</i>	<i>251</i>	<i>458</i>
<i>41-60</i>	<i>126</i>	<i>297</i>	<i>423</i>
<i>61-100epiù</i>	<i>16</i>	<i>37</i>	<i>53</i>
<i>Totale</i>	<i>447</i>	<i>683</i>	<i>1130</i>

Fonte: Istat www.demo.istat.it

La ricerca presentata pone in evidenza le difficoltà di insediamento degli immigrati. L'indagine svolta è tesa a verificare quale è la richiesta di assistenza e cure mediche da parte degli extracomunitari. Gli interrogativi posti sono stati:

- 1) In che modo il cittadino immigrato richiede cure mediche nel paese di arrivo, pur avendo un radicamento identitario differente
- 2) Le difficoltà da parte dei medici e degli operatori nei confronti delle cure da prestare agli immigrati.
- 3) Le strategie adottate dagli immigrati durante l'approccio alle cure (reticenza e diffidenza)
- 4) Ricerca di azioni che valorizzino l'operato dei medici e degli operatori, e renda il lavoro più agevole
- 5) Abolizione e facilitazione delle barriere burocratiche nei confronti di queste persone

6) Differenziazione delle presenze tra degenti di sesso femminile e degenti di sesso maschile

7) Percorsi di cura ; nuove figure professionali; malattie più presenti tra gli immigrati

I dati del P.O. Umberto I sono stati raccolti presso la Direzione Sanitaria, rilevati dal data- base della Direzione Amministrativa.

Essi rappresentano le S.D.O (Schede di dimissione Ospedaliera) di migranti che si sono sottoposti alle cure all'interno del P.O. nel 2007- 2010

I reparti presi in esame sono 9 su 19; scelta indotta dalla presenza di degenti di nazionalità straniera. I reparti sono: Medicina Generale, Neurologia, Neurochirurgia, Malattie Infettive, Chirurgia d'Urgenza, Ortopedia, Cardiologia, Nefrologia emodialisi, e Ginecologia e ostetricia.

La ricerca, all'inizio, si è svolta con la raccolta di dati nel padiglione sanitario-amministrativo, con l'aiuto del Direttore Sanitario del P.O., e un addetto alla contabilità. Sono state prese in considerazione le S.D.O di tutti i reparti presenti nel P.O., dell'anno 2010, per estrarne quelle relative a ricoveri di stranieri. Ho ritenuto importante verificare la quantità di presenze maschili a fronte di quelle femminili, dando specifica attenzione alle diverse esigenze tra i due sessi. Naturalmente, quello che si è potuto rilevare è il fatto che le donne hanno una maggior presenza sulla totalità dei ricoveri. Gli uomini, richiedono cure mediche in casi di traumi, infezioni e problematiche cardiologiche, mentre le donne hanno una presenza consistente nel reparto Ostetricia e Ginecologia.

Il presidio ospedaliero di Nocera Inferiore raccoglie una presenza molto cospicua di degenti di provenienza straniera, anche perché si compone di un Distretto che fa capo non solo ai comuni presenti in esso, ma a tutti i paesi dell'agro-nocerino sarnese, essendo struttura di riferimento sia per grandezza sia per qualità che per quantità di servizi offerti.

Distribuzione Comunitaria delle presenze di extra-comunitari ricoverati al P.O. Umberto I nell'anno 2010.

Le cartelle raccolte sono 241 così distribuite:

REPARTO	Maschi	Femmine	Maschi+ Femmine
<i>Medicina Generale</i>	9	6	15
<i>Neurochirurgia</i>	14	13	27
<i>Malattie Infettive</i>	10	3	13
<i>Chirurgia d'Urgenza</i>	3	8	11
<i>Ortopedia</i>	16	23	39
<i>Cardiologia</i>	4	0	4
<i>Neurologia</i>	3	4	7
<i>Nefrologia emodialisi</i>	0	4	4
<i>Ginecologia Ostetricia</i>	0	121	121
Tot.	59	182	241

Su un totale di 182 donne 21 presentano il codice ENI (Europeo Non Iscritto) o S.T.P. (Straniero Temporaneamente Presente), in quanto prive di tessera sanitaria.

Il rapporto tra la richiesta di cura e la presenza di donne extra-comunitarie risulta disomogeneo. La presenza stimata di donne migranti, nel paese dove si trova la struttura ospedaliera, nel 2010 è di 586 donne, distribuite tra i 0 e i 100 anni e più. Mentre dai dati si evince che non si raggiunge neanche la metà di donne che hanno richiesto un aiuto al Servizio Sanitario Locale.

Come già evidenziato in precedenza nel presente lavoro, le donne straniere si rivolgono ai servizi sanitari per gravidanze, IVG (interruzione volontaria di gravidanza), in grossa misura tra donne molto giovani, nella fascia di età che va

dai 18 ai 21 anni. Questo conferma il fatto che, vi è una scarsa cultura contraccettiva e un forte di disagio sociale, del resto questo dato locale non è in controtendenza con i dati nazionali (Fazio, 2010, Rapporto ministero della salute, 2013).

Successivamente alla rilevazione del dato statistico, si è proceduto con il metodo di rilevazione qualitativo mediante l'organizzazione di dei focus group, la scelta e la composizione dei focus è stata autoselettiva, poiché dal dato emergente dall'analisi delle SDO si è potuta rilevare la presenza degli stranieri nell'anno 2006 – 2010 in particolare in quattro reparti, nei quali si è registrato il maggior numero di utenti migranti per ricoveri sia programmati⁴² sia non programmati.

I reparti considerati sono : Ortopedia, Ginecologia e Ostetricia, Neurochirurgia, e Malattie Infettive⁴³.

4. L'assistenza sanitaria nel Presidio Ospedaliero Umberto I

Per spiegare quello che è lo stato di salute degli immigrati nell'Agro Nocerino abbiamo preferito fare un breve excursus di quelle che sono state le politiche socio – sanitarie nel Paese e tutte le leggi regionali e le deliberazioni di giunta a favore degli extra – comunitari. A questo punto si è proceduto mediante l'osservazione nonché la raccolta dati di uno dei presidi ospedalieri L'Umberto I di Nocera Inferiore. La scelta non è stata casuale in quanto negli ultimi anni l'immigrazione nel territorio limitrofo alla cittadina è diventata un fenomeno in progressivo aumento e ha posto, dunque, la necessità di adeguare l'organizzazione dei servizi e le professionalità a nuove richieste e, quindi, anche a nuovi approcci rispetto alle modalità di trattamento sanitario verso questi soggetti.

⁴² Day Hospital: ricoveri programmati, dove il degente decide, sotto la supervisione del medico di fiducia, si sottoporsi a serie di esami, o interventi chirurgici ambulatoriali.

⁴³ La lettura dei focus viene riporta in appendice, naturalmente non ha alcuna significatività per le molteplici difficoltà incontrate dal ricercatore nella conduzione e svolgimento dei medesimi, pertanto questi incontri sono stati più che altro momenti nei quali il ricercatore ha potuto fare osservazione partecipante con la quale è giunto poi alla stesura e alle conclusioni del presente capitolo.

Alcuni aspetti che la ricerca ha osservato sono stati non solo il continuo incremento delle prestazioni che ha avuto una notevole crescita dal 2006 a oggi, ma si è rilevato un altro dato significativo che è la difficoltà degli operatori di entrare in relazione con lo straniero che molte volte si reca presso la struttura sanitaria.

Facendo una distinzione e procedendo su due strade parallele, proviamo a dare una prima lettura del dato rispetto a quello che dicevamo essere l'incremento delle richieste, delle domande da parte degli stranieri al presidio ospedaliero dal 2006 ad oggi. La prima cosa che risalta è come gli anni 2006 e 2007 abbiano visto, in valore assoluto, un totale di accessi pari a 7 unità nella prima annualità, 6 in regime di ricovero ordinario e 1 in day – hospital, mentre è di 33 unità nell'anno precedente: di cui 9 in regime di day – hospital e di 24 in ricovero ordinario. Continuando l'analisi del dato è possibile giungere ad una prima riflessione scoprendo come questo valore quintuplica nell'anno 2009, gli accessi degli immigrati nell'ospedale di Nocera diventano 166, per poi arrivare nell'anno 2010 ad un aumento del dato con 241 unità.

Qual è la prima osservazione? La prima osservazione è che, probabilmente, c'è un po' da ricredersi sulla disinformazione dell'immigrato rispetto alla questione salute. Siamo stati spesso abituati a credere che l'immigrato non si rivolge al presidio ospedaliero, o comunque ad una struttura sanitaria, per paura di essere, poi, immediatamente identificato, soprattutto se irregolare. Questo pare non essere confermato dai dati osservati rispetto alla struttura in questione, perché la Legge n. 40 del '98 prevede una prima modificazione rispetto al trattamento sanitario dell'immigrato.

Infatti si rileva che in una prima fase l'immigrato può essere particolarmente riluttante nell'avvicinarsi ai servizi, ma con il tempo prevale la volontà di interagire positivamente con le organizzazioni sanitarie, e viceversa aumenta anche la capacità del sistema sanitario del paese ospitante di adattarsi a questa nuova utenza. I due atteggiamenti più diffusi tra gli immigrati nei confronti dei servizi sembrano essere: da una parte, la non conoscenza del servizio, delle caratteristiche e funzioni, dall'altra, la personalizzazione del servizio che viene riconosciuto e identificato attraverso l'operatore con il quale si è entrati in contatto per la prima volta. Un altro atteggiamento abbastanza diffuso, sembra essere quello della sopravvalutazione del servizio, il ritenere cioè, che se un

servizio è stato in grado di dare risposta ad un bisogno, lo stesso servizio possa risolvere anche altri problemi (Favaro,1998, 154).

Altro dato interessante è relativo ad un decremento di quegli immigrati senza fissa dimora, questo dato valutato sempre relativamente agli accessi presso il presidio ospedaliero preso in osservazione.

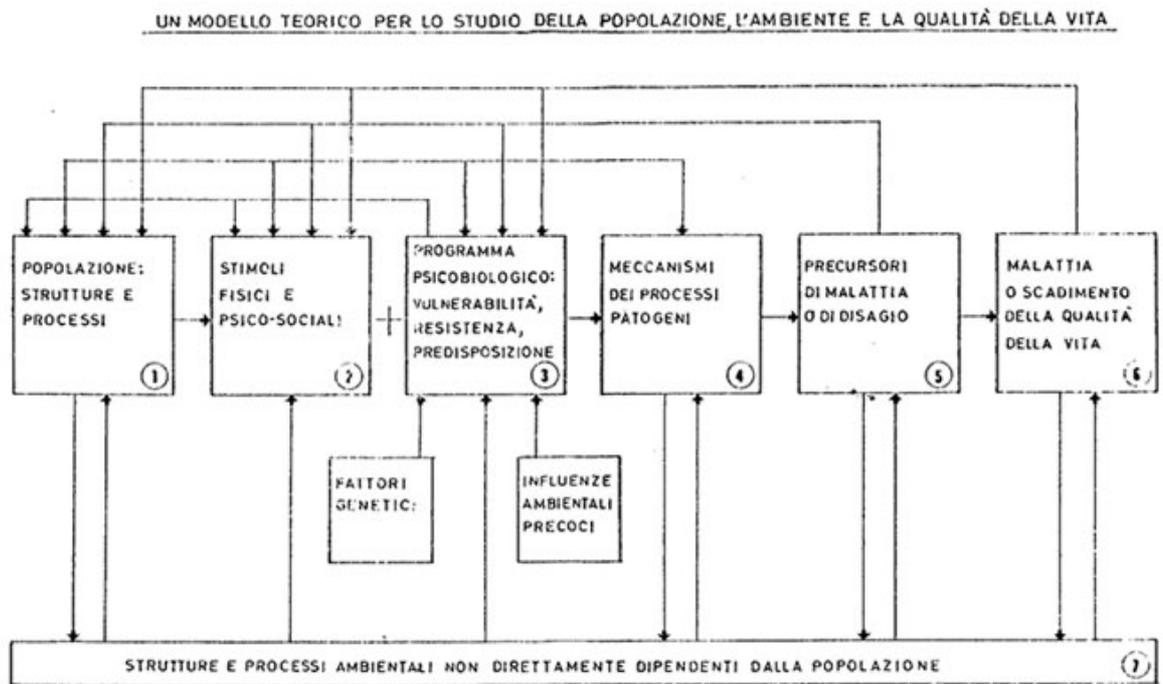
Fino al 2000 c'è un numero di senza fissa dimora che si reca in ospedale abbastanza significativo pari a 10 unità, in termini assoluti, fino a diminuire e ad arrivare ad uno nel 2009. Questo dovrebbe farci pensare a tutte quelle prestazioni relative alle abitazioni discusse precedentemente relativo a quella che è la rappresentazione sociale che l'immigrato ha di se stesso e, quindi, al fatto che è pur vero che ci sono delle nazionalità, delle etnie che non considerano rilevante le abitazioni ma probabilmente, una volta che è avvenuto quel processo di trasformazione nei soggetti provenienti dall'estero, l'abitazione diventa un qualcosa che entra a far parte di quella che è la cultura acquisita nel paese ospitante.

Un dato importante rispetto alle questioni sanitarie che emergono è quello relativo al fatto che il 32% dei soggetti regolari nel territorio nocerino ha trovato assistenza sanitaria proprio presso questo presidio ospedaliero.

Va precisato che gli accessi che noi abbiamo verificato sono accessi di stranieri che non hanno poi avuto un secondo ricovero per cui siamo stati attenti a non ripetere più volte la stessa persona considerandola un ingresso, prestazione nuova. Guardando il panorama nazionale, rispetto alle prestazioni sanitarie, c'è una rispondenza rispetto a quelle che sono le maggiori richieste e quindi le maggiori prestazione che il presidio sanitario fornisce allo straniero. Ci troviamo di fronte alla richiesta di parti cesari, trattamenti di tipo ginecologico, interruzioni di gravidanza, sia volontaria che involontaria. Tra le patologie emergono quelle che troviamo anche a livello nazionale: problemi epatici, problemi legati alle articolazioni e alle ossa.

La migrazione comporta spesso dei rischi per la salute del soggetto immigrato, e può determinare l'insorgere di disagi psico-fisici. Il cambiamento legato al passaggio da una società in cui si è culturalmente integrati, ad una società in cui vi sono infiniti elementi di diversità, di novità, crea uno stato di fragilità nell'individuo (Demetrio, Favaro,1990, 234). Non è casuale che si sente spesso parlare di effetto migrate sano, proprio perché l'immigrato che arriva dal proprio

paese si ammala, entrando in contatto nel paese che lo ospita con una serie di fattori ai quali il suo organismo non è abituato. Per comprendere quali possono essere le cause che determinano un problema di salute, riproponiamo lo schema di Lennard Levi nel quale sono illustrate le relazioni tra le modificazioni nella struttura dell'emigrante indotta dalla migrazione, e le caratteristiche proprie dell'individuo tenendo conto dell'influenza dell'ambiente.



L'emigrazione determina stimoli fisici e psico-sociali che intervengono sugli individui.

A questi stimoli si sommano le caratteristiche fisiche e psichiche proprie di ciascun individuo, le quali sono determinate dai fattori genetici e dalle influenze ambientali precoci. Dall'unione di tutti questi fattori nasce il programma socio-psico-biologico che determina la vulnerabilità, la resistenza e la predisposizione dell'individuo a reagire ai vari stimoli incontrati nel processo migratorio. Queste reazioni possono essere delle anticipazioni di malattia o di disagio, che potranno trasformarsi o no in malattie manifeste. Le variabili interagenti, con il tempo, possono facilitare l'insorgere di una malattia, e in questo caso sono dette predisponenti, proprio perché predispongono un individuo ad "ammalarsi". Lo schema proposto è di tipo ecologico, in quanto prova a spiegare il fenomeno dell'immigrazione nel quadro dei rapporti tra individuo e ambiente.

Alcuni studi hanno mostrato che l'intensità e la frequenza dei cambiamenti di vita fanno aumentare il rischio per la salute dell'individuo. Spesso l'intensificazione e l'esposizione dell'individuo immigrato ad una serie di piccoli e grandi cambiamenti nello stile di vita provocano un senso di confusione e di smarrimento che seppure non verbalizzate, si manifestano in sintomi somatici. La malattia si manifesta, in questo caso, come la manifestazione di un "crollo psicologico". Possiamo perciò dedurre facilmente che le patologie più tipiche del soggetto immigrato sono quelle da "adattamento", e da "sradicamento". I problemi di adattamento sono causati da eventi quali il dolore per la separazione dalle figure parentali, la nostalgia per il paese d'origine, lo stress provocato dall'evento migratorio, l'ansia per l'ignoto, l'estrema condizione di vulnerabilità, ecc. Le forme nelle quali lo straniero può manifestare il disagio sono diverse:

- Patologie psicosomatiche
- Forme di depressione mascherata
- Ansia somatizzata
- Forme di inibizione temporanea dell'azione
- Forme di strutturazione nevrotica

A mano a mano che l'individuo si sforza di adattarsi al nuovo ambiente, i sintomi possono modificarsi e anche, con il tempo, attenuarsi. I problemi dello sradicamento consistono in una vulnerabilità fisica di fronte alle aggressioni degli eventi quotidiani. Lo sradicamento viene vissuto dal soggetto come una perdita del suo universo di vita abituale e produce una condizione di insicurezza che possono essere non facilmente controllabili e permanere nel tempo. Esso genera fragilità fisica e psichica nell'individuo, che non ha più punti di riferimento, e manca delle principali regole di vita nella nuova società. L'emigrante, nella nuova realtà, deve ricercare un nuovo equilibrio, ed assumere il controllo della nuova situazione fisica, climatica, psicologica, culturale oltre che lavorativa, abitativa, e sociale. Lo sradicamento può rappresentare la vera causa dello stato di sofferenza, di disagio, e di malattia del migrante.

Le tensioni, insieme alla non conoscenza linguistica e alla diversità di tradizioni e abitudini, diventano potenti fattori di rischio. Esse si esasperano nel periodo infantile e adolescenziale dei giovani migranti, in particolare nei ragazzi della seconda generazione, che spesso appartengono a due culture in conflitto tra loro, perché non riescono ad identificarsi con nessuna delle due.

Ecco perché tra le indicazioni dei primi dieci posti sia a livello nazionale che nello specifico del nostro campo di indagine al terzo posto si presentano le malattie di carattere neuro-psichiatrico.

Il grado di istruzione in questi pazienti osservati è medio e per ciò che attiene lo stato civile risultano quasi tutti coniugati, altra particolarità è la maggiore richiesta di assistenza sanitaria da parte delle donne. La distribuzione calcolata sul numero totale delle prestazioni sanitarie effettuate dal Presidio Ospedaliero verso e per gli immigrati, riguardo alle etnie fa registrare la presenza verso il presidio di un 28.7% di ucraini, 25% di rumeni, 15% marocchini, 6,64% bulgari, 5,81% polacchi, 3,32% albanesi e cinesi, 1,66% indiani, 1,25% algerini e tunisini, altre nazionalità tra lo 0,83% e lo 0,41% (argentina, capo verde, repubblica ceca, repubblica dominicana, cuba, Georgia ecc.)

Nazionalità	N.	%
Ucraina	69	28,7
Romania	60	25
Marocco	36	15
Bulgaria	16	6,64
Polonia	14	5,81
Albania	8	3,32
Cina	8	3,32
India	4	1,66
Algeria	3	1,25
Tunisia	3	1,25
Argentina	1	0,41
Capo Verde	1	0,41
Rep. Ceca	1	0,41
Rep. Dominicana	1	0,41
Serbia Montenegro	1	0,41
FED. Russa	2	0,83
Lettonia	1	0,41
Nigeria	2	0,83
Georgia	2	0,83
Cuba	2	0,83
Bielorussia	2	0,83
Senegal	1	0,41
Canada	1	0,41
Bangladesh	2	0,83
Moldavia	1	0,41
Sri Lanka	1	0,41
Totale	241	100%

5. L'inserimento sanitario del paziente immigrato

L'immigrato tende a vivere nel luogo che lo ospita passando il più possibile inosservato, cercando di essere uno tra loro, ossia la popolazione autoctona. Sono solo gli "incidenti critici", tra cui la malattia conclamata, che lo costringono ad uscire dal suo isolamento per avvicinarsi al sistema dei servizi sanitari; solo quando l'immigrato non può farne più a meno si rivolge alle strutture sanitarie. Questo momento viene ritardato il più possibile, sia perché lo stato di malattia è rifiutato dall'immigrato, in quanto determina il crollo del progetto migratorio, sia perché l'avvicinarsi al sistema sanitario comporta molte difficoltà, tra le quali quelle culturali.

L'emigrato esperisce una strana situazione: non può ammalarsi perché ciò precluderebbe il raggiungimento degli obiettivi del suo progetto migratorio, ma dall'altra parte il suo vivere da migrante può portarlo ad una situazione di malattia che sarà negata e allontanata il più possibile, oppure distorta. Diversi sono i motivi per cui l'immigrato stenta a rivolgersi ai servizi sanitari; oltre a quelli presi comunemente in considerazione come l'età, il sesso, lo status socio-economico, e il grado di istruzione, se ne aggiungono altri propri della condizione di un individuo immigrato. Lo straniero, ad esempio, stenta a riconoscersi come soggetto avente diritto alla cura presso una struttura sanitaria del paese ospitante, e si rivolge in prima istanza a referenti esterni alla struttura, come gli amici, i connazionali, o il nucleo familiare. Altre variabili che incidono sull'uso dei servizi, sono rappresentate dalla cultura che il soggetto ha riguardo la salute e la malattia, dalla diversità del sistema sanitario, e dalla rete di relazioni in cui l'individuo è inserito, al pudore di mostrare il proprio corpo.

I fattori che determinano e condizionano i comportamenti degli individui nel campo della salute, l'uso e il ricorso ai servizi, sono riconducibili a vari modelli interpretativi che comprendono più livelli, tra i quali: quello fisico, quello individuale e collettivo, quello ambientale e relazionale, ecc...

La teoria sociologica ha elaborato tre modelli esplicativi dell'uso dei servizi sanitari:

- Il Modello di Freidson: si basa sulla rete familiare e amicale dell'individuo, la quale incide producendo un flusso di informazioni per influenzare il soggetto ad utilizzare i servizi. Si verificheranno tre diversi comportamenti: il primo si

sviluppa in presenza di una struttura di riferimento coesa in cui la cultura del gruppo è molto diversa da quella dei professionisti. In questo caso si determinerà un basso utilizzo dei servizi. Il secondo comportamento, invece, si sviluppa in presenza di una struttura di riferimento non omogenea, e in cui la cultura del gruppo è simile oppure diversificata da quella dei professionisti: in questo caso il livello di utilizzazione dei servizi è medio. Il terzo comportamento, infine, si sviluppa quando la cultura del gruppo è omogenea con quella dei professionisti, e la struttura di riferimento del soggetto è coesa: in questo caso l'utilizzo dei servizi sarà alto.

- Il Modello di Tipo Economico: questo modello si basa sull'ipotesi che le differenze da parte degli individui nell'uso dei servizi dipendono dalle risorse economiche a loro disposizione. Tale modello ha avuto una notevole fortuna negli Stati Uniti, dove il sistema sanitario è prevalentemente privato. Il limite di questo modello tuttavia è riconducibile al fatto che non prende in considerazione altre variabili che influiscono sull'uso dei servizi, come quelle di tipo sociale e culturale.

- Il Modello di Andersen, Smealby, E Anderson: questo modello si basa invece sui fattori predisponenti all'uso, sui fattori abilitanti, e su quelli di bisogno. Per fattori predisponenti si intendono l'età, la dimensione e composizione della famiglia, il sesso, ecc...I fattori abilitanti invece sono quelli che abilitano all'uso, e tra questi troviamo le caratteristiche individuali, lo status socio-economico, e la disponibilità da parte dei servizi. Per fattori di bisogno si intendono quelle variabili legate allo stato di salute delle persone, alla percezione soggettiva della salute, e alla modalità con cui si presenta la malattia.

Secondo questo modello, quindi, l'elemento principale che incide sull'utilizzazione dei servizi è lo "stato di salute" percepito dal soggetto.

Fra le variabili che determinano l'uso e il ricorso ai servizi c'è sicuramente l'appartenenza di genere: è stato dimostrato che le donne più degli uomini ricorrono all'uso dei servizi sanitari. Questo succede anche tra le donne immigrate le quali cercano di accedere alle strutture sanitarie pubbliche per salvaguardare la loro salute e quella dei figli. E' stato verificato, quindi, che la donna ricorre al sistema dei servizi più dell'uomo, e sono state formulate diverse ipotesi a riguardo:

1. la prima sostiene le cure sono accettabili culturalmente per le donne

2. la seconda evidenza, invece, come il ruolo di malato sia maggiormente compatibile con gli altri ruoli di “cura” assunti dalla donna nell’ambito della vita familiare, piuttosto che con i ruoli maschili.
3. la terza, infine, sostiene che la donna ricorre più spesso ai servizi per il fatto che i ruoli sociali che le sono affidati sono meno gratificanti e più stressanti di quelli maschili, e quindi provocano frequenti stati di malattia.

6. Osservazioni conclusive

In questo quadro emerge la necessità di una politica di sviluppo di figure professionali che aiutino i professionisti medici e sanitari nella comunicazione con gli stranieri.

Tutte le persone incontrate durante lo svolgimento dei focus hanno riportato la necessità di un maggiore intervento da parte dei mediatori culturali e di una più specifica competenza da parte degli operatori a poter lavorare con questi pazienti. Questo dato è presente anche in letteratura. Le difficoltà di mediazione che si affrontano nel lavoro di cura nei confronti dei migranti, pone in evidenza la “reticenza” che traspare nei colloqui tra mediatrici e pazienti. Ciò a dimostrare che esiste appunto una difficoltà relazionale tra paziente e medico che ha bisogno di una sorta di “educazione linguistica”. La questione della interculturalità è pertanto una chiave interpretativa per la risoluzione di alcuni dei problemi nella comunicazione medici autoctoni pazienti migranti. L’interculturalità, pertanto, diviene una risorsa relazionale.

Nella comunicazione medico paziente il più delle volte perché la terapia abbia buon fine, bisogna che si instauri un clima di fiducia.

Con pazienti stranieri lo scambio di comunicazioni diviene difficile a causa dell’ostacolo linguistico, ecco perché a far fronte a questo problema dovrebbe esserci di supporto il lavoro di un mediatore culturale.

La funzione del linguaggio, nel rapporto terapeutico, è di fondo il pilastro portante perché il lavoro del medico venga compreso dal paziente in tutte le funzioni e prassi. Anche la somministrazione di un farmaco, se non spiegata nel modo adeguato può compromettere l’operato terapeutico.

Di contro vi è anche la possibilità che mancando comprensione, si alimentino paure, pregiudizi e soprattutto una certa reticenza da parte del paziente straniero nei confronti di medici e infermieri. Nella ricerca da me affrontata nei reparti del P.O. Umberto I ho più volte avuto modo, attraverso i focus , di verificare questo “fastidio” da parte dei medici, che hanno sottolineato l’esigenza di persone che facciano da tramite e supporto ai cittadini extracomunitari, ancora non del tutto naturalizzati al paese di arrivo. “La pratica della mediazione ha origine nel tentativo di elaborare un modo efficace, e alternativo rispetto a quello giuridico, di gestire i conflitti (Bush, Folger, 1994), facilitando la comunicazione tra le parti. Nel caso dei servizi sanitari, però, raramente un paziente migrante entra in

conflitto aperto con il medico; in questo contesto, la mediazione ha molto più spesso la funzione di gestire una relazione efficace per la cura, anziché un conflitto aperto. Del significato originario di mediazione, rimane l'idea che si tratti di *facilitazione* della comunicazione tra due parti (medico e paziente). Questa facilitazione presenta due aspetti fondamentali.

Anzitutto, si tratta di una facilitazione *linguistica*. Nella comunicazione tra medico e paziente ha un'importanza fondamentale la comprensione della lingua: il mediatore è molto spesso chiamato in servizio per tradurre, in situazioni che vedono la compresenza di un medico e di un paziente con limitata, o nulla, conoscenza della lingua del medico. La traduzione permette a medici e pazienti di partecipare alla comunicazione, assicurando una comprensione reciproca. Poiché la traduzione regola i tempi, i modi e le possibilità di partecipazione all'interazione da parte degli interlocutori principali, nel tradurre il mediatore svolge anche un ruolo di coordinamento della relazione tra medico e paziente. In secondo luogo, la facilitazione linguistica permette di trattare nella comunicazione anche le identità e le differenze culturali. La comprensione linguistica permette di:

- 1) approfondire i presupposti taciti della comunicazione che dipendono dalle diverse culture di appartenenza dei pazienti;
- 2) trattare problemi culturali che possono interferire con la cura medica (ad es. i vincoli alle visite che riguardano le donne pazienti, le abitudini alimentari, le terapie che appartengono a tradizioni diverse da quella medica predominante, i possibili significati difforni assegnati alle malattie). Proprio perché il passaggio da una lingua all'altra consente anche il trattamento di identità e differenze culturali parliamo di mediazione interlinguistica ed interculturale.

La mediazione interlinguistica ed interculturale è una pratica diffusa anche nei servizi pubblici italiani, da molti anni oggetto di studio per sociologi, antropologi e pedagogisti, che si impegnano nel descriverne le funzioni e nel definire requisiti professionali dei mediatori (Aluffi Pentini, 2004; Luatti, 2006; Tognetti Bordogna, 2008). Johnson e Nigris (2000, pp. 373-4) offrono una concettualizzazione dei significati e delle funzioni della mediazione interlinguistica ed interculturale che, alla luce della letteratura da noi esaminata, rappresenta le più diffuse posizioni tra gli studiosi:

Le esigenze di mediazione interculturale si presentano quando persone appartenenti a culture diverse si trovano coinvolte in attività comunicative

reciproche che hanno luogo in contesti istituzionali dove è evidente uno squilibrio di potere, e che coinvolgono appartenenti a una cultura dominante e membri di culture minoritarie nei confronti dei quali la maggioranza sviluppa pregiudizi e/o stereotipi.

Il mediatore è quindi talvolta chiamato ad assumere il ruolo di *avvocato* difensore dell'utente migrante, schierandosi a fianco della parte considerata vulnerabile sia per limitate risorse linguistiche sia per poca abitudine a utilizzare i servizi pubblici. Allo stesso tempo, si chiede al mediatore di assumere il ruolo di *arbitro*, collocandosi nel mezzo tra le parti per conciliare bisogni, preoccupazioni, incertezze dell'utente migrante e necessità tecnico/burocratiche del servizio pubblico (Giaccardi, 2005).

Diversi studiosi criticano questa concettualizzazione dei significati e delle funzioni della mediazione. Se Favaro e Fumagalli (2004) evidenziano l'ambiguità di una mediazione chiamata a conciliare le parti e a intercedere a favore di una delle parti, anche gli stessi ruoli di arbitro e di avvocato sono stati oggetto di critica. Ceccatelli Gurrieri (2003) evidenzia che il ruolo di arbitro incarna un'idea riduttiva della mediazione soprattutto in contesti, come quello socio-sanitario, nei quali il mediatore è chiamato a ricoprire funzioni importanti di assicurazione, le quali richiedono l'approfondimento delle preoccupazioni dell'utente migrante, anche se ciò potrebbe comportare la rinuncia a posizioni di neutralità. In merito al ruolo di avvocato, Belpiede (2002) evidenzia il prodursi di dipendenza dell'utente migrante dal mediatore e il rischio che l'esercizio della funzione di avvocato-tutore da parte del mediatore polarizzi le differenze tra le parti, quindi il loro irrigidimento su posizioni contrapposte.

Gli studi che criticano l'ambiguità della concezione della mediazione interlinguistica ed interculturale come pratica di conciliazione tra le parti e di tutela di una parte propongono una forma di mediazione sensibile verso le asimmetrie di potere ma che non pretenda di sostituire l'utente migrante nelle interazioni in cui si concretizza l'accesso al servizio. In questa prospettiva, l'obiettivo della mediazione è sostenere l'*empowerment* dell'utente migrante, affinché apprenda a utilizzare al meglio le informazioni che riceve dall'operatore del servizio pubblico e ad adottare le strategie più efficaci per risolvere autonomamente i propri problemi.

La letteratura italiana che abbiamo esaminato si impegna nel descrivere le funzioni e nel definire requisiti professionali e linee guida deontologiche dei mediatori (si vedano ad esempio Aluffi Pentini, 2004; Belpiede, 2002; Favaro, Fumagalli, 2004; Johnson, Nigris, 2000; Luatti, 2006). Tuttavia, la definizione degli obiettivi della mediazione e del ruolo del mediatore non è sostenuta dalla discussione di pratiche concrete di mediazione. In generale, la metodologia degli studi italiani sulla mediazione si basa su interviste e questionari che non rappresentano strumenti di ricerca sufficienti per un'analisi empirica della mediazione. Infatti, interviste e questionari riportano le rappresentazioni del proprio ruolo da parte dei mediatori, piuttosto che le forme in cui questo ruolo si manifesta concretamente. Più interessate alla concretezza delle pratiche di mediazione interlinguistica ed interculturale sono ricerche prodotte in area anglosassone e scandinava. L'apporto più rilevante di queste ricerche, che utilizzano l'analisi di interazioni trascritte integralmente e in modo dettagliato, consiste nell'aver portato alla luce come i mediatori influenzino l'andamento dell'interazione, all'interno della quale sono gli unici partecipanti in grado di controllare tutti i contenuti linguistici" (Farini, 2012, pp. 60-61).

Quindi si può arrivare alla conclusione che il mediatore ha bensì funzione rilevante, ma anche funzione di controllo e "interprete" del soggetto che deve essere curato.

In conclusione la cura medica nella nostra società tardo moderna, sta acquisendo un significato che non si restringe solo alla risoluzione di problemi meramente di salute, ma deve far fronte anche alla tutela del benessere del sociale ed emotivo del paziente. A fronte di ciò, la comunicazione è e rimane la strada perché si instauri un rapporto di fiducia tra pazienti e medici, che renda più specifico e mirato il rapporto di cura. Le barriere linguistiche, come abbiamo visto hanno riflessi sul rapporto di cura nei confronti del degente migrante, ma si ripercuote anche sul lavoro del medico che subisce gli effetti negativi dell'interpretazione distorta. Barriere che rendono difficile anche l'apprendimento di informazioni da parte dei migranti sul funzionamento dei servizi. Nel dialogo transculturale si riconosce ad entrambe le parti un duplice ruolo, sia di soggetto che di oggetto, all'interno della relazione di cura. Con competenze e risorse diverse sono entrambi artefici del processo di diagnosi e di terapia, entrambi imparano, entrambi sono modificati uno dall'altro. Il dialogo transculturale non è solo un

insieme di buone norme per l'umanizzazione delle cure, è un elemento decisivo per l'efficacia della cura. Mazzetti riflette su come: "L'incontro, a volte lo scontro, con pazienti che vengono da altri mondi ci costringe a metterci in discussione, a rivedere il modo di operare un po' impigrito, per accorgerci che la diagnosi e la cura sono costituiti dalla percezione soggettiva della malattia o del bisogno, dai riferimenti culturali, dalle emozioni, dalle risorse del paziente.

	Medico	Paziente
1°fase esotismo	Sindrome di Salgari: alla ricerca di malattie esotiche	Sindrome da General Hospital: ogni malattia viene curata con la più grande competenza ed efficacia tecnologica, in tempi rapidi ed in modo definitivo.
2°fase scetticismo	"Questo non ha niente. Mi fa solo perdere tempo"	"Questo medico non vale niente. Mi cura male perché sono straniero."
3°fase criticismo o dell'incontro	Essere consapevole dei pregiudizi e superarli Porre attenzione alla relazione operatore-paziente	Accettare i limiti del medico e della medicina Comprendere cosa è realisticamente possibile ave

Fonte: M. Mazzetti, 2003 *Il dialogo transculturale*

Dall'analisi della ricerca condotta si può notare che la questione dell'identità del migrante è un punto cruciale di tutte le problematiche d'insediamento con le quali si scontrano gli stranieri nel paese di arrivo. Tra queste risulta centrale la salute che non è solo un costrutto culturale, sociale ma anche identitario. Il migrante vede la sua salute, come fatto sociale proprio della sua identità. Così come la visione del corpo, la comprensione di salute e di malattia.

La percezione di sé stessi nel mondo occidentale è individuale: rispetto al sesso, al lavoro, al carattere, alla capacità individuali, ai pregi e difetti personali, ai beni posseduti. In molte culture non è così: la percezione del sé è legata al gruppo a cui si appartiene, tanto che si parla di "Io di gruppo": "Io non sono io se non in rapporto al ruolo nel mio gruppo di appartenenza, alla mia famiglia, al mio clan". Per alcune comunità di immigrati questo concetto risulta particolarmente importante.

Ad esempio l'importanza della dimensione sociale, interpersonale e relazionale è fondamentale nelle società africane e tale caratteristica va tenuta presente per le comunità in immigrazione. In alcune culture la persona si identifica con il corpo: "io sono io, sono questo corpo che sente, fa, pensa".

Una identificazione profonda con il proprio corpo porta ad avvertire delle modifiche non più controllabili anche sul piano psicologico e sociale ed indurre disagi assai più profondi del malessere fisico.

Il corpo diventa il luogo non solo del malessere fisico, ma anche del disagio psicologico. Anche un problema sociale, in famiglia o nella comunità può essere espresso attraverso il corpo ed avere ripercussioni importanti sul piano dell'identità. Esiste anche un concetto di dis-identità che riassume i cambiamenti identitari della persona in ambito temporale, spaziale, relazionale.

Le persone non hanno un'identità immutabile e fissa per sempre: ognuno di noi è costantemente impegnato in una rielaborazione del proprio modo di vedere sé stessi.

La salute può considerarsi un fatto sociale totale in quanto condiziona l'esistenza dell'individuo, la sua vita sociale, la sua vita familiare e lavorativa.

I determinanti di salute, come abbiamo già detto, costituiscono i pilastri sui quali si costruisce la salute dell'individuo. Quando viene a mancare uno solo di questi determinanti⁴⁴, la salute dell'individuo viene messa a rischio, ma in questo caso, e

⁴⁴ Capitolo 3, par. 5

come si è potuto dimostrare dall'espressioni dei medici durante i Focus Group, si mette a rischio anche la salute della comunità circostante.

Il *benessere totale* è dato dal riflesso del benessere di ogni singolo individuo. Quando uno di questi vive in condizioni precarie e disagiate, rende precaria anche la salute della comunità in cui vive. Ecco perché in più punti, durante i focus viene sottolineata l'esigenza di seguire l'immigrato anche fuori dall'assistenza sanitaria, in quanto più di una volta le condizioni di disagio in cui vive, si ripercuotono sull'esito delle cure a lui prestate. L'educazione all'accesso alle cure è un punto importante ; l'immigrato insediato, deve conoscere come rivolgersi al medico di base, come approcciarsi al Servizio Sanitario Locale, senza utilizzare in maniera distorta e creando disagi, l'unità operativa del Pronto Soccorso.

La salute dell'immigrato è una misura di integrazione sociale e per questo motivo deve essere oggetto di collaborazione tra Ministero della Salute, intero Servizio Sanitario Nazionale, nonché tra Regioni e Province autonome italiane. E' proprio su questo fronte un altro punto importante, è la disomogeneità nell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria ai cittadini stranieri.

Si è cercato di evidenziare come in più aree, ognuna significativa e decisiva per la vita dei soggetti, sia necessario promuovere attività di inclusione che nello stesso tempo, per il carattere che hanno, sono in grado di approfondire il significato e l'efficacia delle realtà, delle istituzioni, delle iniziative anche nazionali alle quali si riferiscono.

E' il senso stesso, questo, con il quale si è guardato alla legislazione sociale più recente, nella consapevolezza che nella loro ratio vi era una iniziativa che mettesse in discussione le separazioni di un ambito rispetto agli altri aprendo un percorso relazionale inedito, ma destinato, se realizzato efficacemente a determinare novità senza precedenti nei territori come nelle persone interessate (con effetti anche sugli operatori che di questa strategia si facciano portatori).

Ecco perché il processo di inclusione degli immigrati è parte di una società che costruisce e ricostruisce più in generale diritti sociali e politici, riscoprendo il senso delle cittadinanze, dell'universalismo, della solidarietà che, solo se avvertiti al proprio interno, e per i propri membri, possono trovare articolazione anche contemporanea verso i suoi ospiti di ieri, già più vicini ad esserne parte integrante nella quotidianità.

Bibliografia :

- Abbatecola E.** (2002) *Le reti insidiose. Organizzazione e percorsi della tratta tra coercizione e produzione del "consenso"*, in Caritas ambrosiana.
- Abbatecola E.** (2006) *L'altra donna. Immigrazione e prostituzione in contesti metropolitani*, Milano, Franco Angeli.
- Abbatecola E. M. Ambrosini** (2009) *Introduzione. Sociologia e Immigrazione. Il senso di un'antologia* in Migrazioni e Società, Milano, Franco Angeli.
- Ambrosini M.** (2006) *Delle reti e oltre: processi migratori, legami sociali e istituzioni*, Working Papers Centro Studi Medì, Migrazioni nel mediterraneo, Genova, 2010
- Ambrosini M.** (2008) *Un'altra globalizzazione. La sfida delle migrazioni transnazionali*, Bologna, Il Mulino.
- Ambrosini M.** n.3, (2000) *Senza distinzioni di razza. Terzo settore e integrazione degli immigrati*, in Sociologia e politiche sociali.
- Ambrosini M.** (1999) *Utiles invasori*, Franco Angeli-Fondazione Ismu, Milano.
- Ambrosini M.** (2001) *La fatica di integrarsi. Immigrazione e lavoro in Italia*, , Il Mulino, Bologna
- Ambrosini M.** (2005) *Dentro il welfare invisibile: aiutanti domiciliari immigrate e assistenza agli anziani*, in Studi Emigrazione, a.XLII, n.159, settembre.
- Ambrosini M.** (2005), *Sociologia delle migrazioni*, il Mulino, Bologna.
- Ambrosini M. Abbatecola E.** (2010) *Famiglie in movimento. Separazioni, legami, ritrovamenti nelle famiglie migranti* Il Nuovo Melangolo, Genova.
- Ammaturo N. De Filippo E. Strozza Salvatore** (2010) *La vita degli immigrati a Napoli e nei paesi vesuviani* , Un'indagine empirica sull'integrazione, Milano, Franco Angeli
- Anderson Bridget J.** (2000), *Doing the dirty work? The Global Politics of Domestic Labour*, London Zed Books.
- Andolfi M.** (a cura di) (2003), *La mediazione culturale*, Franco Angeli, Milano.
- Appadurai A.** (1996), *Modernity at large :Cultural Dimensions of Globalization*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Arendt H.** (1958) *Vita Activa* ed. 2000 Bompiani, Bologna
- Atkinson R.** (2002). *L'intervista narrativa: Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*. R. Cortina, Milano.
- Avola M.** (2007) *Lavoro irregolare e politiche pubbliche*, Bonanno editore, Roma.
- Augé M. e Herzlich Cl.** 1984 *Le sens du mal. Antropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Amsterdam, Overseas Publisher Association; trad. it. Milano, Il Saggiatore, 1986
- Augé M.** (1986), *Le Dieu objet*, Flammarion, Paris.
- Bai A. Carradori T. Dallari G. V. Petio C. De Santis F.:** *Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e Volontariato*. Mecosan 1997; 24 (3): 57-66
- Balbo L.** (2006) *In che razza di società vivremo?L'Europa, i razzismi, il futuro*, Bruno Mondadori, Milano.
- Balsamo F.** (2003), *Tra differenze e alterità. Gli studi delle donne alla prova del pluralismo culturale*, in Ead (a cura di), *Differenze e disuguaglianze. Prospettive per gli studi di genere in Italia*, Il Mulino, Bologna.

- Banca D'Italia**, (2008) p.133
- Baraldi C. Barbieri V. Giarelli G.** (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Franco Angeli, Milano.
- Baraldi C.** (2003) *Comunicazione interculturale e diversità*, Carocci, Roma.
- Barro G. Cislighi C. Costa G. Lemma P. Bandiera L.** (1993) *I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni "Epidemiologia e Prevenzione" N.17*, Milano.
- Basso P. Perocco F.** (2003) (a cura di), *Immigrati in Europa Disuguaglianze, razzismo, lotte*, Franco Angeli, Milano.
- Bauman Z.** (1999), *La società dell'incertezza* Il Mulino, Bologna
- Beck U.** (2003), *La società cosmopolita. Prospettive dell'epoca postnazionale*, Bologna, Il Mulino.
- Beck U.** (2003), *Un mondo a rischio*, Einaudi editore, Torino.
- Beveridge W.** (2010) *Alle origini del Welfare State. Il Rapporto su Assicurazioni sociali e servizi assistenziali* Franco Angeli, Milano.
- Bianchieri R.** (2010) *Nuovi ambiti di partecipazione femminile: dalla cura all'impiego sociale e politico* in *Il genere della partecipazione*, Pisa, Ed. Plus
- Bifulco L. Bobbio L. Cremaschi M. Crosta P. D'Albergo E. De Leonardis O. Dente B. Donolo**
- Bigot G. Russo M. L.** (2007) *Come nasce una politica: gli attori, i processi*. In "Una rete per la salute degli immigrati. La società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS) "a cura di Salvatore Geraci , Nuova Anterem, Roma.
- Bonetti M.** (2010) *Cittadine straniere e empowerment: analisi di un servizio di mediazione nell'area sanitaria* in *Quale salute per chi*, Milano, Franco Angeli
- Bonifazi C.** (2007) *L'immigrazione straniera in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Campani G.** (1997), *Women and the Social Exclusion :The case of Migrant Women Inclusion and Exclusion. International Migrant Refugees In Europe and North America"* Paper presentato al International Sociological Association, New York.
- Caputo Orientale G.** (2007) *Gli immigrati in Campania. Evoluzione della presenza, inserimento lavorativo e processi di stabilizzazione*, Milano, Franco Angeli.
- Caritas Italiana** (2008) *Romania Immigrazione e Lavoro in Italia*, Roma, Idos
- Caritas Italiana e Confederatia Caritas Romania** (2010) *I romeni in Italia, tra rifiuto e accoglienza* ,Roma, Idos.
- Castels S.** (2009) *Le migrazioni internazionali agli inizi del ventunesimo secolo:tendenze e questioni globali* in *Migrazioni e società*, Milano, Franco Angeli
- Cataldi S.** (2009) *Come si analizzano i Focus Group*, Milano, Franco Angeli
- Cavicchi I.** (1999), *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà*, Editori Riuniti, Roma.
- Cerri A.** (2005), *L'eguaglianza*, Laterza, Roma.
- Cersosimo G.** (2008). *Hygeia. Percorsi di Sociologia della Salute e della Medicina*, Palomar, Bari.
- Cersosimo G.** "La dis-eguità nelle scelte individuali di benessere", in «Difesa Sociale», n. 4, 2007, pp. 129-138
- Cersosimo G.** (2012), *Salute e disuguaglianze. Percorsi analitici*. SOCIOLOGIA E RICERCA SOCIALE. Pag.50-75.

- Cesareo V. Bichi R.)** (2010) *Per un'integrazione possibile. Periferie urbane e processi migratori* Franco Angeli, Milano.
- www.Cestim.it** sito di Documentazione sui Fenomeni Migratori, *L'immigrazione in Europa 2010*
- Chiaretti G.** (2006), Parte seconda: Le donne immigrate: i lavori, la casa, la famiglia: in *Chiaretti G. Fabio Perocco* (a cura), *Athena. Inclusione ed esclusione delle donne immigrate in Alto Adige*, Bolzano, pp. 95-149.
- Cipolla C. De Lillo A.** (a cura di) *Il sociologo e le sirene. La sfida dei metodi qualitativi*, Franco Angeli, Milano.
- Cipollini R.** (2004) *Stranieri. Percezioni dello straniero e pregiudizio etnico*, Milano, Franco Angeli
- Colasanti R. Geraci S.** (1995) *I livelli di incomprensione medico pazienti migranti*, in S. Geraci, *Approcci transculturali per la promozione della salute*, Pei Tecno, Parigi.
- Conferenza dei Ministri Europei della Salute** (ottava): *Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni*. Bratislava, 22 e 23 novembre 2007.
- Conti C. Sgritta G. B.** (2004) *Immigrazione e Politiche Socio-Sanitarie. La salute degli altri*. Franco Angeli, Milano
- Costa Giuseppe, Faggiano Fabrizio** (1998) *L'equità nella salute e la programmazione sanitaria*. In: Geddes Marco e Berlinguer Giovanni Eds. *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Ediesse, Roma.
- Cotesta V.** (2002) *Lo Straniero*, Editori Laterza, Bari.
- Cotesta V.** (1999) *Sociologia dei conflitti etnici*, Editori Laterza, Bari.
- D'Amato S.** *Centro Nazionale AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma* in *XI Convegno Italian National Focal Point – Infectious Diseases and Migrant SALUTE MENTALE, STILI DI VITA E MALATTIE INFETTIVE NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE* cit.
- Decimo F.** *Quando emigrano le donne* (2005) Il Mulino, Bologna.
- De Filippo E.** (2000), "La componente femminile dell'immigrazione", in Pugliese E., *Rapporto Immigrazione, Lavoro, Sindacato, Società*, Ediesse, Roma.
- Declich S. Ricardo F.** (2010) *Una Nuova Europa* Epidemiologia delle malattie infettive, Cnesps-Iss
- Diasio N.** (2001) *Differenze culturali e percezioni di salute*, in S. Geraci, *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*, ed. Anterem, Roma.
- Donà A.** (2007) *Genere e Politiche Pubbliche*, Bruno Mondadori, Milano.
- Dotti M. Luci S.** (2009) *Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne*, Franco Angeli, Milano.
- Dworkin R.** (1982), *I diritti presi sul serio*. Il Mulino, Bologna.
- Ehrenreich B. Hochschild A.R.** (2004) (a cura di) *Donne Globali. Tate, colf e badanti*, trad.it Feltrinelli, Milano.
- Farini F.** (2012) *Traduttore o interprete morale? Il mediatore culturale nelle relazioni terapeutiche* in *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, Bologna, Il Mulino
- Favaro G.** (1991), *Donne dal mondo: strategie migratorie al femminile*, Guerini e Associati, Milano.
- Favaro G.** (1992), *Il mondo in classe: dall'accoglienza all'integrazione, i bambini stranieri a scuola*, Roma.

- Favaro G. Napoli M.** (2003), *Come un pesce fuor d'acqua, il disagio nascosto dei bambini e dei ragazzi immigrati*, Centro Come, Guerini e Associati, Milano.
- Favaro G. Omenetto C.** (1986), *Donne migranti: eritree a Milano: una storia per immagini e per parole*, Guerini, Milano.
- Favaro G. Tognetti Bordogna M.** (1989), *Politiche sociali e immigrati stranieri*, Carocci, Roma
- Favaro G. Tognetti Bordogna M.** (1990), *"La salute degli immigrati"*, Unicopli, Milano.
- Favaro G. Tognetti M.** (1990), *Le mille e una donna*. Atti del Convegno omonimo, Comune di Milano, Milano.
- Favaro G. Tognetti M.** (1991), *Donne del mondo. Strategie migratore al femminile*, Milano, **Favaro G. Omenetto C.** (1993), *Donne arabe in Italia: una storia per immagini e per parole*, Guerini, Milano
- Ferrera M.** (2010) *Welfare, Immigrazione, Europa Sociale*, articolo in gliEuros.eu/Welfare-immigrazione-Europa
- Fuentes A., Ehrenreich B.** (1983), *Women in global factory*, South End Press.
- Ferrante V. Laura Zanfrini L.** (a cura di) (2008), *Una parità imperfetta. Esperienze a confronto sulla tutela previdenziale dei migranti*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Fondazione Ismu** Quindicesimo Rapporto sulle migrazioni 2009.
- Fondazione Ismu XVI Rapporto sulle migrazioni** (2010) www.ismu.org
- Fondazione Leone Moressa** (2013) Studi e ricerche sull'economia delle migrazioni www.fondazioneleonemoressa.org
- Garfinkel H.** (2004) a cura di Massimo Pendenza *La fiducia*, Armando Editore, Roma.
- Gallino L.** (2003) *Globalizzazione e disuguaglianze*, Laterza, Roma.
- Gans Hebert J.** (2009) *Verso una riconciliazione tra "assimilazione" e "pluralismo": l'interazione tra acculturazione e persistenza etnica* in *Migrazioni e Società*, Milano, Franco Angeli.
- Geertz C.** (1987) *Interpretazioni di culture*, Il Mulino, Bologna.
- Geraci S.** (a cura di) *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Roma: Edizioni Anterem, 1996. [PDF: 1,91 Mb]
- Geraci S.** (2007) (a cura di): *Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*. Nuova Anterem, Roma
- Geraci S, Bonciani M, Martinelli B.** *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. ROMA: Inprinting srl, 2010 [PDF: 1,8 Mb]
- Geraci S.** *Per una buona salute servono politiche giuste*. In *Immigrazione Dossier Statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione - Caritas/Migrantes*. Idos, 2010; 227:232
- Geraci S. Gnolfo F.** (2012) *In Rete la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*, Bologna, Pendragon
- Geraci S. Marceca M. Del Vecchio R.** (1995) (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.
- Geraci S. Marceca M.** (2002) *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali*. In: *Atti della Conferenza nazionale "Migrazioni e salute"* - Bari, 3-4 maggio 2002.

- Geraci S. Martinelli B.** (2002): *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma.
- Geraci S.** (2008) *Idea: e se tagliassimo i servizi agli immigrati?*. In Janus. Medicina: cultura, culture. N. 31, Zadig editore, Roma.
- Geraci S.** (2008) *Il diritto all'assistenza sanitaria per gli immigrati*. In Sanità pubblica in una società multietnica. (a cura di S. Spinsanti. I quaderni di Janus. Zadig editore, Roma.
- Geraci S.** (2007) *La salute degli immigrati: luci ed ombre*. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 44
- Geraci S.** *Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso*. In Salute e Società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La Salute degli Altri. A cura di Conti C., Sgritta G.
- Geraci S. Marceca M.**(2006) *Fenomeni migratori e disuguaglianze in salute. Un approccio ragionato alla letteratura internazionale come chiave per migliorare l'appropriatezza degli interventi italiani*. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo.
- Giaccardi C.** (2005) *La comunicazione Interculturale*, Il Mulino, Bologna.
- Glick Schiller N. Basch L. Blanc-Szanton C.** (1992) *Towards a transnationalization of migration: race, class, ethnicity and nationalism reconsidered*, in "The annals of the New York Academy of Sciences", vol.645, pp.1-24.
- Goffman E.** (1969) *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino Bologna.
- Good B.J.** (1999) *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*. Ed. Comunità, Torino
- Habermas J** (1998) *L'inclusione dell'altro. Studi di teoria politica*, Feltrinelli, Milano
- Habermas J** (2008) *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, Feltrinelli, Milano
- Habermas J** (2009) *L'etica del discorso*, ED. Laterza, Roma
- Harris N.** (2000) *I nuovi Intoccabili, perché abbiamo bisogno degli immigrati*, il Saggiatore, Milano.
- Herzlich C.** (1986) "Medicina moderna e ricerca di senso : la malattia come significante sociale", in Augè M., Herzlich C., *Il senso del male. Antropologia, storia, sociologia della malattia*. Il Saggiatore, Milano.
- Lemma, P., Costa, G., Bandera, L., Borgia, P.** (1990) *Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema sanitario*. In: Geddes M., (a cura di) *La salute degli italiani*, NIS, Roma.
- Lemma P, Gogliani F, Rossignoli F, Triassi M, Costa G.,** *La salute degli stranieri immigrati a Torino nei sistemi informativi correnti*, "Epidemiologia e Prevenzione", 17: 259-66, 1993
- Lombardi L. Pizzini F.** (2001) "Condizioni sociali, modelli culturali e salute delle donne. Una lettura di genere su alcuni Paesi del mondo", in Facchini C., Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Loretoni A.** (2010) *Costruzione dell'identità e appartenenza culturale. Una prospettiva di genere*, in Il genere e la partecipazione, come promuovere la cittadinanza attiva delle donne, Pisa, Ed. Plus
- Lucarelli G., Santini S.** (2004), *Demografia sociale. Strumenti e riflessioni su famiglia e immigrazione femminile in Italia*, Quattroventi.

- Luhmann N.** (1996) *La sociologia del rischio*, Bruno Mondadori, Milano.
- Malerba C.** (1997), *Ambulanti mercati, fiere, botteghe: il cammino storico del piccolo commercio nella sua evoluzione socio-economica*, Novo Cescot Emilia Romagna Bologna.
- Malintoppi A.** (1983), *L'asilo politico territoriale: studi e documenti*, Società italiana per la organizzazione internazionale, Roma.
- Marceca, M.** (1999), *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*", in L'arco di Giano, n.22.
- Mancinelli S. Marazzi M. C. Panà A.** (1994) *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 .
- Marceca M. Fara G. M.** (2000) *Condizionamento dei fattori sociali, economici e culturali nell'accesso ai servizi sanitari*. Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità; 12 (Suppl. 1): 49-57
- Marceca M. Geraci S. Martinelli B.** (2006) *Politiche regionali per la salute degli immigrati*. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo
- Marceca M.** (2008) *Immigrazione, un'occasione per riorientare i servizi*. Quaderni della Professione. Medicina, scienza, etica e società. Trimestrale della Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri.
- Marceca M.** (2008) *La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti*. In: Fondazione ISMU - Iniziative e Studi sulla Multietnicità. "Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007". Franco Angeli, Milano.
- Marceca M.** (2007) *La salute*. In: Fondazione ISMU - Iniziative e Studi sulla Multietnicità. "Dodicesimo rapporto sulle migrazioni 2006". Franco Angeli, Milano.
- Marceca M.** (2008) *Politiche sanitarie e percorsi di tutela*, in press Martino Ardigò.
- Marshall T.H.** (1976), *Cittadinanza e classe sociale*, UTET, Torino
- Martinelli A.** (a cura di) (1952), *Sociologia della medicina*, Feltrinelli, Milano. (ed. Orig. "Cultural Components in Responses to Pain" in *Journal of Social Issues*, n.8, pp.16-30)
- Massey D. S.** (1988) *Economic development and international migration in comparative perspective*, in "Population and Development Review", n.14, pp.383-413
- Mazzetti M.** (2003) *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci, Roma .
- Migrazioni, salute e crisi** (2012) *Coesione sociale, partecipazioni e reti per una salute senza esclusioni*, Bologna, Pendragon
- Mezzadra S.** (2001), *Diritto di fuga. Migrazioni, cittadinanza, globalizzazione*, Ombre Corte, Verona
- Mondi Migranti n 1** (2009) *Rivista di studi e ricerche sulle migrazioni internazionali*, a cura di Maurizio Ambrosini, Franco Angeli, Milano.
- Morrone, A., Passi, S., Fazio, M.** (1992) *Immigrati clandestini extracomunitari a Roma: osservazioni dermatologiche e venereologiche*. In: GERACI, S. (a cura di) *Medicina e migrazioni*, cit., pp. 585-597
- Mottura G. Cozzi S. Rinaldini M.** (2010) *Uscire da Babele*. Percorsi e problemi del rapporto tra sindacato e lavoratori immigrati, Roma, EDIESSE

- Nozza V.** (2010) *Romania Immigrazione e Lavoro in Italia*, In Caritas Italiana, Roma, IDOS
- Oriente Caputo G.** (2007) *Gli immigrati in Campania*, Franco Angeli, Milano.
- Park R.** (1928) *Human Migration and the Marginal Man*, American Journal of Sociology 33: 881-893
- Parreñas R.S.** (2001), *Servants of globalization. Women, migration, and domestic work*, Stanford (Cal.), Stanford University Press .
- Pasini N. Picozzi M.** (2005), *Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- Perruzzi G.** (2011) *Quelle adulte giovani alla ricerca dell'equilibrio fra responsabilità e bisogni personali*, in Libertà civili, Città di Castello, Franco Angeli
- Perrotta D.** (2008) *"Noi romeni lavoriamo di più" Discorsi egemonici e senso comune di un gruppo di immigrati a Bologna*, in Etnografia e ricerca qualitativa , Bologna, Il Mulino.
- Pizzini F.** (1999) *Corpi differenti e incontro tra culture*, in Cella G.P. (a cura di), *Disuguaglianze e differenze*, Guerini e Associati, Milano.
- Poli Paola** (2010) *Donne che cambiano. Carriera, famiglia, qualità della vita: dati e storie vere*. Franco Angeli, Milano.
- Portes A. Guarnizo L. e Landolt P.** (1999) *The study of transnationalism: pitfalls and promise of an emergent research field*, in "Ethnic and racial studies", vol.22, n.2, pp.217-237
- Portes A. Haller W. e Guarnizo L.** (2002) *Transnational entrepreneurs: the emergence and determinants of an alternative form of immigrant economic adaptation*, in "American Sociological Review", n.67, pp.278 298.
- Portes A. e Rumbaut R.G.** (2006), *Immigrant America. A portrait*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press.
- Presidenza del Consiglio d'Europa** (2007) *Conclusioni e Raccomandazioni della Conferenza Europea "Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society"*. Lisbona.
- Putnam R. D.** (2004) *Capitale Sociale e Individualismo*, Il Mulino, Bologna.
- Rapporto ISTISAN** (2011-2012) *Emergenza Immigrazione. Risultati della sorveglianza sindromica in Italia*
- Rauty R.** (1997) *Anticipazioni. Percorsi della ricerca sociale statunitense tra il XIX ed il XX secolo*, Gentile Editore, Salerno.
- Rauty R.** (1999) *Società e Metropoli*, Donzelli Editore, Roma.
- Rauty R.** (1999) *Il sogno infranto*, Manifesto libri, Roma.
- Ricci M. G.** (2010) *Essere donne e "diventare persone". Costruzione di genere e identità in Il genere e la partecipazione, come promuovere la cittadinanza attiva delle donne*, Pisa, Ed. Plus
- Ruggeri F.** (2010) *Quale salute per chi. Sulla dimensione sociale della salute*, Franco Angeli, Milano.
- Sannella A.** (2010) *Salute Transculturale. Percorsi socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli
- Sayad A.** (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'immigrato alle sofferenze dell'emigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Sassen S.** (1999) *Migranti, coloni, rifugiati. Dall'emigrazione di massa alla fortezza Europa*, trad. it., Feltrinelli , Milano.

- Sassen S.** (2002) *Globalizzati e scontenti*, il Saggiatore, Milano.
- Sassen S.** (2004) *La città nell'economia globale*, Il Mulino, Bologna.
- Sciolla L.** (2002) *Sociologia dei processi culturali*, Il Mulino Bologna
- Schutz A.** (1971) *La Fenomenologia del mondo sociale*, Bologna, Il Mulino, cit. in Cipollini R.
- Sgriguoli A.** (2002), *Donne migranti dall'accoglienza alla formazione. Un'analisi culturale dentro e fuori i servizi*, Franco Angeli, Milano.
- Simmel G.** (1998) *La differenziazione sociale*, Editori Laterza, Roma.
- Simmel G.** (1998) *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Spanò A. Zaccaria A.M.** (2003) *Il mercato delle collaborazioni domestiche a Napoli: il caso delle ucraine e delle polacche*, in La Rosa e Zanfrini.
- Spinelli A. Forcella E. Di Rollo S. Baglio G Grandolfo M.** Gruppo di studio sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere. *Indagine sull'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere*. Rapporti ISTISAN. 2006.
- Spinelli A. Forcella E. Di Rollo S. Baglio G. Picconi O. Guasticchi G. Grandolfo M. Colombo C. Manghi M. Serafini P.** *Chi sono le donne straniere che ricorrono all'IVG in Italia?* In: 9. Consensus conference sulla immigrazione e 7. Congresso nazionale SIMM. Atti; 27-30 aprile 2006; Palermo. 2006. p. 166-173.
- Stalker P.** (2003) *L'immigrazione*, trad.it., Carocci, Roma.
- Stuppini A.** (2009). *Le tasse degli immigrati*, Il Mulino, Bologna pp.408-416.
- Taguieff P.A.** (1994) *La forza del pregiudizio*, Il Mulino, Bologna.
- Thiesse A.M.** (2001) *La creazione delle identità nazionali in Europa*, trad. it, Il Mulino, Bologna.
- Thomas W.I.** (1997) *Gli immigrati e l'America. Tra il vecchio mondo e il nuovo* (1921) trad.it., Donzelli, Roma.
- Thomas W.I. Znaniecki F.** (1968) *Il contadino polacco in Europa e in America*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Tognetti Bordogna M.** (a cura di), (2008) *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Franco Angeli, Milano.
- Tognetti Bordogna M.** (2006), *La salute degli immigrati e i soggetti del terzo settore*, in "Salute e Società", anno V, n. 1, pp. 187-207.
- Tognetti Bordogna M.** (a cura di) (2004), *I colori del welfare* Franco Angeli, Milano.
- Tognetti Bordogna M.** (2004), *Fasi e flussi migratori: le donne come protagoniste*, in "la Rivista delle Politiche Sociali", n.3 (luglio settembre), pp.195-216
- Tognetti Bordogna M.** (1994), *Il disagio dell'immigrazione*, "Salute e territorio", 92, 60-3.
- World Health Organization International Organization for Migration Centers for Disease Control** (2005) *Health and Migration: bridging the gap*. WHO, Geneva.
- Vicarelli G.** (a cura di) (1994), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse, Roma.
- Young I.M.** (1996), *Le politiche della differenza*, Feltrinelli, Milano.

Dossier Statistici:

Caritas Migrantes (2009), *Dossier Statistico Immigrazione XIX Rapporto*, Roma, IDOS

Caritas Migrantes (2010), *Dossier Statistico Immigrazione XX Rapporto*, Roma, IDOS

Caritas Migrantes (2012), *Dossier Statistico Immigrazione XXII Rapporto*, Roma, IDOS

Caritas Migrantes (2013), *Dossier Statistico Immigrazione XXIII Rapporto*, Roma, IDOS

Dossier Regionale sulle povertà in Campania (2010)

Fides Dossier Immigrazione (2008) *Come si è evoluto il fenomeno migratorio in Europa*, www.fides.org

GMR Global Migration Report 2012

Istat (2008), *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia 2005*, Roma, Ministero della Salute Relazione sullo stato Sanitario del Paese anni 2007-2008.

Istat (2010), *Immigrati e nuovi cittadini*, www.istat.it

Rapporto CENSIS (2010) www.censis.it

WHO World Health Organization www.who.int

Sitografia:

www.simmweb.it

www.iss.it

www.caritas.na.it

www.demoistat.it

www.eurostat.com

www.inps.it

www.cestim.it

www.gliEuos.eu

www.fides.org

www.europehealth.com

www.salute.gov.it

www.epicentro.iss.it

www.ingenere.it

www.aliseicoop.it

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_it.htm.

Appendice

1. Appendice Legislativa

Legge 30 luglio 2002, n. 189 (Legge Bossi-Fini) - Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo **testo in vigore dal: 10-9-2002**

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA Promulga la seguente legge:

CAPO I - DISPOSIZIONI IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE

Art. 1. (Cooperazione con Stati stranieri)

1. Al fine di favorire le elargizioni in favore di iniziative di sviluppo umanitario, di qualunque natura, al testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 13-bis, comma 1, lettera i-bis), dopo le parole: "organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS)," sono inserite le seguenti: "delle iniziative umanitarie, religiose o laiche, gestite da fondazioni, associazioni, comitati ed enti individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, nei Paesi non appartenenti all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE)";

b) all'articolo 65, comma 2, lettera c-sexies), dopo le parole: "a favore delle ONLUS" sono aggiunte, in fine, le seguenti: ", nonché le iniziative umanitarie, religiose o laiche, gestite da fondazioni, associazioni, comitati ed enti individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 13-bis, comma 1, lettera i-bis), nei Paesi non appartenenti all'OCSE;".

2. Nella elaborazione e nella eventuale revisione dei programmi bilaterali di cooperazione e di aiuto per interventi non a scopo umanitario nei confronti dei Paesi non appartenenti all'Unione europea, con esclusione delle iniziative a carattere umanitario, il Governo tiene conto anche della collaborazione prestata dai Paesi interessati alla prevenzione dei flussi migratori illegali e al contrasto delle organizzazioni criminali operanti nell'immigrazione clandestina, nel traffico di esseri umani, nello sfruttamento della prostituzione, nel traffico di stupefacenti, di armamenti, nonché in materia di cooperazione giudiziaria e penitenziaria e nella applicazione della normativa internazionale in materia di sicurezza della

navigazione.

3. Si può procedere alla revisione dei programmi di cooperazione e di aiuto di cui al comma 2 qualora i Governi degli Stati interessati non adottino misure di prevenzione e vigilanza atte a prevenire il rientro illegale sul territorio italiano di cittadini espulsi.

Art. 2. (Comitato per il coordinamento e il monitoraggio)

1. Al testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, di seguito denominato "testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998", dopo l'articolo 2, e' inserito il seguente:

"Art. 2-bis. - (Comitato per il coordinamento e il monitoraggio) -

1. E' istituito il Comitato per il coordinamento e il monitoraggio delle disposizioni del presente testo unico, di seguito denominato "Comitato".

2. Il Comitato e' presieduto dal Presidente o dal Vice Presidente del Consiglio dei ministri o da un Ministro delegato dal Presidente del Consiglio dei ministri, ed e' composto dai Ministri interessati ai temi trattati in ciascuna riunione in numero non inferiore a quattro e da un presidente di regione o di provincia autonoma designato dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome.

3. Per l'istruttoria delle questioni di competenza del Comitato, e' istituito un gruppo tecnico di lavoro presso il Ministero dell'interno, composto dai rappresentanti dei Dipartimenti per gli affari regionali, per le pari opportunità, per il coordinamento delle politiche comunitarie, per l'innovazione e le tecnologie, e dei Ministeri degli affari esteri, dell'interno, della giustizia, delle attività produttive, dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del lavoro e delle politiche sociali, della difesa, dell'economia e delle finanze, della salute, delle politiche agricole e forestali, per i beni e le attività culturali, delle comunicazioni, oltre che da un rappresentante del Ministro per gli italiani nel mondo e da tre esperti designati dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Alle riunioni, in relazione alle materie oggetto di esame, possono essere invitati anche rappresentanti di ogni altra pubblica amministrazione interessata all'attuazione delle disposizioni del presente testo unico, nonche' degli enti e delle associazioni nazionali e delle organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro di cui all'articolo 3, comma 1.

4. Con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro degli affari esteri, con il Ministro dell'interno e con il Ministro per le politiche comunitarie, sono definite le modalita' di coordinamento delle attivita' del gruppo tecnico con le strutture della Presidenza del Consiglio dei ministri".

Art. 3. - (Politiche migratorie)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 3, al comma 1, dopo le parole: "ogni tre anni" sono inserite le seguenti: "salva la necessita' di un termine pu' breve".

2. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 3, il comma 4 e' sostituito dal seguente:

"4. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentiti il Comitato di cui all'articolo 2-bis, comma 2, la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e le competenti Commissioni parlamentari, sono annualmente definite, entro il termine del 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento del decreto, sulla base dei criteri generali individuati nel documento programmatico, le quote massime di stranieri da ammettere nel territorio dello Stato per lavoro subordinato, anche per esigenze di carattere stagionale, e per lavoro autonomo, tenuto conto dei ricongiungimenti familiari e delle misure di protezione temporanea eventualmente disposte ai sensi dell'articolo 20. Qualora se ne ravvisi l'opportunita', ulteriori decreti possono essere emanati durante l'anno. I visti di ingresso ed i permessi di soggiorno per lavoro subordinato, anche per esigenze di carattere stagionale, e per lavoro autonomo, sono rilasciati entro il limite delle quote predette. In caso di mancata pubblicazione del decreto di programmazione annuale, il Presidente del Consiglio dei ministri puo' provvedere in via transitoria, con proprio decreto, nel limite delle quote stabilite per l'anno precedente".

Art. 4. (Ingresso nel territorio dello Stato)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 4, sono apportate le seguenti modificazioni:

a)il comma 2 e' sostituito dal seguente:

"2. Il visto di ingresso e' rilasciato dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane nello Stato di origine o di stabile residenza dello straniero. Per soggiorni non superiori a tre mesi sono equiparati ai visti rilasciati dalle rappresentanze diplomatiche e consolari italiane quelli emessi, sulla base di specifici accordi, dalle autorità diplomatiche o consolari di altri Stati.

Contestualmente al rilascio del visto di ingresso l'autorità diplomatica o consolare italiana consegna allo straniero una comunicazione scritta in lingua a lui comprensibile o, in mancanza, in inglese, francese, spagnolo o arabo, che illustri i diritti e i doveri dello straniero relativi all'ingresso ed al soggiorno in Italia. Qualora non sussistano i requisiti previsti dalla normativa in vigore per procedere al rilascio del visto, l'autorità' diplomatica o consolare comunica il diniego allo straniero in lingua a lui comprensibile, o, in mancanza, in inglese, francese, spagnolo o arabo. In deroga a quanto stabilito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, per motivi di sicurezza o di ordine pubblico il diniego non deve essere motivato, salvo quando riguarda le domande di visto presentate ai sensi degli articoli 22, 24, 26, 27, 28, 29, 36 e 39. La presentazione di documentazione falsa o contraffatta o di false attestazioni a sostegno della domanda di visto comporta automaticamente, oltre alle relative responsabilità penali, l'inammissibilità' della domanda. Per lo straniero in possesso di permesso di soggiorno e' sufficiente, ai fini del reingresso nel territorio dello Stato, una preventiva comunicazione all'autorità' di frontiera";

b) al comma 3, l'ultimo periodo e' sostituito dal seguente: "Non e' ammesso in Italia lo straniero che non soddisfi tali requisiti o che sia considerato una minaccia per l'ordine pubblico o la sicurezza dello Stato o di uno dei Paesi con i quali l'Italia abbia sottoscritto accordi per la soppressione dei controlli alle frontiere interne e la libera circolazione delle persone o che risulti condannato, anche a seguito di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati previsti dall'articolo 380, commi 1 e 2, del codice di procedura penale ovvero per reati inerenti gli stupefacenti, la liberta' sessuale, il favoreggiamento dell'immigrazione clandestina verso l'Italia e dell'emigrazione clandestina dall'Italia verso altri Stati o per reati diretti al reclutamento di persone da destinare alla prostituzione o allo sfruttamento della prostituzione o di minori da impiegare in attività illecite".

Art. 5. - (Permesso di soggiorno)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 5 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo le parole: "permesso di soggiorno rilasciati", sono inserite le seguenti: ", e in corso di validità,";

b) dopo il comma 2, e' inserito il seguente:

"2-bis. Lo straniero che richiede il permesso di soggiorno e' sottoposto a rilievi foto dattiloscopici";

c) al comma 3, alinea, dopo le parole: "

La durata del permesso di soggiorno" sono inserite le seguenti: "non rilasciato per motivi di lavoro";

d) al comma 3, le lettere

b) e d) sono abrogate; e) dopo il comma 3, sono inseriti i seguenti: "3-bis. Il permesso di soggiorno per motivi di lavoro e' rilasciato a seguito della stipula del contratto di soggiorno per lavoro di cui all'articolo 5-bis. La durata del relativo permesso di soggiorno per lavoro e' quella prevista dal contratto di soggiorno e comunque non può superare:

a) in relazione ad uno o più contratti di lavoro stagionale, la durata complessiva di nove mesi;

b) in relazione ad un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, la durata di un anno;

c) in relazione ad un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, la durata di due anni. 3-ter. Allo straniero che dimostri di essere venuto in Italia almeno due anni di seguito per prestare lavoro stagionale può essere rilasciato, qualora si tratti di impieghi ripetitivi, un permesso pluriennale, a tale titolo, fino a tre annualità, per la durata temporale annuale di cui ha usufruito nell'ultimo dei due anni precedenti con un solo provvedimento. Il relativo visto di ingresso e' rilasciato ogni anno. Il permesso e' revocato immediatamente nel caso in cui lo straniero violi le disposizioni del presente testo unico.

3-quater. Possono inoltre soggiornare nel territorio dello Stato gli stranieri muniti di permesso di soggiorno per lavoro autonomo rilasciato sulla base della certificazione della competente rappresentanza diplomatica o consolare italiana della sussistenza dei requisiti previsti dall'articolo 26 del presente testo unico. Il permesso di soggiorno non può avere validità superiore ad un periodo di due anni.

3-quinquies. La rappresentanza diplomatica o consolare italiana che rilascia il visto di ingresso per motivi di lavoro, ai sensi dei commi 2 e 3 dell'articolo 4, ovvero il visto di ingresso per lavoro autonomo, ai sensi del comma 5 dell'articolo 26, ne dà comunicazione anche in via telematica al Ministero dell'interno e all'INPS per l'inserimento nell'archivio previsto dal comma 9 dell'articolo 22 entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione. Uguale comunicazione è data al Ministero dell'interno per i visti di ingresso per ricongiungimento familiare di cui all'articolo 29 entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione. 3-sexies. Nei casi di ricongiungimento familiare, ai sensi dell'articolo 29, la durata del permesso di soggiorno non può essere superiore a due anni";

f) il comma 4 è sostituito dal seguente:

"4. Il rinnovo del permesso di soggiorno è richiesto dallo straniero al questore della provincia in cui dimora, almeno novanta giorni prima della scadenza nei casi di cui al comma 3-bis, lettera c), sessanta giorni prima nei casi di cui alla lettera b) del medesimo comma 3-bis, e trenta giorni nei restanti casi, ed è sottoposto alla verifica delle condizioni previste per il rilascio e delle diverse condizioni previste dal presente testo unico. Fatti salvi i diversi termini previsti dal presente testo unico e dal regolamento di attuazione, il permesso di soggiorno è rinnovato per una durata non superiore a quella stabilita con rilascio iniziale"; g) dopo il comma 4, è inserito il seguente:

"4-bis. Lo straniero che richiede il rinnovo del permesso di soggiorno è sottoposto a rilievi foto dattiloscopici";

h) il comma 8 è sostituito dal seguente:

"8. Il permesso di soggiorno e la carta di soggiorno di cui all'articolo 9 sono rilasciati mediante utilizzo di mezzi a tecnologia avanzata con caratteristiche anticounterfeiting conformi ai tipi da approvare con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro per l'innovazione e le tecnologie in attuazione dell'Azione comune adottata dal Consiglio dell'Unione europea il 16 dicembre 1996, riguardante l'adozione di un modello uniforme per i permessi di soggiorno";

i) dopo il comma 8, è inserito il seguente:

"8-bis. Chiunque contraffaccia o altera un visto di ingresso o reingresso, un permesso di soggiorno, un contratto di soggiorno o una carta di soggiorno, ovvero contraffaccia o altera documenti al fine di determinare il rilascio di un visto di ingresso o di

reingresso, di un permesso di soggiorno, di un contratto di soggiorno o di una carta di soggiorno, e' punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsita' concerne un atto o parte di un atto che faccia fede fino a querela di falso la reclusione e' da tre a dieci anni. La pena e' aumentata se il fatto e' commesso da un pubblico ufficiale".

Art. 6. - (Contratto di soggiorno per lavoro subordinato)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, dopo l'articolo 5 e' inserito il seguente:

"Art. 5-bis. - (Contratto di soggiorno per lavoro subordinato) -

1. Il contratto di soggiorno per lavoro subordinato stipulato fra un datore di lavoro italiano o straniero regolarmente soggiornante in Italia e un prestatore di lavoro, cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione europea o apolide, contiene:

a) la garanzia da parte del datore di lavoro della disponibilit  di un alloggio per il lavoratore che rientri nei parametri minimi previsti dalla legge per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica;

b) l'impegno al pagamento da parte del datore di lavoro delle spese di viaggio per il rientro del lavoratore nel Paese di provenienza.

2. Non costituisce titolo valido per il rilascio del permesso di soggiorno il contratto che non contenga le dichiarazioni di cui alle lettere a) e b) del comma 1.

3. Il contratto di soggiorno per lavoro e' sottoscritto in base a quanto previsto dall'articolo 22 presso lo sportello unico per l'immigrazione della provincia nella quale risiede o ha sede legale il datore di lavoro o dove avr  luogo la prestazione lavorativa secondo le modalit  previste nel regolamento di attuazione".

2. Con il regolamento di cui all'articolo 34, comma 1, si procede all'attuazione e all'integrazione delle disposizioni recate dall'articolo 5-bis del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, introdotto dal comma 1 del presente articolo, con particolare riferimento all'assunzione dei costi per gli alloggi di cui al comma 1, lettera a), del medesimo articolo 5-bis, prevedendo a quali condizioni gli stessi siano a carico del lavoratore.

Art. 7. - (Facolt  inerenti il soggiorno)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 6, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo le parole: "prima della sua scadenza," sono inserite le seguenti: "e previa stipula del contratto di soggiorno per lavoro ovvero previo rilascio della certificazione attestante la sussistenza dei requisiti previsti dall'articolo 26,";

b) al comma 4, le parole: "può essere sottoposto a rilievi segnaletici" sono sostituite dalle seguenti: "e' sottoposto a rilievi foto dattiloscopici e segnaletici".

Art. 8. - (Sanzioni per l'inosservanza degli obblighi di comunicazione dell'ospitante e del datore di lavoro)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 7, dopo il comma 2 e' aggiunto, in fine, il seguente:

"2-bis. Le violazioni delle disposizioni di cui al presente articolo sono soggette alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da 160 a 1.100 euro".

Art. 9. - (Carta di soggiorno)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 9, comma 1, le parole: "cinque anni" sono sostituite dalle seguenti: "sei anni".

Art. 10. - (Coordinamento dei controlli di frontiera)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 11, dopo il comma 1 e' inserito il seguente:

"1-bis. Il Ministro dell'interno, sentito, ove necessario, il Comitato nazionale per l'ordine e la sicurezza pubblica, emana le misure necessarie per il coordinamento unificato dei controlli sulla frontiera marittima e terrestre italiana. Il Ministro dell'interno promuove altresì apposite misure di coordinamento tra le autorità italiane competenti in materia di controlli sull'immigrazione e le autorità europee competenti in materia di controlli sull'immigrazione ai sensi dell'Accordo di Schengen, ratificato ai sensi della legge 30 settembre 1993, n. 388".

Art. 11. (Disposizioni contro le immigrazioni clandestine)

1. All'articolo 12 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 e' sostituito dal seguente:

"1. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque in violazione delle disposizioni del presente testo unico compie atti diretti a procurare l'ingresso nel territorio dello Stato di uno straniero ovvero atti diretti a procurare l'ingresso illegale in altro Stato del quale la persona non è cittadina o non ha titolo di residenza permanente, è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa fino a 15.000 euro per ogni persona";

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

"3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, al fine di trarre profitto anche indiretto, compie atti diretti a procurare l'ingresso di taluno nel territorio dello Stato in violazione delle disposizioni del presente testo unico, ovvero a procurare l'ingresso illegale in altro Stato del quale la persona non è cittadina o non ha titolo di residenza permanente, è punito con la reclusione da quattro a dodici anni e con la multa di 15.000 euro per ogni persona. La stessa pena si applica quando il fatto è commesso da tre o più persone in concorso tra loro o utilizzando servizi internazionali di trasporto ovvero documenti contraffatti o alterati o comunque illegalmente ottenuti";

c) dopo il comma 3, sono inseriti i seguenti:

"3-bis. Le pene di cui al comma 3 sono aumentate se:

a) il fatto riguarda l'ingresso o la permanenza illegale nel territorio dello Stato di cinque o più persone;

b) per procurare l'ingresso o la permanenza illegale la persona è stata esposta a pericolo per la sua vita o la sua incolumità;

c) per procurare l'ingresso o la permanenza illegale la persona è stata sottoposta a trattamento inumano o degradante.

3-ter. Se i fatti di cui al comma 3 sono compiuti al fine di reclutare persone da destinare alla prostituzione o comunque allo sfruttamento sessuale ovvero riguardano l'ingresso di minori da impiegare in attività illecite al fine di favorirne lo sfruttamento, si applica la pena della reclusione da cinque a quindici anni e la multa di 25.000 euro per ogni persona.

3-quater. Le circostanze attenuanti, diverse da quella prevista dall'articolo 98 del codice penale, concorrenti con le aggravanti di cui ai commi 3-bis e 3-ter, non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste e le diminuzioni di pena si operano sulla quantità di pena risultante dall'aumento conseguente alle predette aggravanti.

3-quinquies. Per i delitti previsti dai commi precedenti le pene sono diminuite fino alla metà nei confronti dell'imputato che si adopera per evitare che l'attività delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori, aiutando concretamente l'autorità di polizia o l'autorità giudiziaria nella raccolta di elementi di prova decisivi per la ricostruzione dei fatti, per l'individuazione o la cattura di uno o più autori di reati e per la sottrazione di risorse rilevanti alla consumazione dei delitti.

3-sexies. All'articolo 4-bis, comma 1, terzo periodo, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, dopo le parole:

"609-octies del codice penale" sono inserite le seguenti: "nonché dall'articolo 12, commi 3, 3-bis e 3-ter, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286,""; d) dopo il comma 9, sono aggiunti i seguenti:

"9-bis. La nave italiana in servizio di polizia, che incontri nel mare territoriale o nella zona contigua, una nave, di cui si ha fondato motivo di ritenere che sia adibita o coinvolta nel trasporto illecito di migranti, può fermarla, sottoporla ad ispezione e, se vengono rinvenuti elementi che confermino il coinvolgimento della nave in un traffico di migranti, sequestrarla conducendo la stessa in un porto dello Stato.

9-ter. Le navi della Marina militare, ferme restando le competenze istituzionali in materia di difesa nazionale, possono essere utilizzate per concorrere alle attività di cui al comma 9-bis.

9-quater. I poteri di cui al comma 9-bis possono essere esercitati al di fuori delle acque territoriali, oltre che da parte delle navi della Marina militare, anche da parte delle navi in servizio di polizia, nei limiti consentiti dalla legge, dal diritto internazionale o da accordi bilaterali o multilaterali, se la nave batte la bandiera nazionale o anche quella di altro Stato, ovvero si tratti di una nave senza bandiera o con bandiera di convenienza.

9-quinquies. Le modalità di intervento delle navi della Marina militare nonché quelle di raccordo con le attività svolte dalle altre unità navali in servizio di polizia sono definite con decreto interministeriale dei Ministri dell'interno, della difesa, dell'economia e delle finanze e delle infrastrutture e dei trasporti.

9-sexies. Le disposizioni di cui ai commi 9-bis e 9-quater si applicano, in quanto compatibili, anche per i controlli concernenti il traffico aereo".

Art. 12. (Espulsione amministrativa)

1. All'articolo 13 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 3 e' sostituito dal seguente:

"3. L'espulsione e' disposta in ogni caso con decreto motivato immediatamente esecutivo, anche se sottoposto a gravame o impugnativa da parte dell'interessato. Quando lo straniero e' sottoposto a procedimento penale e non si trova in stato di custodia cautelare in carcere, il questore, prima di eseguire l'espulsione, richiede il nulla osta all'autorita' giudiziaria, che può negarlo solo in presenza di inderogabili esigenze processuali valutate in relazione all'accertamento della responsabilità di eventuali concorrenti nel reato o imputati in procedimenti per reati connessi, e all'interesse della persona offesa. In tal caso l'esecuzione del provvedimento e' sospesa fino a quando l'autorita' giudiziaria comunica la cessazione delle esigenze processuali. Il questore, ottenuto il nulla osta, provvede all'espulsione con le modalità di cui al comma 4. Il nulla osta si intende concesso qualora l'autorita' giudiziaria non provveda entro quindici giorni dalla data di ricevimento della richiesta. In attesa della decisione sulla richiesta di nulla osta, il questore può adottare la misura del trattenimento presso un centro di permanenza temporanea, ai sensi dell'articolo 14";

b) dopo il comma 3, sono inseriti i seguenti:

"3-bis. Nel caso di arresto in flagranza o di fermo, il giudice rilascia il nulla osta all'atto della convalida, salvo che applichi la misura della custodia cautelare in carcere ai sensi dell'articolo 391, comma 5, del codice di procedura penale, o che ricorra una delle ragioni per le quali il nulla osta può essere negato ai sensi del comma 3.

3-ter. Le disposizioni di cui al comma 3 si applicano anche allo straniero sottoposto a procedimento penale, dopo che sia stata revocata o dichiarata estinta per qualsiasi ragione la misura della custodia cautelare in carcere applicata nei suoi confronti. Il giudice, con lo stesso provvedimento con il quale revoca o dichiara l'estinzione della misura, decide sul rilascio del nulla osta all'esecuzione dell'espulsione. Il provvedimento e' immediatamente comunicato al questore.

3-quater. Nei casi previsti dai commi 3, 3-bis e 3-ter, il giudice, acquisita la prova dell'avvenuta espulsione, se non e' ancora stato emesso il provvedimento che dispone il giudizio, pronuncia sentenza di non luogo a procedere. E' sempre disposta la confisca delle cose indicate nel secondo comma dell'articolo 240 del

codice penale. Si applicano le disposizioni di cui ai commi 13, 13-bis, 13-ter e 14. 3-quinquies. Se lo straniero espulso rientra illegalmente nel territorio dello Stato prima del termine previsto dal comma 14 ovvero, se di durata superiore, prima del termine di prescrizione del reato piu' grave per il quale si era proceduto nei suoi confronti, si applica l'articolo 345 del codice di procedura penale. Se lo straniero era stato scarcerato per decorrenza dei termini di durata massima della custodia cautelare, quest'ultima e' ripristinata a norma dell'articolo 307 del codice di procedura penale.

3-sexies. Il nulla osta all'espulsione non può essere concesso qualora si proceda per uno o più delitti previsti dall'articolo 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale, nonché dall'articolo 12 del presente testo unico";

c) il comma 4 e' sostituito dal seguente:

"4. L'espulsione e' sempre eseguita dal questore con accompagnamento alla frontiera a mezzo della forza pubblica ad eccezione dei casi di cui al comma 5";

d) il comma 5 e' sostituito dal seguente:

"5. Nei confronti dello straniero che si e' trattenuto nel territorio dello Stato quando il permesso di soggiorno e' scaduto di validita' da piu' di sessanta giorni e non ne e' stato chiesto il rinnovo, l'espulsione contiene l'intimazione a lasciare il territorio dello Stato entro il termine di quindici giorni. Il questore dispone l'accompagnamento immediato alla frontiera dello straniero, qualora il prefetto rilevi il concreto pericolo che quest'ultimo si sottragga all'esecuzione del provvedimento";

e) il comma 8 e' sostituito dal seguente:

"8. Avverso il decreto di espulsione puo' essere presentato unicamente il ricorso al tribunale in composizione monocratica del luogo in cui ha sede l'autorita' che ha disposto l'espulsione. Il termine e' di sessanta giorni dalla data del provvedimento di espulsione. Il tribunale in composizione monocratica accoglie o rigetta il ricorso, decidendo con unico provvedimento adottato, in ogni caso, entro venti giorni dalla data di deposito del ricorso. Il ricorso di cui al presente comma puo' essere sottoscritto anche personalmente, ed e' presentato anche per il tramite della rappresentanza diplomatica o consolare italiana nel Paese di destinazione. La sottoscrizione del ricorso, da parte della persona interessata, e' autenticata dai funzionari delle rappresentanze diplomatiche o consolari che provvedono a certificarne l'autenticita' e ne curano l'inoltro all'autorita' giudiziaria. Lo straniero

e' ammesso all'assistenza legale da parte di un patrocinatore legale di fiducia munito di procura speciale rilasciata avanti all'autorita' consolare. Lo straniero e' altresì ammesso al gratuito patrocinio a spese dello Stato, e, qualora sia sprovvisto di un difensore, e' assistito da un difensore designato dal giudice nell'ambito dei soggetti iscritti nella tabella di cui all'articolo 29 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, nonché, ove necessario, da un interprete";

f) i commi 6, 9 e 10 sono abrogati;

g) il comma 13 e' sostituito dai seguenti:

"13. Lo straniero espulso non puo' rientrare nel territorio dello Stato senza una speciale autorizzazione del Ministro dell'interno. In caso di trasgressione lo straniero e' punito con l'arresto da sei mesi ad un anno ed e' nuovamente espulso con accompagnamento immediato alla frontiera.

13-bis. Nel caso di espulsione disposta dal giudice, il trasgressore del divieto di reingresso e' punito con la reclusione da uno a quattro anni. La stessa pena si applica allo straniero che, già denunciato per il reato di cui al comma 13 ed espulso, abbia fatto reingresso sul territorio nazionale.

13-ter. Per i reati di cui ai commi 13 e 13-bis e' sempre consentito l'arresto in flagranza dell'autore del fatto e, nell'ipotesi di cui al comma 13-bis, e' consentito il fermo. In ogni caso contro l'autore del fatto si procede con rito direttissimo";

h) il comma 14 e' sostituito dal seguente:

"14. Salvo che sia diversamente disposto, il divieto di cui al comma 13 opera per un periodo di dieci anni. Nel decreto di espulsione puo' essere previsto un termine più breve, in ogni caso non inferiore a cinque anni, tenuto conto della complessiva condotta tenuta dall'interessato nel periodo di permanenza in Italia".

Art. 13. (Esecuzione dell'espulsione)

1. All'articolo 14 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 5 e' sostituito dal seguente:

"5. La convalida comporta la permanenza nel centro per un periodo di complessivi trenta giorni. Qualora l'accertamento dell'identita' e della nazionalita', ovvero l'acquisizione di documenti per il viaggio presenti gravi difficolta', il giudice, su

richiesta del questore, puo' prorogare il termine di ulteriori trenta giorni. Anche prima di tale termine, il questore esegue l'espulsione o il respingimento, dandone comunicazione senza ritardo al giudice";

b) dopo il comma 5, sono inseriti i seguenti:

"5-bis. Quando non sia stato possibile trattenere lo straniero presso un centro di permanenza temporanea, ovvero siano trascorsi i termini di permanenza senza aver eseguito l'espulsione o il respingimento, il questore ordina allo straniero di lasciare il territorio dello Stato entro il termine di cinque giorni. L'ordine e' dato con provvedimento scritto, recante l'indicazione delle conseguenze penali della sua trasgressione.

5-ter. Lo straniero che senza giustificato motivo si trattiene nel territorio dello Stato in violazione dell'ordine impartito dal questore ai sensi del comma 5-bis e' punito con l'arresto da sei mesi ad un anno. In tale caso si procede a nuova espulsione con accompagnamento alla frontiera a mezzo della forza pubblica.

5-quater. Lo straniero espulso ai sensi del comma 5-ter che viene trovato, in violazione delle norme del presente testo unico, nel territorio dello Stato e' punito con la reclusione da uno a quattro anni.

5-quinquies. Per i reati previsti ai commi 5-ter e 5-quater e' obbligatorio l'arresto dell'autore del fatto e si procede con rito direttissimo. Al fine di assicurare l'esecuzione dell'espulsione, il questore puo' disporre i provvedimenti di cui al comma 1 del presente articolo".

2. Per la costruzione di nuovi centri di permanenza temporanea e assistenza e' autorizzata la spesa nel limite massimo di 12,39 milioni di euro per l'anno 2002, 24,79 milioni di euro per l'anno 2003 e 24,79 milioni di euro per l'anno 2004.

Art. 14. (Ulteriori disposizioni per l'esecuzione dell'espulsione)

1. All'articolo 15 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, dopo il comma 1, e' aggiunto il seguente:

"1-bis. Della emissione del provvedimento di custodia cautelare o della definitiva sentenza di condanna ad una pena detentiva nei confronti di uno straniero proveniente da Paesi extracomunitari viene data tempestiva comunicazione al questore ed alla competente autorita' consolare al fine di avviare la procedura di

identificazione dello straniero e consentire, in presenza dei requisiti di legge, l'esecuzione della espulsione subito dopo la cessazione del periodo di custodia cautelare o di detenzione".

2. La rubrica dell'articolo 15 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998 e' sostituita dalla seguente: "Espulsione a titolo di misura di sicurezza e disposizioni per l'esecuzione dell'espulsione".

Art. 15. - (Espulsione a titolo di sanzione sostitutiva o alternativa alla detenzione)

1. L'articolo 16 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998 e' sostituito dal seguente:

"Art. 16. - (Espulsione a titolo di sanzione sostitutiva o alternativa alla detenzione)

- 1. Il giudice, nel pronunciare sentenza di condanna per un reato non colposo o nell'applicare la pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale nei confronti dello straniero che si trovi in taluna delle situazioni indicate nell'articolo 13, comma 2, quando ritiene di dovere irrogare la pena detentiva entro il limite di due anni e non ricorrono le condizioni per ordinare la sospensione condizionale della pena ai sensi dell'articolo 163 del codice penale ne' le cause ostative indicate nell'articolo 14, comma 1, del presente testo unico, puo' sostituire la medesima pena con la misura dell'espulsione per un periodo non inferiore a cinque anni.

2. L'espulsione di cui al comma 1 e' eseguita dal questore anche se la sentenza non e' irrevocabile, secondo le modalita' di cui all'articolo 13, comma 4.

3. L'espulsione di cui al comma 1 non puo' essere disposta nei casi in cui la condanna riguardi uno o piu' delitti previsti dall'articolo 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale, ovvero i delitti previsti dal presente testo unico, puniti con pena edittale superiore nel massimo a due anni.

4. Se lo straniero espulso a norma del comma 1 rientra illegalmente nel territorio dello Stato prima del termine previsto dall'articolo 13, comma 14, la sanzione sostitutiva e' revocata dal giudice competente.

5. Nei confronti dello straniero, identificato, detenuto, che si trova in taluna delle situazioni indicate nell'articolo 13, comma 2, che deve scontare una pena detentiva, anche residua, non superiore a due anni, e' disposta l'espulsione. Essa non puo' essere disposta nei casi in cui la condanna riguarda uno o piu' delitti

previsti dall'articolo 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale, ovvero i delitti previsti dal presente testo unico.

6. Competente a disporre l'espulsione di cui al comma 5 e' il magistrato di sorveglianza, che decide con decreto motivato, senza formalita', acquisite le informazioni degli organi di polizia sull'identita' e sulla nazionalita' dello straniero. Il decreto di espulsione e' comunicato allo straniero che, entro il termine di dieci giorni, puo' proporre opposizione dinanzi al tribunale di sorveglianza. Il tribunale decide nel termine di venti giorni.

7. L'esecuzione del decreto di espulsione di cui al comma 6 e' sospesa fino alla decorrenza dei termini di impugnazione o della decisione del tribunale di sorveglianza e, comunque, lo stato di detenzione permane fino a quando non siano stati acquisiti i necessari documenti di viaggio. L'espulsione e' eseguita dal questore competente per il luogo di detenzione dello straniero con la modalita' dell'accompagnamento alla frontiera a mezzo della forza pubblica.

8. La pena e' estinta alla scadenza del termine di dieci anni dall'esecuzione dell'espulsione di cui al comma 5, sempre che lo straniero non sia rientrato illegittimamente nel territorio dello Stato. In tale caso, lo stato di detenzione e' ripristinato e riprende l'esecuzione della pena.

9. L'espulsione a titolo di sanzione sostitutiva o alternativa alla detenzione non si applica ai casi di cui all'articolo 19".

Art. 16. - (Diritto di difesa)

1. All'articolo 17, comma 1, del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, dopo le parole: "Lo straniero" sono inserite le seguenti: "parte offesa ovvero" e dopo la parola: "richiesta" sono inserite le seguenti: "della parte offesa o".

Art. 17. (Determinazione dei flussi di ingresso)

1. All'articolo 21 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo il primo periodo e' inserito il seguente: "Nello stabilire le quote i decreti prevedono restrizioni numeriche all'ingresso di lavoratori di Stati che non collaborano adeguatamente nel contrasto all'immigrazione clandestina o nella riammissione di propri cittadini destinatari di provvedimenti di rimpatrio";

b) al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: "quote riservate" sono inserite le seguenti: "ai lavoratori di origine italiana per parte di almeno uno dei genitori fino al terzo grado in linea retta di ascendenza, residenti in Paesi non comunitari, che chiedano di essere inseriti in un apposito elenco, costituito presso le rappresentanze diplomatiche o consolari, contenente le qualifiche professionali dei lavoratori stessi, nonche";

c) dopo il comma 4 sono inseriti i seguenti:

"4-bis. Il decreto annuale ed i decreti infrannuali devono altresì essere predisposti in base ai dati sulla effettiva richiesta di lavoro suddivisi per regioni e per bacini provinciali di utenza, elaborati dall'anagrafe informatizzata, istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di cui al comma 7. Il regolamento di attuazione prevede possibili forme di collaborazione con altre strutture pubbliche e private, nei limiti degli ordinari stanziamenti di bilancio.

4-ter. Le regioni possono trasmettere, entro il 30 novembre di ogni anno, alla Presidenza del Consiglio dei ministri, un rapporto sulla presenza e sulla condizione degli immigrati extracomunitari nel territorio regionale, contenente anche le indicazioni previsionali relative ai flussi sostenibili nel triennio successivo in rapporto alla capacità di assorbimento del tessuto sociale e produttivo".

Art. 18. (Lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato e lavoro autonomo)

1. L'articolo 22 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998 è sostituito dal seguente:

"Art. 22. - (Lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato) -

1. In ogni provincia è istituito presso la prefettura-ufficio territoriale del Governo uno sportello unico per l'immigrazione, responsabile dell'intero procedimento relativo all'assunzione di lavoratori subordinati stranieri a tempo determinato ed indeterminato.

2. Il datore di lavoro italiano o straniero regolarmente soggiornante in Italia che intende instaurare in Italia un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato con uno straniero residente all'estero deve presentare allo sportello unico per l'immigrazione della provincia di residenza ovvero di quella in cui ha sede legale l'impresa, ovvero di quella ove avrà luogo la prestazione lavorativa:

- a) richiesta nominativa di nulla osta al lavoro;
- b) idonea documentazione relativa alle modalita' di sistemazione alloggiativa per il lavoratore straniero;
- c) la proposta di contratto di soggiorno con specificazione delle relative condizioni, comprensiva dell'impegno al pagamento da parte dello stesso datore di lavoro delle spese di ritorno dello straniero nel Paese di provenienza;
- d) dichiarazione di impegno a comunicare ogni variazione concernente il rapporto di lavoro.

3. Nei casi in cui non abbia una conoscenza diretta dello straniero, il datore di lavoro italiano o straniero regolarmente soggiornante in Italia puo' richiedere, presentando la documentazione di cui alle lettere b) e c) del comma 2, il nulla osta al lavoro di una o piu' persone iscritte nelle liste di cui all'articolo 21, comma 5, selezionate secondo criteri definiti nel regolamento di attuazione.

4. Lo sportello unico per l'immigrazione comunica le richieste di cui ai commi 2 e 3 al centro per l'impiego di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, competente in relazione alla provincia di residenza, domicilio o sede legale. Il centro per l'impiego provvede a diffondere le offerte per via telematica agli altri centri ed a renderle disponibili su sito INTERNET o con ogni altro mezzo possibile ed attiva gli eventuali interventi previsti dall'articolo 2 del decreto legislativo 21 aprile 2000, n. 181.

Decorsi venti giorni senza che sia stata presentata alcuna domanda da parte di lavoratore nazionale o comunitario, anche per via telematica, il centro trasmette allo sportello unico richiedente una certificazione negativa, ovvero le domande acquisite comunicandole altresì al datore di lavoro. Ove tale termine sia decorso senza che il centro per l'impiego abbia fornito riscontro, lo sportello unico procede ai sensi del comma 5.

5. Lo sportello unico per l'immigrazione, nel complessivo termine massimo di quaranta giorni dalla presentazione della richiesta, a condizione che siano state rispettate le prescrizioni di cui al comma 2 e le prescrizioni del contratto collettivo di lavoro applicabile alla fattispecie, rilascia, in ogni caso, sentito il questore, il nulla osta nel rispetto dei limiti numerici, quantitativi e qualitativi determinati a norma dell'articolo 3, comma 4, e dell'articolo 21, e, a richiesta del datore di lavoro, trasmette la documentazione, ivi compreso il codice fiscale, agli uffici consolari, ove possibile in via telematica. Il nulla osta al lavoro subordinato ha

validita' per un periodo non superiore a sei mesi dalla data del rilascio.

6. Gli uffici consolari del Paese di residenza o di origine dello straniero provvedono, dopo gli accertamenti di rito, a rilasciare il visto di ingresso con indicazione del codice fiscale, comunicato dallo sportello unico per l'immigrazione. Entro otto giorni dall'ingresso, lo straniero si reca presso lo sportello unico per l'immigrazione che ha rilasciato il nulla osta per la firma del contratto di soggiorno che resta ivi conservato e, a cura di quest'ultimo, trasmesso in copia all'autorita' consolare competente ed al centro per l'impiego competente.

7. Il datore di lavoro che omette di comunicare allo sportello unico per l'immigrazione qualunque variazione del rapporto di lavoro intervenuto con lo straniero, e' punito con la sanzione amministrativa da 500 a 2.500 euro. Per l'accertamento e l'irrogazione della sanzione e' competente il prefetto.

8. Salvo quanto previsto dall'articolo 23, ai fini dell'ingresso in Italia per motivi di lavoro, il lavoratore extracomunitario deve essere munito del visto rilasciato dal consolato italiano presso lo Stato di origine o di stabile residenza del lavoratore.

9. Le questure forniscono all'INPS, tramite collegamenti telematici, le informazioni anagrafiche relative ai lavoratori extracomunitari ai quali e' concesso il permesso di soggiorno per motivi di lavoro, o comunque idoneo per l'accesso al lavoro, e comunicano altresì il rilascio dei permessi concernenti i familiari ai sensi delle disposizioni di cui al titolo IV; l'INPS, sulla base delle informazioni ricevute, costituisce un "Archivio anagrafico dei lavoratori extracomunitari", da condividere con altre amministrazioni pubbliche; lo scambio delle informazioni avviene in base a convenzione tra le amministrazioni interessate. Le stesse informazioni sono trasmesse, in via telematica, a cura delle questure, all'ufficio finanziario competente che provvede all'attribuzione del codice fiscale.

10. Lo sportello unico per l'immigrazione fornisce al Ministero del lavoro e delle politiche sociali il numero ed il tipo di nulla osta rilasciati secondo le classificazioni adottate nei decreti di cui all'articolo 3, comma 4.

11. La perdita del posto di lavoro non costituisce motivo di revoca del permesso di soggiorno al lavoratore extracomunitario ed ai suoi familiari legalmente soggiornanti. Il lavoratore straniero in possesso del permesso di soggiorno per lavoro subordinato che perde il posto di lavoro, anche per dimissioni, puo' essere iscritto nelle liste di collocamento per il periodo di residua validita' del permesso di soggiorno, e comunque, salvo che si tratti di permesso di soggiorno per lavoro

stagionale, per un periodo non inferiore a sei mesi. Il regolamento di attuazione stabilisce le modalita' di comunicazione ai centri per l'impiego, anche ai fini dell'iscrizione del lavoratore straniero nelle liste di collocamento con prioritarieta' rispetto a nuovi lavoratori extracomunitari.

12. Il datore di lavoro che occupa alle proprie dipendenze lavoratori stranieri privi del permesso di soggiorno previsto dal presente articolo, ovvero il cui permesso sia scaduto e del quale non sia stato chiesto, nei termini di legge, il rinnovo, revocato o annullato, e' punito con l'arresto da tre mesi ad un anno e con l'ammenda di 5.000 euro per ogni lavoratore impiegato.

13. Salvo quanto previsto per i lavoratori stagionali dall'articolo 25, comma 5, in caso di rimpatrio il lavoratore extracomunitario conserva i diritti previdenziali e di sicurezza sociale maturati e puo' goderne indipendentemente dalla vigenza di un accordo di reciprocita' al verificarsi della maturazione dei requisiti previsti dalla normativa vigente, al compimento del sessantacinquesimo anno di eta', anche in deroga al requisito contributivo minimo previsto dall'articolo 1, comma 20, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

14. Le attribuzioni degli istituti di patronato e di assistenza sociale, di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152, sono estese ai lavoratori extracomunitari che prestino regolare attivita' di lavoro in Italia.

15. I lavoratori italiani ed extracomunitari possono chiedere il riconoscimento di titoli di formazione professionale acquisiti all'estero; in assenza di accordi specifici, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentita la commissione centrale per l'impiego, dispone condizioni e modalita' di riconoscimento delle qualifiche per singoli casi. Il lavoratore extracomunitario puo' inoltre partecipare, a norma del presente testo unico, a tutti i corsi di formazione e di riqualificazione programmati nel territorio della Repubblica.

16. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi degli statuti e delle relative norme di attuazione".

2. All'articolo 26, comma 5, del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998 e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "La rappresentanza diplomatica o consolare rilascia, altresì, allo straniero la certificazione dell'esistenza dei requisiti previsti dal presente articolo ai fini degli adempimenti previsti dall'articolo 5,

comma 3-quater, per la concessione del permesso di soggiorno per lavoro autonomo".

Art. 19. (Titoli di prelazione)

1. L'articolo 23 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998 e' sostituito dal seguente:

"Art. 23. - (Titoli di prelazione) –

1. Nell'ambito di programmi approvati, anche su proposta delle regioni e delle province autonome, dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e dal Ministero dell'istruzione, dell' universita' e della ricerca e realizzati anche in collaborazione con le regioni, le province autonome e altri enti locali, organizzazioni nazionali degli imprenditori e datori di lavoro e dei lavoratori, nonche' organismi internazionali finalizzati al trasferimento dei lavoratori stranieri in Italia ed al loro inserimento nei settori produttivi del Paese, enti ed associazioni operanti nel settore dell'immigrazione da almeno tre anni, possono essere previste attivita' di istruzione e di formazione professionale nei Paesi di origine.

2. L'attivita' di cui al comma 1 e' finalizzata:

- a) all'inserimento lavorativo mirato nei settori produttivi italiani che operano all'interno dello Stato;
- b) all'inserimento lavorativo mirato nei settori produttivi italiani che operano all'interno dei Paesi di origine;
- c) allo sviluppo delle attivita' produttive o imprenditoriali autonome nei Paesi di origine.

3. Gli stranieri che abbiano partecipato alle attivita' di cui al comma 1 sono preferiti nei settori di impiego ai quali le attivita' si riferiscono ai fini della chiamata al lavoro di cui all'articolo 22, commi 3, 4 e 5, secondo le modalita' previste nel regolamento di attuazione del presente testo unico.

4. Il regolamento di attuazione del presente testo unico prevede agevolazioni di impiego per i lavoratori autonomi stranieri che abbiano seguito i corsi di cui al comma 1".

Art. 20. (Lavoro stagionale)

1. L'articolo 24 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998 e' sostituito dal seguente:

"Art. 24. - (Lavoro stagionale) –

1. Il datore di lavoro italiano o straniero regolarmente soggiornante in Italia, o le associazioni di categoria per conto dei loro associati, che intendano instaurare in Italia un rapporto di lavoro subordinato a carattere stagionale con uno straniero devono presentare richiesta nominativa allo sportello unico per l'immigrazione della provincia di residenza ai sensi dell'articolo 22. Nei casi in cui il datore di lavoro italiano o straniero regolarmente soggiornante o le associazioni di categoria non abbiano una conoscenza diretta dello straniero, la richiesta, redatta secondo le modalita' previste dall'articolo 22, deve essere immediatamente comunicata al centro per l'impiego competente, che verifica nel termine di cinque giorni l'eventuale disponibilita' di lavoratori italiani o comunitari a ricoprire l'impiego stagionale offerto. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 22, comma 3.
2. Lo sportello unico per l'immigrazione rilascia comunque l'autorizzazione nel rispetto del diritto di precedenza maturato, decorsi dieci giorni dalla comunicazione di cui al comma 1 e non oltre venti giorni dalla data di ricezione della richiesta del datore di lavoro.
3. L'autorizzazione al lavoro stagionale ha validita' da venti giorni ad un massimo di nove mesi, in corrispondenza della durata del lavoro stagionale richiesto, anche con riferimento all'accorpamento di gruppi di lavori di piu' breve periodo da svolgere presso diversi datori di lavoro.
4. Il lavoratore stagionale, ove abbia rispettato le condizioni indicate nel permesso di soggiorno e sia rientrato nello Stato di provenienza alla scadenza del medesimo, ha diritto di precedenza per il rientro in Italia nell'anno successivo per ragioni di lavoro stagionale, rispetto ai cittadini del suo stesso Paese che non abbiano mai fatto regolare ingresso in Italia per motivi di lavoro. Puo', inoltre, convertire il permesso di soggiorno per lavoro stagionale in permesso di soggiorno per lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato, qualora se ne verificano le condizioni.
5. Le commissioni regionali tripartite, di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, possono stipulare con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale dei lavoratori e dei datori di lavoro, con le regioni e con gli enti locali, apposite convenzioni dirette a favorire l'accesso dei lavoratori stranieri ai posti di lavoro stagionale. Le convenzioni possono individuare il trattamento economico e normativo, comunque non inferiore a quello previsto per i lavoratori italiani e le misure per

assicurare idonee condizioni di lavoro della manodopera, nonché eventuali incentivi diretti o indiretti per favorire l'attivazione dei flussi e dei deflussi e le misure complementari relative all'accoglienza.

6. Il datore di lavoro che occupa alle sue dipendenze, per lavori di carattere stagionale, uno o più stranieri privi del permesso di soggiorno per lavoro stagionale, ovvero il cui permesso sia scaduto, revocato o annullato, è punito ai sensi dell'articolo 22, comma 12".

Art. 21. - (Ingresso e soggiorno per lavoro autonomo)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 26, dopo il comma 7, è aggiunto, in fine, il seguente:

"7-bis. La condanna con provvedimento irrevocabile per alcuno dei reati previsti dalle disposizioni del Titolo III, Capo III, Sezione II, della legge 22 aprile 1941, n. 633, e successive modificazioni, relativi alla tutela del diritto di autore, e dagli articoli 473 e 474 del codice penale comporta la revoca del permesso di soggiorno rilasciato allo straniero e l'espulsione del medesimo con accompagnamento alla frontiera a mezzo della forza pubblica".

Art. 22. (Attività sportive)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 27, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo la lettera r) è aggiunta la seguente:
"r-bis) infermieri professionali assunti presso strutture sanitarie pubbliche e private";

b) dopo il comma 5 è aggiunto, in fine, il seguente:

"5-bis. Con decreto del Ministro per i beni e le attività culturali, su proposta del Comitato olimpico nazionale italiano (CONI), sentiti i Ministri dell'interno e del lavoro e delle politiche sociali, è determinato il limite massimo annuale d'ingresso degli sportivi stranieri che svolgono attività sportiva a titolo professionistico o comunque retribuita, da ripartire tra le federazioni sportive nazionali. Tale ripartizione è effettuata dal CONI con delibera da sottoporre all'approvazione del Ministro vigilante. Con la stessa delibera sono stabiliti i criteri generali di assegnazione e di tesseramento per ogni stagione agonistica anche al fine di assicurare la tutela dei vivai giovanili".

Art. 23. - (Ricongiungimento familiare)

1. All'articolo 29 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) dopo la lettera b) e' inserita la seguente:

"b-bis) figli maggiorenni a carico, qualora non possano per ragioni oggettive provvedere al proprio sostentamento a causa del loro stato di salute che comporti invalidita' totale";

2) alla lettera c), sono aggiunte, in fine, le seguenti parole:

"qualora non abbiano altri figli nel Paese di origine o di provenienza ovvero genitori ultrasessantacinquenni qualora gli altri figli siano impossibilitati al loro sostentamento per documentati gravi motivi di salute";

3) la lettera d) e' abrogata;

b) i commi 7, 8 e 9 sono sostituiti dai seguenti:

"7. La domanda di nulla osta al ricongiungimento familiare, corredata della prescritta documentazione compresa quella attestante i rapporti di parentela, coniugio e la minore eta', autenticata dall'autorita' consolare italiana, e' presentata allo sportello unico per l'immigrazione presso la prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per il luogo di dimora del richiedente, la quale ne rilascia copia contrassegnata con timbro datario e sigla del dipendente incaricato del ricevimento. L'ufficio, verificata, anche mediante accertamenti presso la questura competente, l'esistenza dei requisiti di cui al presente articolo, emette il provvedimento richiesto, ovvero un provvedimento di diniego del nulla osta.

8. Trascorsi novanta giorni dalla richiesta del nulla osta, l'interessato puo' ottenere il visto di ingresso direttamente dalle rappresentanze diplomatiche e consolari italiane, dietro esibizione della copia degli atti contrassegnata dallo sportello unico per l'immigrazione, da cui risulti la data di presentazione della domanda e della relativa documentazione.

9. Le rappresentanze diplomatiche e consolari italiane rilasciano altresì il visto di ingresso al seguito nei casi previsti dal comma 5".

Art. 24. (Permesso di soggiorno per motivi familiari)

1. All'articolo 30 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, al comma 5, prima delle parole: "In caso di separazione", sono inserite le seguenti: "In caso di morte del familiare in possesso dei requisiti per il ricongiungimento e".

Art. 25. - (Minori affidati al compimento della maggiore età')

1. All'articolo 32 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, dopo il comma 1 sono aggiunti i seguenti:

"1-bis. Il permesso di soggiorno di cui al comma 1 può essere rilasciato per motivi di studio, di accesso al lavoro ovvero di lavoro subordinato o autonomo, al compimento della maggiore età, sempreché non sia intervenuta una decisione del Comitato per i minori stranieri di cui all'articolo 33, ai minori stranieri non accompagnati che siano stati ammessi per un periodo non inferiore a due anni in un progetto di integrazione sociale e civile gestito da un ente pubblico o privato che abbia rappresentanza nazionale e che comunque sia iscritto nel registro istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 52 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394.

1-ter. L'ente gestore dei progetti deve garantire e provare con idonea documentazione, al momento del compimento della maggiore età del minore straniero di cui al comma 1-bis, che l'interessato si trova sul territorio nazionale da non meno di tre anni, che ha seguito il progetto per non meno di due anni, ha la disponibilità di un alloggio e frequenta corsi di studio ovvero svolge attività lavorativa retribuita nelle forme e con le modalità previste dalla legge italiana, ovvero è in possesso di contratto di lavoro anche se non ancora iniziato.

1-quater. Il numero dei permessi di soggiorno rilasciati ai sensi del presente articolo è portato in detrazione dalle quote di ingresso definite annualmente nei decreti di cui all'articolo 3, comma 4".

Art. 26. (Accesso ai corsi delle università)

1. Il comma 5 dell'articolo 39 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998 è sostituito dal seguente:

"5. È comunque consentito l'accesso ai corsi universitari, a parità di condizioni con gli studenti italiani, agli stranieri titolari di carta di soggiorno, ovvero di permesso di soggiorno per lavoro subordinato o per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, o per motivi religiosi, ovvero agli stranieri regolarmente soggiornanti da almeno un anno in possesso di titolo di studio superiore conseguito in Italia, nonché agli stranieri, ovunque residenti, che sono titolari dei diplomi finali delle scuole italiane all'estero o delle scuole straniere o internazionali, funzionanti in Italia o all'estero, oggetto di intese

bilaterali o di normative speciali per il riconoscimento dei titoli di studio e soddisfino le condizioni generali richieste per l'ingresso per studio".

Art. 27. (Centri di accoglienza e accesso all'abitazione)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 40, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, l'ultimo periodo e' soppresso;

b) dopo il comma 1 e' inserito il seguente:

"1-bis. L'accesso alle misure di integrazione sociale e' riservato agli stranieri non appartenenti a Paesi dell'Unione europea che dimostrino di essere in regola con le norme che disciplinano il soggiorno in Italia ai sensi del presente testo unico e delle leggi e regolamenti vigenti in materia";

c) il comma 5 e' abrogato;

d) il comma 6 e' sostituito dal seguente:

"6. Gli stranieri titolari di carta di soggiorno e gli stranieri regolarmente soggiornanti in possesso di permesso di soggiorno almeno biennale e che esercitano una regolare attivita' di lavoro subordinato o di lavoro autonomo hanno diritto di accedere, in condizioni di parita' con i cittadini italiani, agli alloggi di edilizia residenziale pubblica e ai servizi di intermediazione delle agenzie sociali eventualmente predisposte da ogni regione o dagli enti locali per agevolare l'accesso alle locazioni abitative e al credito agevolato in materia di edilizia, recupero, acquisto e locazione della prima casa di abitazione".

Art. 28. (Aggiornamenti normativi)

1. Nel testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, ovunque ricorrano, le parole: "ufficio periferico del Ministero del lavoro e della previdenza sociale" sono sostituite dalle seguenti: "prefettura-ufficio territoriale del Governo" e le parole: "il pretore" sono sostituite dalle seguenti: "il tribunale in composizione monocratica".

2. All'articolo 25 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, il primo periodo del comma 5 e' sostituito dal seguente: "Ai contributi di cui al comma 1, lettera a), si applicano le disposizioni dell'articolo 22, comma 13, concernenti il trasferimento degli stessi all'istituto o ente assicuratore dello Stato di provenienza".

3. All'articolo 26 del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, nel comma 3, le parole da: "o di corrispondente garanzia" fino alla fine del comma sono soppresse.

Art. 29. (Matrimoni contratti al fine di eludere le norme sull'ingresso e sul soggiorno dello straniero)

1. Al testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, all'articolo 30, dopo il comma 1, e' inserito il seguente:

"1-bis. Il permesso di soggiorno nei casi di cui al comma 1, lettera b), e' immediatamente revocato qualora sia accertato che al matrimonio non e' seguita l'effettiva convivenza salvo che dal matrimonio sia nata prole".

Art. 30. (Misure di potenziamento delle rappresentanze diplomatiche e degli uffici consolari)

1. Al fine di provvedere alle straordinarie esigenze di servizio connesse con l'attuazione delle misure previste dalla presente legge, e nelle more del completamento degli organici del Ministero degli affari esteri mediante ricorso alle ordinarie procedure di assunzione del personale, le rappresentanze diplomatiche e gli uffici consolari di prima categoria possono assumere, previa autorizzazione dell'Amministrazione centrale, personale con contratto temporaneo della durata di sei mesi, nel limite complessivo di ottanta unita', anche in deroga ai limiti del contingente di cui all'articolo 152, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18, e successive modificazioni. Per le stesse esigenze il contratto puo' essere rinnovato per due ulteriori successivi periodi di sei mesi, anche in deroga al limite temporale di cui all'articolo 153, secondo e terzo comma, del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 18 del 1967. Le suddette unita' di personale sono destinate a svolgere mansioni amministrative ordinarie nelle predette sedi all'estero. Nelle medesime sedi un corrispondente numero di unita' di personale di ruolo appartenente alle aree funzionali e' conseguentemente adibito all'espletamento di funzioni istituzionali in materia di immigrazione ed asilo, nonche' di rilascio dei visti di ingresso.

2. Per l'assunzione del personale di cui al comma 1 si applicano le procedure previste per il personale temporaneo di cui all'articolo 153 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 18 del 1967.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASILO**Art. 31.** (Permesso di soggiorno per i richiedenti asilo)

1. L'ultimo periodo del comma 5 dell'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 39, e' sostituito dal seguente: "Il questore territorialmente competente, quando non ricorrano le ipotesi previste negli articoli 1-bis e 1-ter, rilascia, su richiesta, un permesso di soggiorno temporaneo valido fino alla definizione della procedura di riconoscimento".

Art. 32. (Procedura semplificata)

1. Al decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 39, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'articolo 1, il comma 7 e' abrogato;
- b) dopo l'articolo 1 sono inseriti i seguenti:

"Art. 1-bis. - (Casi di trattenimento) –

1. Il richiedente asilo non puo' essere trattenuto al solo fine di esaminare la domanda di asilo presentata. Esso puo', tuttavia, essere trattenuto per il tempo strettamente necessario alla definizione delle autorizzazioni alla permanenza nel territorio dello Stato in base alle disposizioni del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, nei seguenti casi:

- a) per verificare o determinare la sua nazionalita' o identita', qualora egli non sia in possesso dei documenti di viaggio o d'identita', oppure abbia, al suo arrivo nello Stato, presentato documenti risultati falsi;
- b) per verificare gli elementi su cui si basa la domanda di asilo, qualora tali elementi non siano immediatamente disponibili;
- c) in dipendenza del procedimento concernente il riconoscimento del diritto ad essere ammesso nel territorio dello Stato.

2. Il trattenimento deve sempre essere disposto nei seguenti casi:

- a) a seguito della presentazione di una domanda di asilo presentata dallo straniero fermato per avere eluso o tentato di eludere il controllo di frontiera o subito dopo, o, comunque, in condizioni di soggiorno irregolare;
- b) a seguito della presentazione di una domanda di asilo da parte di uno straniero

gia' destinatario di un provvedimento di espulsione o respingimento.
3. Il trattenimento previsto nei casi di cui al comma 1, lettere a), b) e c), e nei casi di cui al comma 2, lettera a), e' attuato nei centri di identificazione secondo le norme di apposito regolamento.

Il medesimo regolamento determina il numero, le caratteristiche e le modalita' di gestione di tali strutture e tiene conto degli atti adottati dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (ACNUR), dal Consiglio d'Europa e dall'Unione europea. Nei centri di identificazione sara' comunque consentito l'accesso ai rappresentanti dell'ACNUR. L'accesso sara' altresì consentito agli avvocati e agli organismi ed enti di tutela dei rifugiati con esperienza consolidata nel settore, autorizzati dal Ministero dell'interno.

4. Per il trattenimento di cui al comma 2, lettera b), si osservano le norme di cui all'articolo 14 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Nei centri di permanenza temporanea e assistenza di cui al medesimo articolo 14 sara' comunque consentito l'accesso ai rappresentanti dell'ACNUR. L'accesso sara' altresì consentito agli avvocati e agli organismi ed enti di tutela dei rifugiati con esperienza consolidata nel settore, autorizzati dal Ministero dell'interno.

5. Allo scadere del periodo previsto per la procedura semplificata di cui all'articolo 1-ter, e qualora la stessa non si sia ancora conclusa, allo straniero e' concesso un permesso di soggiorno temporaneo fino al termine della procedura stessa.

Art. 1-ter. - (Procedura semplificata) –

1. Nei casi di cui alle lettere a) e b) del comma 2 dell'articolo 1-bis e' istituita la procedura semplificata per la definizione della istanza di riconoscimento dello status di rifugiato secondo le modalità di cui ai commi da 2 a 6.

2. Appena ricevuta la richiesta di riconoscimento dello status di rifugiato di cui all'articolo 1-bis, comma 2, lettera a), il questore competente per il luogo in cui la richiesta e' stata presentata dispone il trattenimento dello straniero interessato in uno dei centri di identificazione di cui all'articolo 1-bis, comma 3. Entro due giorni dal ricevimento dell'istanza, il questore provvede alla trasmissione della documentazione necessaria alla commissione territoriale per il riconoscimento dello status di rifugiato che, entro quindici giorni dalla data di ricezione della documentazione, provvede all'audizione. La decisione e' adottata entro i successivi tre giorni.

3. Appena ricevuta la richiesta di riconoscimento dello status di rifugiato di cui all'articolo 1-bis, comma 2, lettera b), il questore competente per il luogo in cui la richiesta e' stata presentata dispone il trattenimento dello straniero interessato in uno dei centri di permanenza temporanea di cui all'articolo 14 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286; ove gia' sia in corso il trattenimento, il questore chiede al tribunale in composizione monocratica la proroga del periodo di trattenimento per ulteriori trenta giorni per consentire l'espletamento della procedura di cui al presente articolo. Entro due giorni dal ricevimento dell'istanza, il questore provvede alla trasmissione della documentazione necessaria alla commissione territoriale per il riconoscimento dello status di rifugiato che, entro quindici giorni dalla data di ricezione della documentazione, provvede all'audizione.

La decisione e' adottata entro i successivi tre giorni.

4. L'allontanamento non autorizzato dai centri di cui all'articolo 1-bis, comma 3, equivale a rinuncia alla domanda.

5. Lo Stato italiano e' competente all'esame delle domande di riconoscimento dello status di rifugiato di cui al presente articolo, ove i tempi non lo consentano, ai sensi della Convenzione di Dublino ratificata ai sensi della legge 23 dicembre 1992, n. 523.

6. La commissione territoriale, integrata da un componente della Commissione nazionale per il diritto di asilo, procede, entro dieci giorni, al riesame delle decisioni su richiesta adeguatamente motivata dello straniero di cui e' disposto il trattenimento in uno dei centri di identificazione di cui all'articolo 1-bis, comma 3. La richiesta va presentata alla commissione territoriale entro cinque giorni dalla comunicazione della decisione. L'eventuale ricorso avverso la decisione della commissione territoriale e' presentato al tribunale in composizione monocratica territorialmente competente entro quindici giorni, anche dall'estero tramite le rappresentanze diplomatiche. Il ricorso non sospende il provvedimento di allontanamento dal territorio nazionale; il richiedente asilo puo' tuttavia chiedere al prefetto competente di essere autorizzato a rimanere sul territorio nazionale fino all'esito del ricorso. La decisione di rigetto del ricorso e' immediatamente esecutiva.

Art. 1-quater. - (Commissioni territoriali) –

1. Presso le prefetture-uffici territoriali del Governo indicati con il regolamento di cui all'articolo 1-bis, comma 3, sono istituite le commissioni territoriali per il riconoscimento dello status di rifugiato. Le predette commissioni, nominate con decreto del Ministro dell'interno, sono presiedute da un funzionario della carriera prefettizia e composte da un funzionario della Polizia di Stato, da un rappresentante dell'ente territoriale designato dalla Conferenza Stato-citta' ed autonomie locali e da un rappresentante dell'ACNUR.

Per ciascun componente deve essere previsto un componente supplente. Tali commissioni possono essere integrate, su richiesta del Presidente della Commissione centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato prevista all'articolo 2 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 15 maggio 1990, n. 136, da un funzionario del Ministero degli affari esteri con la qualifica di componente a tutti gli effetti, ogni volta che sia necessario, in relazione a particolari afflussi di richiedenti asilo, in ordine alle domande dei quali occorra disporre di particolari elementi di valutazione in merito alla situazione dei Paesi di provenienza di competenza del Ministero degli affari esteri. In caso di parita', prevale il voto del Presidente. Ove necessario, in relazione a particolari afflussi di richiedenti asilo, le commissioni possono essere composte da personale posto in posizione di distacco o di collocamento a riposo. La partecipazione del personale di cui al precedente periodo ai lavori delle commissioni non comporta la corresponsione di compensi o di indennita' di qualunque natura.

2. Entro due giorni dal ricevimento dell'istanza, il questore provvede alla trasmissione della documentazione necessaria alla commissione territoriale per il riconoscimento dello status di rifugiato che entro trenta giorni provvede all'audizione. La decisione e' adottata entro i successivi tre giorni.

3. Durante lo svolgimento dell'audizione, ove necessario, le commissioni territoriali si avvalgono di interpreti. Del colloquio con il richiedente viene redatto verbale. Le decisioni sono adottate con atto scritto e motivato. Le stesse verranno comunicate al richiedente, unitamente all'informazione sulle modalita' di impugnazione, nelle forme previste dall'articolo 2, comma 6, del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

4. Nell'esaminare la domanda di asilo le commissioni territoriali valutano per i provvedimenti di cui all'articolo 5, comma 6, del citato testo unico di cui al

decreto legislativo n. 286 del 1998, le conseguenze di un rimpatrio alla luce degli obblighi derivanti dalle convenzioni internazionali di cui l'Italia e' firmataria e, in particolare, dell'articolo 3 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle liberta' fondamentali, ratificata ai sensi della legge 4 agosto 1955, n. 848.

5. Avverso le decisioni delle commissioni territoriali e' ammesso ricorso al tribunale ordinario territorialmente competente che decide ai sensi dell'articolo 1-ter, comma 6.

Art. 1-quinquies. - (Commissione nazionale per il diritto di asilo) -

1. La Commissione centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato prevista dall'articolo 2 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 15 maggio 1990, n. 136, e' trasformata in Commissione nazionale per il diritto di asilo, di seguito denominata "Commissione nazionale", nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta congiunta dei Ministri dell'interno e degli affari esteri. La Commissione e' presieduta da un prefetto ed e' composta da un dirigente in servizio presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, da un funzionario della carriera diplomatica, da un funzionario della carriera prefettizia in servizio presso il Dipartimento per le liberta' civili e l'immigrazione e da un dirigente del Dipartimento della pubblica sicurezza. Alle riunioni partecipa un rappresentante del delegato in Italia dell'ACNUR. Ciascuna amministrazione designa, altresì, un supplente. La Commissione nazionale, ove necessario, puo' essere articolata in sezioni di analoga composizione.

2. La Commissione nazionale ha compiti di indirizzo e coordinamento delle commissioni territoriali, di formazione e aggiornamento dei componenti delle medesime commissioni, di raccolta di dati statistici oltre che poteri decisionali in tema di revoche e cessazione degli status concessi.

3. Con il regolamento di cui all'articolo 1-bis, comma 3, sono stabilite le modalita' di funzionamento della Commissione nazionale e di quelle territoriali.

Art. 1-sexies. - (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) -

1. Gli enti locali che prestano servizi finalizzati all'accoglienza dei richiedenti asilo e alla tutela dei rifugiati e degli stranieri destinatari di altre forme di protezione umanitaria possono accogliere nell'ambito dei servizi medesimi il richiedente asilo privo di mezzi di sussistenza nel caso in cui non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli 1-bis e 1-ter.

2. Il Ministro dell'interno, con proprio decreto, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede annualmente, e nei limiti delle risorse del Fondo di cui all'articolo 1-septies, al sostegno finanziario dei servizi di accoglienza di cui al comma 1, in misura non superiore all'80 per cento del costo complessivo di ogni singola iniziativa territoriale.

3. In fase di prima attuazione, il decreto di cui al comma 2:
a) stabilisce le linee guida e il formulario per la presentazione delle domande di contributo, i criteri per la verifica della corretta gestione dello stesso e le modalita' per la sua eventuale revoca;

b) assicura, nei limiti delle risorse finanziarie del Fondo di cui all'articolo 1-septies, la continuita' degli interventi e dei servizi gia' in atto, come previsti dal Fondo europeo per i rifugiati;

c) determina, nei limiti delle risorse finanziarie del Fondo di cui all'articolo 1-septies, le modalita' e la misura dell'erogazione di un contributo economico di prima assistenza in favore del richiedente asilo che non rientra nei casi previsti dagli articoli 1-bis e 1-ter e che non e' accolto nell'ambito dei servizi di accoglienza di cui al comma 1.

4. Al fine di razionalizzare e ottimizzare il sistema di protezione del richiedente asilo, del rifugiato e dello straniero con permesso umanitario di cui all'articolo 18 del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e di facilitare il coordinamento, a livello nazionale, dei servizi di accoglienza territoriali, il Ministero dell'interno attiva, sentiti l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e l'ACNUR, un servizio centrale di informazione, promozione, consulenza, monitoraggio e supporto tecnico agli enti locali che prestano i servizi di accoglienza di cui al comma 1. Il servizio centrale e' affidato, con apposita convenzione, all'ANCI.

5. Il servizio centrale di cui al comma 4 provvede a:

a) monitorare la presenza sul territorio dei richiedenti asilo, dei rifugiati e degli stranieri con permesso umanitario;

b) creare una banca dati degli interventi realizzati a livello locale in favore dei richiedenti asilo e dei rifugiati;

c) favorire la diffusione delle informazioni sugli interventi;

d) fornire assistenza tecnica agli enti locali, anche nella predisposizione dei servizi di cui al comma 1;

e) promuovere e attuare, d'intesa con il Ministero degli affari esteri, programmi di rimpatrio attraverso l'Organizzazione internazionale per le migrazioni o altri organismi, nazionali o internazionali, a carattere umanitario.

6. Le spese di funzionamento e di gestione del servizio centrale sono finanziate nei limiti delle risorse del Fondo di cui all'articolo 1-septies.

Art. 1-septies. - (Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo) –

1. Ai fini del finanziamento delle attività e degli interventi di cui all'articolo 1-sexies, presso il Ministero dell'interno, è istituito il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, la cui dotazione è costituita da:

a) le risorse iscritte nell'unità previsionale di base 4.1.2.5 "Immigrati, profughi e rifugiati" - capitolo 2359 - dello stato di previsione del Ministero dell'interno per l'anno 2002, già destinate agli interventi di cui all'articolo 1-sexies e corrispondenti a 5,16 milioni di euro;

b) le assegnazioni annuali del Fondo europeo per i rifugiati, ivi comprese quelle già attribuite all'Italia per gli anni 2000, 2001 e 2002 ed in via di accreditamento al Fondo di rotazione del Ministero dell'economia e delle finanze;

c) i contributi e le donazioni eventualmente disposti da privati, enti o organizzazioni, anche internazionali, e da altri organismi dell'Unione europea.

2. Le somme di cui al comma 1, lettere b) e c), sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate al Fondo di cui al medesimo comma 1.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio".

2. Per la costruzione di nuovi centri di identificazione è autorizzata la spesa nel limite massimo di 25,31 milioni di euro per l'anno 2003.

Art. 33. - (Dichiarazione di emersione di lavoro irregolare)

1. Chiunque, nei tre mesi antecedenti la data di entrata in vigore della presente legge, ha occupato alle proprie dipendenze personale di origine extracomunitaria, adibendolo ad attività di assistenza a componenti della famiglia affetti da patologie o handicap che ne limitano l'autosufficienza ovvero al lavoro domestico di sostegno al bisogno familiare, può denunciare, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, la sussistenza del rapporto di lavoro alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio mediante

presentazione della dichiarazione di emersione nelle forme previste dal presente articolo. La dichiarazione di emersione e' presentata dal richiedente, a proprie spese, agli uffici postali. Per quanto concerne la data, fa fede il timbro dell'ufficio postale accettante. La denuncia di cui al primo periodo del presente comma e' limitata ad una unita' per nucleo familiare, con riguardo al lavoro domestico di sostegno al bisogno familiare.

2. La dichiarazione di emersione contiene a pena di inammissibilita':

- a) le generalita' del datore di lavoro ed una dichiarazione attestante la cittadinanza italiana o, comunque, la regolarita' della sua presenza in Italia;
- b) l'indicazione delle generalita' e della nazionalita' dei lavoratori occupati;
- c) l'indicazione della tipologia e delle modalita' di impiego;
- d) l'indicazione della retribuzione convenuta, in misura non inferiore a quella prevista dal vigente contratto collettivo nazionale di lavoro di riferimento.

3. Ai fini della ricevibilita', alla dichiarazione di emersione sono allegati:

- a) attestato di pagamento di un contributo forfettario, pari all'importo trimestrale corrispondente al rapporto di lavoro dichiarato, senza aggravio di ulteriori somme a titolo di penali ed interessi;
- b) copia di impegno a stipulare con il prestatore d'opera, nei termini di cui al comma 5, il contratto di soggiorno previsto dall'articolo 5-bis del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, introdotto dall'articolo 6 della presente legge;
- c) certificazione medica della patologia o handicap del componente la famiglia alla cui assistenza e' destinato il lavoratore. Tale certificazione non e' richiesta qualora il lavoratore extracomunitario sia adibito al lavoro domestico di sostegno al bisogno familiare.

4. Nei venti giorni successivi alla ricezione della dichiarazione di cui al comma 1, la prefettura - ufficio territoriale del Governo competente per territorio verifica l'ammissibilita' e la ricevibilita' della dichiarazione e la questura accerta se sussistono motivi ostativi all'eventuale rilascio del permesso di soggiorno della durata di un anno, dandone comunicazione alla prefettura - ufficio territoriale del Governo, che assicura la tenuta di un registro informatizzato di coloro che hanno presentato la denuncia di cui al comma 1 e dei lavoratori extracomunitari cui e' riferita la denuncia.

5. Nei dieci giorni successivi alla comunicazione della mancanza di motivi ostativi al rilascio del permesso di soggiorno di cui al comma 4, la prefettura - ufficio territoriale del Governo invita le parti a presentarsi per stipulare il contratto di soggiorno nelle forme previste dalla presente legge e alle condizioni contenute nella dichiarazione di emersione e per il contestuale rilascio del permesso di soggiorno, permanendo le condizioni soggettive di cui al comma 4. Il permesso di soggiorno e' rinnovabile previo accertamento da parte dell'organo competente della prova della continuazione del rapporto e della regolarita' della posizione contributiva della manodopera occupata. La mancata presentazione delle parti comporta l'archiviazione del relativo procedimento.

6. I datori di lavoro che inoltrano la dichiarazione di emersione del lavoro irregolare ai sensi dei commi da 1 a 5, non sono punibili per le violazioni delle norme relative al soggiorno, al lavoro e di carattere finanziario, compiute, antecedentemente alla data di entrata in vigore della presente legge, in relazione all'occupazione dei lavoratori extracomunitari indicati nella dichiarazione di emersione presentata. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali determina con proprio decreto i parametri retributivi e le modalita' di calcolo e di corresponsione delle somme di cui al comma 3, lettera a), nonche' le modalita' per la successiva imputazione delle stesse sia per fare fronte all'organizzazione e allo svolgimento dei compiti di cui al presente articolo, sia in relazione alla posizione contributiva del lavoratore interessato in modo da garantire l'equilibrio finanziario delle relative gestioni previdenziali. Il Ministro, con proprio decreto, determina altresì le modalita' di corresponsione delle somme e degli interessi dovuti per i contributi previdenziali concernenti periodi denunciati antecedenti ai tre mesi di cui al comma 3.

7. Le disposizioni del presente articolo non si applicano ai rapporti di lavoro che occupino prestatori d'opera extracomunitari:

- a) nei confronti dei quali sia stato emesso un provvedimento di espulsione per motivi diversi dal mancato rinnovo del permesso di soggiorno;
- b) che risultino segnalati, anche in base ad accordi o convenzioni internazionali in vigore in Italia, ai fini della non ammissione nel territorio dello Stato;
- c) che risultino denunciati per uno dei reati indicati negli articoli 380 e 381 del codice di procedura penale, salvo che i relativi procedimenti si siano conclusi con un provvedimento che esclude il reato o la responsabilita' dell'interessato, ovvero

risultino destinatari dell'applicazione di una misura di prevenzione, salvi in ogni caso gli effetti della riabilitazione. Le disposizioni del presente articolo non costituiscono impedimento all'espulsione degli stranieri che risultino pericolosi per la sicurezza dello Stato.

8. Chiunque presenta una falsa dichiarazione di emersione ai sensi del comma 1, al fine di eludere le disposizioni in materia di immigrazione della presente legge, e' punito con la reclusione da due a nove mesi, salvo che il fatto costituisca piu' grave reato.

Capo III DISPOSIZIONI DI COORDINAMENTO

Art. 34. (Norme transitorie e finali)

1. Entro sei mesi dalla data della pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale si procede, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, all'emanazione delle norme di attuazione ed integrazione della presente legge, nonche' alla revisione ed armonizzazione delle disposizioni contenute nel regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394. Con il medesimo regolamento sono definite le modalita' di funzionamento dello sportello unico per l'immigrazione previsto dalla presente legge; fino alla data di entrata in vigore del predetto regolamento le funzioni di cui agli articoli 18, 23 e 28 continuano ad essere svolte dalla direzione provinciale del lavoro.

2. Entro quattro mesi dalla data della pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale si procede, con regolamento emanato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, alla revisione ed integrazione delle disposizioni regolamentari vigenti sull'immigrazione, sulla condizione dello straniero e sul diritto di asilo, limitatamente alle seguenti finalita':

- a) razionalizzare l'impiego della telematica nelle comunicazioni, nelle suddette materie, tra le amministrazioni pubbliche;
- b) assicurare la massima interconnessione tra gli archivi gia' realizzati al riguardo o in via di realizzazione presso le amministrazioni pubbliche;
- c) promuovere le opportune iniziative per la riorganizzazione degli archivi esistenti.

3. Il regolamento previsto dall'articolo 1-bis, comma 3, del decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 39, introdotto dall'articolo 32, e' emanato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Le disposizioni di cui agli articoli 31 e 32 si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del predetto regolamento; fino a tale data si applica la disciplina anteriormente vigente.

4. Fino al completamento di un adeguato programma di realizzazione di una rete di centri di permanenza temporanea e assistenza, accertato con decreto del Ministro dell'interno, sentito il Comitato di cui al comma 2 dell'articolo 2-bis del testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, introdotto dall'articolo 2 della presente legge, il sindaco, in particolari situazioni di emergenza, puo' disporre l'alloggiamento, nei centri di accoglienza di cui all'articolo 40 del citato testo unico di cui al decreto legislativo n. 286 del 1998, di stranieri non in regola con le disposizioni sull'ingresso e sul soggiorno nel territorio dello Stato, fatte salve le disposizioni sul loro allontanamento dal territorio medesimo.

Art. 35. - (Istituzione della Direzione centrale dell'immigrazione e della polizia delle frontiere)

1. E' istituita, presso il Dipartimento della pubblica sicurezza del Ministero dell'interno, la Direzione centrale dell'immigrazione e della polizia delle frontiere con compiti di impulso e di coordinamento delle attivita' di polizia di frontiera e di contrasto dell'immigrazione clandestina, nonche' delle attivita' demandate alle autorita' di pubblica sicurezza in materia di ingresso e soggiorno degli stranieri. Alla suddetta Direzione centrale e' preposto un prefetto, nell'ambito della dotazione organica esistente.

2. Fermo restando quanto previsto dal comma 1, la determinazione del numero e delle competenze degli uffici in cui si articola la Direzione centrale dell'immigrazione e della polizia delle frontiere, nonche' la determinazione delle piante organiche e dei mezzi a disposizione, sono effettuate con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ai sensi dell'articolo 5 della legge 1° aprile 1981, n. 121. Dall'istituzione della Direzione centrale, che si avvale delle risorse umane, strumentali e finanziarie esistenti, non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

3. La denominazione della Direzione centrale di cui all'articolo 4, comma 2, lettera h), del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2001, n. 398, e' conseguentemente modificata in "Direzione centrale per la polizia stradale, ferroviaria, delle comunicazioni e per i reparti speciali della Polizia di Stato".

4. Eventuali integrazioni e modifiche delle disposizioni di cui ai commi precedenti sono effettuate con la procedura di cui all'articolo 17, comma 4-bis, della legge 23 agosto 1988, n. 400.

Art. 36. (Esperti della Polizia di Stato)

1. Nell'ambito delle strategie finalizzate alla prevenzione dell'immigrazione clandestina, il Ministero dell'interno, d'intesa con il Ministero degli affari esteri, puo' inviare presso le rappresentanze diplomatiche e gli uffici consolari funzionari della Polizia di Stato in qualita' di esperti nominati secondo le procedure e le modalita' previste dall'articolo 168 del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18. A tali fini il contingente previsto dal citato articolo 168 e' aumentato sino ad un massimo di ulteriori undici unita', riservate agli esperti della Polizia di Stato, corrispondenti agli esperti nominati ai sensi del presente comma.

2. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, determinato nella misura di 778.817 euro per l'anno 2002 e di 1.557.633 euro annui a decorrere dall'anno 2003, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2002-2004, nell'ambito dell'unita' previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2002, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

Art. 37. - (Disposizioni relative al Comitato parlamentare di controllo sull'attuazione dell'accordo di Schengen, di vigilanza sull'attivita' di Europol, di controllo e vigilanza in materia di immigrazione)

1. Al Comitato parlamentare istituito dall'articolo 18 della legge 30 settembre 1993, n. 388, che assume la denominazione di "Comitato parlamentare di controllo sull'attuazione dell'accordo di Schengen, di vigilanza sull'attivita' di Europol, di controllo e vigilanza in materia di immigrazione" sono altresì attribuiti compiti di indirizzo e vigilanza circa la concreta attuazione della

presente legge, nonché degli accordi internazionali e della restante legislazione in materia di immigrazione ed asilo. Su tali materie il Governo presenta annualmente al Comitato una relazione. Il Comitato riferisce annualmente alle Camere sulla propria attività'.

Art. 38. (Norma finanziaria)

1. Dall'applicazione degli articoli 2, 5, 17, 18, 19, 20, 25 e 34 non devono derivare oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato.

2. All'onere derivante dall'attuazione dell'articolo 30, comma 1, valutato in euro 1.515.758 per l'anno 2002, e in euro 3.031.517 per l'anno 2003, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2002-2004, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2002, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri.

3. All'onere derivante dall'attuazione degli articoli 1, 12, comma 1, lettera c), 13 e 32, valutato in 25,91 milioni di euro per l'anno 2002, 130,65 milioni di euro per l'anno 2003, 125,62 milioni di euro per l'anno 2004 e 117,75 milioni di euro a decorrere dal 2005, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2002-2004, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2002, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 30 luglio 2002

CIAMPI

Berlusconi, Presidente del Consiglio dei Ministri

Fini, Vice Presidente del Consiglio dei Ministri

Maroni, Ministro del lavoro e delle politiche sociali

Pisanu, Ministro dell'interno

Bossi, Ministro per le riforme istituzionali e la devoluzione

Buttiglione, Ministro per le politiche comunitarie

Visto, il Guardasigilli: Castelli

Il progresso economico riduce la forza lavoro e produce persone 'inutili'. Che andranno dove ci son promesse di pane e acqua potabile. L'analisi del sociologo polacco

di Antonio Rossano

Zygmunt Bauman, 88 anni, autore di “Danni Collaterali. Diseguaglianze sociali nell’età globale”, è considerato una dei più autorevoli sociologi contemporanei. La sua vita è stata segnata dall’esilio: nel 1968, a seguito di una violenta campagna antisemita governativa (governo filosovietico polacco), Bauman si dimise dai suoi incarichi nel Partito Polacco dei Lavoratori e, come molti intellettuali suoi connazionali, fu costretto a lasciare il paese, rifugiandosi in Israele, rinunciando alla cittadinanza e perdendo la cattedra che nel frattempo aveva ottenuto all’Università di Varsavia. In Israele ha insegnato all’Università di Tel Aviv fino al 1971, quando si è trasferito in Inghilterra. Il sociologo ha tenuto una “lecture” pubblica al Teatro dal Verme a Milano, per la serie di incontri “Meet The Media Guru”. Abbiamo chiesto, in questa occasione, il suo parere sulla tragedia di Lampedusa e, più in generale, sul fenomeno dei migranti. Una analisi, dettagliata e lucida, nella quale non risparmia parole di dura condanna per i governi.

Professor Bauman, la tragedia di Lampedusa, con oltre 300 morti, è il simbolo di una società che non previene le catastrofi “prevedibili”, dove i poveri ed i disperati sono più facilmente vittime. Potrà cambiare qualcosa in futuro o queste persone resteranno abbandonate al loro destino?

Ho saputo che il vostro Presidente del Consiglio ed il Presidente della Commissione Europea, Barroso, si sono recati a Lampedusa. È sicuramente una buona notizia... ma la situazione è molto complessa. Noi viviamo in una condizione che definisco di “diasporalizzazione”: i vostri nonni, i genitori dei vostri nonni sono migrati in massa, spesso in America Latina, perché essi non potevano sopravvivere qui. Adesso questo fenomeno continua, ma in altre direzioni: questa è l’unica differenza. La migrazione è un fenomeno che ha riguardato la “modernità” dalle sue origini ed è da essa imprescindibile. Perché la modernità produce “persone inutili”. Esistono due “industrie” della modernità che producono “persone inutili”: una è quella così detta della “costruzione dell’ordine”, dove ogni regola e sistema vengono costantemente rimpiazzati da nuovi sistemi e regole che producono esuberanti, persone eccedenti. L’altra industria

che produce “persone inutili” è quell’industria che noi chiamiamo “progresso economico” che consiste, fondamentalmente, nel ridurre costantemente la forza lavoro. E questo semplicemente produce persone inutili. E queste persone andranno dove c’è pane, promesse di pane e acqua potabile.

Sono gli ultimi "stranieri" dell'età globale?

Quando i migranti arrivavano cento anni fa in un paese europeo la politica nei loro confronti era chiamata “assimilazione”. Ricordo quando ero studente: i termini centrali dell’antropologia, all’epoca, erano assimilazione, accomodamento, adattamento. Il “problema” era che i migranti erano diversi, in maniera “irritante” dai nativi. E quindi si dovevano adattare, assimilare, accomodare per divenire tutti uguali a noi, con le nostre abitudini, la nostra civiltà. Il problema non era accettare o convivere con le differenze, il problema era sbarazzarsene. Lo straniero era imbarazzante perché distruggeva la chiarezza delle cose. Lo straniero è “strano”, un essere singolare e sconcertante... È una situazione di conflitto tutt’oggi ma le società, le città sono e saranno sempre più “miscelate” ed integrate.

E' possibile fermare le tragedie del mare?

Lampedusa è stato un evento tragico e di grave responsabilità perché si impedisce alle persone di entrare legalmente nel paese. Alla sua domanda, se questo processo, questa tragedia può essere fermato, posso rispondere che vi sono due circostanze positive. Una sono le proteste della gente, l’altra gli interessi dell’economia europea. Ci troviamo adesso di fronte ad un nuovo scenario. Secondo autorevoli studi demografici, l’Europa che è vicina ai 400 milioni di abitanti potrebbe nei prossimi cinquant’anni scendere a circa 240 milioni, una popolazione esigua che le impedirebbe di mantenere l’attuale livello di vita e di benessere. Secondo questi studi potrebbero entrare in Europa, nei prossimi 20-30 anni circa 30 milioni di stranieri. Le economie europee hanno bisogno di queste persone. Se in Inghilterra i clandestini venissero identificati ed espulsi, la maggior parte degli ospedali e degli alberghi chiuderebbe.

“L'Occidente chiude gli occhi”

Alessandro Dal Lago

Viene lo scoramento a commentare una volta di più una notizia come quella della strage di Scicli - perché di strage si tratta. Ma bisogna farsi forza, soprattutto per sfondare il muro delle frasi fatte e dei luoghi comuni che accompagnano sui

media queste notizie. Non si tratta di una calamità, e solo in parte di un delitto degli scafisti, se il loro ruolo verrà confermato. Perché la responsabilità di stragi di queste proporzioni (poco meno di 20.000 annegati in 25 anni) non è di poche carogne, quanto dei nostri paesi, occidentali, europei e «civili» che non vogliono vedere, non vogliono sapere e soprattutto non vogliono agire.

L'intrepido Hollande e l'astuto Cameron avevano già fatto scaldare i motori dei jet per bombardare la Siria; non vedevano l'ora di ripetere l'exploit libico e stavano trascinando il mondo in una crisi dalle conseguenze imprevedibili; ma non si sognano nemmeno - alla pari di tutti gli altri leader europei - di immaginare qualcosa di concreto per aiutare chi abbandona paesi in guerra o devastati da una povertà che noi non immaginiamo nemmeno: eritrei, somali, libici, tunisini, egiziani, afgani, siriani e così via. Su tutto questo non c'è una sola idea degna di questo nome, e non parliamo di progetti o programmi. Ci sono le parole dell'Onu e talvolta la solidarietà di bagnanti e altri o che si comportano da esseri umani. Per il resto, silenzio istituzionale, slogan razzisti, campi ed espulsioni.

E non parliamo dell'Italia, il paese meno aperto al mondo in termini di accoglienza dei rifugiati e dei migranti, a onta del simpatico ministro Kyenge, che in queste materie decide ben poco, dato che sono di competenza degli Interni. Stiamo parlando di rifugiati, a cui l'Italia concede ben pochi visti: da noi sono 64.800 circa, poco più di un decimo di quanti non ne accolga la tanto detestata Germania di Angela Merkel (più di 580.000). Persino la piccola Olanda (un decimo della nostra popolazione) accoglie più rifugiati di noi, e non parliamo di Francia e Inghilterra, che almeno in questo sono paesi più civili dei loro leader politici. In Italia, a rappresentare un bel contrasto con la solidarietà di bagnanti e cittadini c'è il semplice fatto che la quasi totalità del ceto politico e parlamentare condivide, tacitamente o sbraitando, la cultura del «respingimento», per usare il neologismo coniato da qualche funzionario degli Interni. A parole, qualche lacrima di coccodrillo sulle morti in mare, nei fatti linea dura. Gli stressati agenti che magari salvano un migrante che sta annegando devono dare la caccia a quelli che scappano in cerca di sopravvivenza e un po' di libertà. Ma c'è qualcuno che sulla questione delle migrazioni dice, se non altro, quello che pensa. È Beppe Grillo che, sul suo blog, ne ha scritte di tutti i colori contro i migranti. Nel 2007 scriveva che i romeni violano i «sacri confini della patria» e oggi che «i veri extracomunitari siamo noi»! Se la pensa così uno che passa da alternativa al

sistema, figuriamoci il sistema. Pietà l'è morta, come si cantava tanti anni fa. La questione essenziale è che nessuno al potere dice quello che chiunque è in grado di capire. Che l'economia e la politica globale, oscillanti tra cicli di guerra e di crisi economiche, producono la realtà da cui i migranti scappano. E che quindi sono responsabili, su un piano politico, più che morale, della loro sorte, del loro «respingimento» e delle loro morti. Se non ci fossero le barriere marine, i migranti non sarebbero costretti a rischiare la vita. Aspettarsi che i leader facciano qualcosa per loro mi sembra impossibile, oggi come oggi. Ma che non riconoscano nemmeno la realtà è insopportabile⁴⁵».

Quello che ne conviene da tutte queste diatribe intellettuali e politiche, è la sola consapevolezza che il fenomeno immigrazione è stato affrontato in maniera superficiale e sbagliata. La stigmatizzazione dello straniero, con la colpevolizzazione della clandestinità, e la discriminazione dell'immigrato ha creato una illegalità del fenomeno migratorio, seppur fenomeno naturale.

A questo proposito, e in seguito alle tragedie avvenute, vi sono state mobilitazioni contro “il reato di immigrazione illegale”

“Via il reato di immigrazione illegale!”

Gavino Maciocco e Maurizio Marceca

Nella terribile tragedia di Lampedusa è stato chiamato in causa il reato di immigrazione illegale, come possibile causa di ritardo, un eventuale deterrente, nelle operazioni di soccorso. In passato infatti pescatori che si erano prodigati per trarre in salvo i naufraghi nel canale di Sicilia sono stati indagati per favoreggiamento di immigrazione clandestina.

Da troppo tempo il mar Mediterraneo, ed in particolare le coste siciliane, è una tomba per migliaia di persone in cerca di una vita dignitosa, come viene raccontato e documentato, attraverso articoli, dati e testimonianze dirette, dal blog di Fortress Europe⁴⁶. Della fine di tante vite di giovani e bambini risucchiati dall'acqua non si ha contegno né conoscenza, ma in questi giorni

⁴⁵ www.ilmanifesto.it 01/10/2013

⁴⁶ Fortresseurope.blogspot.it

nessuno può sottrarsi alle immagini di lunghe file di corpi avvolti in sacchi sulle spiagge, o di casse raccolte negli hangar degli aeroporti.

Una ecatombe almeno in parte evitabile, se solo l'Europa provasse ad armonizzare le sue leggi sull'immigrazione, ripensare a quelle sull'asilo (la faticosa Convenzione di Dublino – oggi Regolamento 2003/343/CE detto 'Dublino II') e ad operare, attraverso la diplomazia e un credibile impegno di cooperazione, per migliorare la fortissima instabilità politica nonché le possibilità di sussistenza di popoli che si affacciano sul Mediterraneo.

È notizia di queste ore l'annunciata visita del Presidente Barroso a Lampedusa, ma si fa sinceramente fatica a credere che, aldilà di una presenza diplomatica non procrastinabile, questo possa realmente rappresentare una svolta negli inadeguati e ipocriti orientamenti europei. Svolta che pur eminenti personalità politico-religiose, a partire da Papa Francesco ("vergogna") e dal Presidente Napolitano ("vergogna e orrore"), per finire alla Presidente della Camera Boldrini (con il suo competente passato di portavoce dell'UNHCR) hanno con forza e indignazione invocato.

Il nostro paese, destinato dalla geografia ad essere direttamente toccato dalle migrazioni di popoli infelici, è riuscito, in questi anni, a peggiorare la situazione attraverso leggi e politiche che, nel caso dei respingimenti voluti (e tutt'oggi orgogliosamente rivendicati) dall'allora ministro Maroni attraverso accordi e lautissimi finanziamenti alla Libia di Gheddafi, hanno mostrato la loro implacabile ferocia e ottusità.

"Perla" giuridica che un'esigua minoranza razzista e xenofoba è riuscita a imporre, attraverso osceni scambi di favori, è l'introduzione del **reato di immigrazione illegale** (L. n. 94 del 2 luglio 2009).

I lettori di *Saluteinternazionale* ricorderanno quanti problemi creò questa norma che andava a confliggere con un'altra norma che vieta ai medici che hanno in cura un immigrato irregolare di svelarne alle autorità la condizione di illegalità. Infatti a fronte di un reato perseguibile d'ufficio come è quello introdotto, l'operatore (medico, infermiere, amministrativo,...) in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, è tenuto alla denuncia dello straniero della cui condizione di irregolarità venga a conoscenza nell'esercizio della propria funzione (artt. 361 e 362 codice penale). Due norme contrastanti – divieto di segnalazione e obbligo di denuncia – che creavano confusione,

ambiguità e discrezionalità, su cui prese posizione la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, ipotizzando una eventuale “disobbedienza civile” da parte dei medici ed una azione di sostegno per i medici denunciati perché ‘non denunciati’.

Un pasticcio all’italiana che si concluse con una serie di prese di posizione di quasi tutte le regioni e alla fine con una circolare del Ministero degli Interni (retto dal leghista Maroni) che chiarì che la nuova legge 94 non ha abrogato l’art. 35 e di conseguenza continua a trovare applicazione, per i medici e per il personale che opera presso le strutture sanitarie, il divieto di segnalare alle autorità lo straniero irregolare che richieda prestazioni sanitarie.

Tutto chiaro? Neanche per sogno. Perché solo burocrati e politici in malafede possono pensare che la gente comune – magari senza conoscere l’italiano e senza permesso di soggiorno – segua il rincorrersi delle norme e delle circolari. Quello che si era sentito alla TV e nei passaparola era che l’immigrato “irregolare” era diventato automaticamente un criminale.

Scrisse Valerio Onida, presidente emerito della Corte costituzionale: “Il Pacchetto sicurezza (contenente tra l’altro l’introduzione del reato di ingresso e/o soggiorno illegale) avrà come unico effetto quello di fare terra bruciata attorno agli stranieri irregolari, impedendo loro od ostacolando l’accesso a prestazioni e servizi pubblici. Così però si rischia di attentare a diritti fondamentali della persona, e in ogni caso l’unico effetto pratico probabile di queste misure sarà far scomparire ancor più le persone nella clandestinità invece di farle emergere. ... Si inseguono e si alimentano paure quotidiane di cittadini indotti a considerare l’immigrazione come una sorta di flagello da cui difendersi solo con misure di ordine pubblico, invece che avere il coraggio di affermare come necessarie, e di cominciare a praticare, politiche di lungo periodo che mirino alle radici del problema⁴⁷ .

Dall’entrata in vigore del Pacchetto sicurezza non è stato più come prima e ciò valeva non solo per gli stranieri “irregolari” (che non erano affatto tranquilli nell’avvicinarsi alle strutture sanitarie pubbliche), ma anche per amministratori e operatori sanitari che a seconda delle Regioni e anche all’interno di una stessa Regione mostravano comportamenti diversi nell’applicazione delle norme, al

⁴⁷ Valerio Onida. Le vie del mare e le vie della legge. Il Sole24Ore, 19.05.2009

punto che è dovuta – finalmente – intervenire la Conferenza Stato Regioni per mettere ordine su una materia troppo esposta a pregiudizi e arbitri .

Nella terribile tragedia di Lampedusa è stato chiamato in causa il reato di immigrazione illegale, come possibile causa di ritardo, un eventuale deterrente, nelle operazioni di soccorso che ha impedito di salvare molte vite. In passato infatti pescatori che si erano prodigati per trarre in salvo i naufraghi nel canale di Sicilia sono stati indagati per favoreggiamento di immigrazione clandestina.

Del resto è di queste ore la notizia che la Procura di Agrigento ha provveduto a identificare e incriminare per immigrazione clandestina i 155 superstiti del naufragio.

2. Appendice: Sintesi del Report di Ricerca della Emergenza Sindromica

La rilevazione epidemiologica è stata effettuata mediante la raccolta di schede, una volta pervenute presso il Reparto di Epidemiologia della Malattie Infettive del CNESPS-ISS, venivano inserite in un database MSAccess appositamente costruito. Per l'analisi descrittiva dei dati sono state costruite delle query predefinite in MSAccess e dei grafici in Excel. Per la stima del numero atteso di sindromi e la stima delle soglie di allerta, e di allarme statistico è stato costruito un algoritmo automatico di analisi con l'utilizzo del software statistico STATA versione 11.2. Il ritorno delle informazioni avveniva settimanalmente tramite un bollettino epidemiologico nazionale che veniva inviato a tutti i centri/ASL e Regioni e pubblicato sul portale di epidemiologia nazionale EpiCentro.

Al fine di individuare scostamenti statisticamente significativi nell'incidenza delle sindromi riportate è stata stimata l'incidenza attesa per ciascuna sindrome che veniva confrontata con quella osservata. L'incidenza attesa è calcolata sulla base della media mobile della settimana precedente e la soglia di *allerta statistica* è stata costruita sulla base dell'IC (99%) dell'incidenza osservata ipotizzando una distribuzione di Poisson. È stato inoltre definito un *allarme statistico* in caso di allerta statistica osservata in almeno due giorni consecutivi per la stessa sindrome (Figura 3). Nel caso di un allarme la procedura prevedeva di contattare il/i centro/i per avviare, se confermati, eventuali indagini epidemiologiche, al fine di confermare o meno l'emergenza sanitaria. In ogni caso un'emergenza sanitaria non veniva confermata qualora si verificasse almeno una delle seguenti condizioni: rientro dell'allarme statistico entro 72 ore; mancata eziologia infettiva; mancata conferma diagnostica.

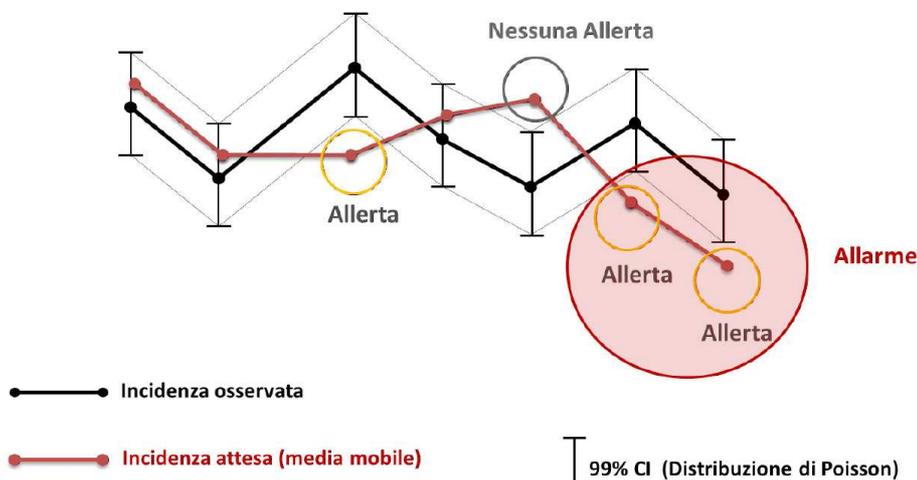


Figura 1. Modello di allerta e allarme statistico utilizzato per la sorveglianza sindromica nei centri di immigrazione

La scelta di questa metodologia risiedeva nel fatto che la popolazione sotto sorveglianza non era nota in precedenza e che i centri di immigrazione erano spesso di nuova attivazione.

Pertanto non erano disponibili dati storici né era nota l'epidemiologia di eventi sanitari della popolazione sotto sorveglianza. Non erano inoltre disponibili dati sull'utilizzo consueto dei servizi sanitari nei centri di immigrazione, altra fonte che era stata utilizzata in precedenti sorveglianze per raduni di massa per "tarare" le soglie di allerta/allarme statistico.

CONCLUSIONI

La realizzazione di un sistema di sorveglianza sindromica durante l'emergenza immigrazione ha permesso di ottenere dati epidemiologici in tempo reale su una popolazione particolarmente vulnerabile e gestita secondo modalità territorialmente e istituzionalmente complesse in cui erano coinvolti numerosi attori e tutte le Regioni (tranne l'Abruzzo in fase di ricostruzione dopo il forte sisma del 2009).

Questo ha fornito agli operatori sanitari uno strumento in grado di identificare tempestivamente possibili emergenze sanitarie ed ha permesso loro di comunicare corrette informazioni sanitarie, spesso smentendo notizie allarmistiche diffuse dai media.

La realizzazione di questo sistema ad hoc è avvenuta in tempi molto rapidi, che non hanno, pertanto, permesso una automatizzazione dei flussi di raccolta dati. Questo ha comportato un impegno giornaliero rilevante per il loro inserimento, elaborazione e disseminazione. L'elevato impegno richiesto ha avuto un impatto sull'accettabilità del sistema a livello regionale. Dall'inizio della sorveglianza 13 Regioni hanno inviato almeno una segnalazione al CNESPS-ISS quindi con una aderenza complessiva al protocollo di sorveglianza del 65%.

Durante il periodo di sorveglianza, tuttavia, il numero di regioni che hanno segnalato è variata nel tempo con aderenze a livello nazionale che hanno oscillato mensilmente tra il 48% e il 19%.

Questi aspetti sono stati considerati accettabili nell'ottica di un sistema di sorveglianza finalizzato e limitato alla risposta ad un'emergenza umanitaria, e quindi da sospendere al cessare della stessa.

Tuttavia, in considerazione del continuo afflusso di migranti, anche se in numero decisamente ridotto rispetto alla fase acuta dell'emergenza si è deciso di continuare questa sorveglianza, in attesa che venga sostituito dai regolari flussi di sorveglianza istituiti a livello nazionale. Sarebbe, ad esempio, auspicabile rafforzare la sorveglianza routinaria (ex DM 15 dicembre 1990) nei centri di immigrazione, utilizzando sistemi ad hoc, come la sorveglianza sindromica descritta, come strumenti applicabili esclusivamente in contesti di emergenza in cui è necessario ottenere rapidamente dati anche se preliminari e non rappresentativi.

In conclusione, possiamo affermare che la sorveglianza sindromica ha dimostrato una buona performance con disseminazione puntuale dei dati attraverso la piattaforma EpiCentro, confermandosi un valido strumento per la rilevazione precoce di eventi rilevanti in Sanità Pubblica.

Inoltre, è stato dato ampio risalto anche a livello europeo tramite una rapid communication su Eurosurveillance nel mese di ottobre 2011 per fare il punto sulla situazione a sei mesi dall'attivazione della sorveglianza, tant'è che è attualmente considerato un esempio di sorveglianza sindromica unico in Italia, richiamando l'attenzione di enti europei come l'ECDC di Stoccolma.

A tal proposito, è evidente un'attenzione crescente della comunità scientifica nei riguardi dei sistemi di sorveglianza sindromica. Infatti, con l'obiettivo di aumentare le capacità europee di condurre sorveglianze in tempo reale e monitorare l'impatto sulla salute di eventi sanitari, è stato avviato nel 2010 un progetto cofinanziato dalla Executive Agency for Health and Consumers (EAHC). Il progetto intitolato Triple-S - Syndromic Surveillance Project è coordinato dal French Institute for Public Health Surveillance e coinvolge 24 enti internazionali di 13 Paesi europei, tra i quali per l'Italia l'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto prevede uno scambio di informazioni e conoscenze tra esperti nel campo della sorveglianza epidemiologica umana e animale. Infatti, obiettivo del progetto non è quello di creare un singolo sistema di sorveglianza europeo, ma di riconoscere e analizzare le attività di sorveglianza sindromica in Europa stimolando il

trasferimento di conoscenze ed esperienze per rinforzare le azioni di Sanità Pubblica .

TESTO OMS SALUTE 2020

Il testo dice :

1. I 53 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS hanno concordato una nuova politica comune di riferimento - la Salute 2020. Il loro obiettivo condiviso è quello di "migliorare in misura significativa la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze nella salute, potenziare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari centrati sulla persona, che siano universali, equi, sostenibili e di elevata qualità."

2. La Salute 2020 riconosce la diversità dei Paesi nell'ambito della Regione. Si rivolge a molte persone diverse, sia all'interno che all'esterno del governo, per fornire ispirazione e indicazioni su come raccogliere al meglio le complesse sfide sanitarie del 21° secolo. La politica di riferimento conferma i valori della Salute per Tutti e - con il sostegno delle evidenze scientifiche fornite nei documenti di accompagnamento - identifica due direzioni strategiche fondamentali con quattro aree prioritarie di azione politica. Essa si fonda sulle esperienze tratte dalle precedenti politiche della Salute per Tutti per fornire un indirizzo sia agli Stati Membri sia all'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.

3. Un buono stato di salute si riverbera positivamente su tutti i settori e sull'insieme della società - il che la rende una risorsa preziosa. Buone condizioni di salute sono essenziali per lo sviluppo economico e sociale e costituiscono una preoccupazione di vitale importanza per l'esistenza di ogni singolo individuo e per tutte le famiglie e le comunità. Cattive condizioni di salute comportano uno spreco di potenzialità, perdita di speranza e un'emorragia di risorse in tutti i settori. Dare agli individui la possibilità di controllare la propria salute e i relativi determinanti rafforza le comunità e ne migliora la vita. Senza l'attivo coinvolgimento delle persone, si perdono numerose opportunità di promuovere e proteggere la salute e di aumentare il benessere.

4. Ciò che fa crescere e prosperare le società ha un effetto positivo anche sulla salute delle persone - politiche che riconoscono questo fatto hanno un impatto maggiore. Un accesso equo all'istruzione, a un reddito sufficiente, a un buon lavoro e a un alloggio decoroso sono tutti fattori che favoriscono la salute. A sua volta, la salute contribuisce a una maggiore produttività, a una migliore efficienza della forza lavoro, a un invecchiamento più sano, a una spesa più contenuta per indennità sanitarie e sociali e a minori perdite in termini di entrate fiscali. I risultati migliori per la salute e il benessere della popolazione si raggiungono laddove l'insieme del governo lavora in maniera congiunta per intervenire sui determinanti sociali e individuali della salute. Un buono stato di salute può sostenere la ripresa e lo sviluppo economico.

5. La performance sanitaria e quella economica sono interconnesse - migliorare l'uso che il settore sanitario fa delle proprie risorse è essenziale. Il settore sanitario ha un ruolo importante sia per i suoi effetti diretti sull'economia sia per quelli indiretti; ha rilievo non solo per il modo in cui incide sulla salute e sulla produttività delle persone, ma anche perché costituisce ormai uno dei settori più importanti dell'economia in tutti i paesi a medio e alto reddito. È uno dei maggiori datori di lavoro, un importante proprietario di beni immobili, costruttore e consumatore. Inoltre, costituisce un fondamentale motore per la ricerca e l'innovazione, e un importante settore nella competizione internazionale per persone, idee e prodotti. La sua importanza continuerà ad aumentare e, con essa, anche il rilievo del suo contributo agli obiettivi più generali della società.

3. Appendice Legislazione Regionale

LEGGE REGIONALE N.6 DEL 8 FEBBRAIO 2010

“NORME PER L’INCLUSIONE SOCIALE, ECONOMICA E CULTURALE DELLE PERSONE STRANIERE PRESENTI IN CAMPANIA”

Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286

Art. 34: Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale

1. Hanno l'obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale:

a) gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;

b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.

2. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale ai minori figli di stranieri iscritti al servizio sanitario nazionale è assicurato fin dalla nascita il medesimo trattamento dei minori iscritti.

3. Lo straniero regolarmente soggiornante, non rientrante tra le categorie indicate nei commi 1 e 2 è tenuto ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione al servizio sanitario nazionale valida anche per i familiari a carico. Per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale deve essere corrisposto a titolo di partecipazione alle spese un contributo annuale, di importo percentuale pari a quello previsto per i cittadini italiani, sul reddito complessivo conseguito nell'anno precedente in Italia e all'estero. L'ammontare del contributo è determinato con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e non può essere inferiore al contributo minimo previsto dalle norme vigenti.

4. L'iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale può essere altresì richiesta:

a) dagli stranieri soggiornanti in Italia titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio;

b) dagli stranieri regolarmente soggiornanti collocati alla pari, ai sensi dell'accordo europeo sul collocamento alla pari, adottato a Strasburgo il 24 novembre 1969, ratificato e reso esecutivo ai sensi della legge 18 maggio 1973, n. 304.

5. I soggetti di cui al comma 4 sono tenuti a corrispondere per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale, a titolo di partecipazione alla spesa, un contributo annuale forfettario negli importi e secondo le modalità previsti dal decreto di cui al comma 3.

6. Il contributo per gli stranieri indicati al comma 4, lettere a) e b) non è valido per i familiari a carico.

7. Lo straniero assicurato al servizio sanitario nazionale è iscritto nella azienda sanitaria locale del comune in cui dimora secondo le modalità previste dal regolamento di attuazione.

Art. 35: Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale

1. Per le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini stranieri non iscritti al servizio sanitario nazionale devono essere corrisposte, dai soggetti tenuti al pagamento di tali prestazioni, le tariffe determinate dalle regioni e province autonome ai sensi dell'articolo 8, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.

3. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi della L. 29 luglio 1975, n. 405, e della L. 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto 6 marzo 1995 del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;

b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente bonifica dei relativi focolai.

4. Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

5. L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

6. Fermo restando il finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali a carico del Ministero dell'interno, agli oneri recati dalle rimanenti prestazioni contemplate nel comma 3, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, con corrispondente riduzione dei programmi riferiti agli interventi di emergenza.

4. Appendice: Descrizione Atto Aziendale

Azienda Sanitaria Locale “Salerno 1

art. 1

1. L’Azienda Sanitaria Locale “Salerno 1”, di seguito Azienda, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale con DPGR n.12270 del 22.12.1994 contraddistinta da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale.

2. Il logo dell’Azienda è il seguente



3. L’Azienda ha sede legale in Nocera Inferiore, provincia di Salerno, alla Via Federico Ricco, n.50 – CF&P.IVA 03023020658

art. 2

Finalità

1. Le finalità dell’Azienda sono rivolte a garantire la **tutela della salute dei cittadini** della propria area di competenza. A tal fine l’Azienda assicura, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di pianificazione nazionali e regionali, i **livelli essenziali ed uniformi di assistenza** nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità e libertà della persona umana;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle cure in relazione al bisogno di salute;
- equità nell’accesso all’assistenza per tutti i cittadini;
- economicità ed efficienza nell’impiego delle risorse.

2. L’Azienda opera secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, in un sistema di “concorrenza amministrata” con le strutture pubbliche e private, che si fonda sui seguenti principi:

- a) Forte orientamento ai bisogni sanitari dei cittadini;
- b) Gestione centrata sui principi della programmazione e del controllo individuando nel sistema budgetario lo strumento fondamentale in riferimento al complesso delle responsabilità direzionali e operative ai vari livelli;
- c) Responsabilizzazione dei dirigenti dell’Azienda e dei soggetti produttori di spesa (dipendenti, accreditati, convenzionati);

d) Valorizzazione delle risorse umane.

3. Gli obiettivi di efficienza ed efficacia vengono perseguiti nel rispetto del vincolo di bilancio tendente all'equilibrio di costi e ricavi.

All'interno di tale quadro, l'Azienda provvede all'accreditamento delle strutture sanitarie, correlato:

- al diritto di libera scelta del cittadino, nell'ambito delle strutture pubbliche e private dotate dei prescritti requisiti;
- alla remunerazione a tariffa predeterminata delle prestazioni, sia per le strutture pubbliche che per le private;
- alla differenziazione per quelle funzioni strategiche i cui costi non possono essere ricondotti ad una logica di mercato, come quelle riconducibili all'area dell'emergenza;
- all'adozione del metodo della verifica e revisione di qualità e quantità delle prestazioni e del loro costo, e della contabilità analitica per l'analisi comparativa di costi, rendimenti e risultati.

4. Ferma restante l'unitarietà del governo delle attività sanitarie e delle risorse correlate, le attività di programmazione ed indirizzo politico-amministrativo proprie della funzione di committenza, di competenza della Direzione Generale, sono tenute nettamente distinte da quelle di gestione e di produzione esercitata dai dirigenti.

5. L'Azienda predispone procedure finalizzate alla valorizzazione delle risorse umane e professionali, alle pari opportunità per l'accesso all'impiego, alla creazione di un sistema dedicato alla formazione ed aggiornamento continuo del personale, alla regolamentazione per l'affidamento degli incarichi e per lo sviluppo professionale.

6. L'Azienda garantisce legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa; tutela e favorisce la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e di volontariato; fornisce informazioni tempestive ed esaustive con ogni mezzo disponibile.

art. 13

Integrazione socio-sanitaria

1. L'Azienda Sanitaria Locale "Salerno 1" attraverso il Coordinamento Socio-Sanitario si propone di determinare un livello di integrazione funzionale tra:

- _ le diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

- _ le aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'azienda, da una parte, i distretti e gli ospedali, dall'altra;
- _ l'azienda e i Comuni, in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di Piano;
- _ le attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale.

2. Il Coordinamento Socio-Sanitario sarà organizzato con apposito regolamento proposto dal Coordinatore delle attività socio-sanitarie ed approvato dalla Direzione Generale.

art. 19

Il Presidio Ospedaliero

Ciascun Presidio Ospedaliero è una Macrostruttura Aziendale che comprende le strutture in cui si assolvono le funzioni d'assistenza ospedaliera previste dalla programmazione regionale e locale, destinate a persone affette da patologie in fase acuta e post-acuta che per gravità, complessità o intensità di cura non possono essere trattate nell'ambito dei servizi territoriali. Ciascun Presidio Ospedaliero contribuisce al progetto di salute della comunità attuando le politiche Aziendali attraverso un impiego efficace ed efficiente delle risorse ad esso assegnate, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi sanitari programmati. Persegue un'azione diagnostico-terapeutica improntata alla continuità assistenziale e all'approccio polispecialistico e multiprofessionale, attuato attraverso l'integrazione delle attività appropriate al caso, interne al Presidio Ospedaliero ed esterne in collaborazione con il Direttore di Distretto e delle altre strutture territoriali. Esso promuove la qualità dei servizi e dell'erogazione delle prestazioni, nonché la loro appropriatezza valutata secondo i criteri della medicina basata sulle prove di efficacia. Compete inoltre, al presidio la funzione, tramite attività di programmazione e controllo, di valorizzazione dell'organizzazione dipartimentale individuando nel governo clinico la missione organizzativa principale e orientando alla luce di tale principio i rapporti tra il Presidio stesso, i dipartimenti e i professionisti.

L'obiettivo gestionale di ciascun Presidio Ospedaliero, in relazione alla missione Aziendale, è costruire e partecipare ad un sistema integrato di assistenza ospedaliera che tende a dare risposta, nell'ambito territoriale, ai bisogni di ricovero e cura con servizi di qualità adeguata in tutti gli ospedali dell'Azienda.

Viene in tal modo perseguita l'equità nell'accesso, l'uguaglianza e l'affidabilità nelle risposte ai cittadini, nonché la piena integrazione nel sistema regionale delle attività cliniche di alta specializzazione.

I Presidi Ospedalieri sono individuati dalla normativa regionale.

Attualmente sono previsti i seguenti presidi ospedalieri:

- Ospedale Cava dé Tirreni - Castiglione di Ravello
- Ospedale di Nocera Inferiore - Pagani
- Ospedale di Sarno
- Ospedale di Scafati

Gli Ospedali di Nocera Inferiore e di Pagani concorrono alla costituzione di Ospedale di III livello previsto dal Piano Ospedaliero Regionale.

L'area ospedaliera dell'ASL Salerno 1 si caratterizza per due tipologie di presidio:

1) Ospedali caratterizzati da un ruolo di prossimità per funzioni di base a larga diffusione (responsabilità di bacino). Sono rappresentati dagli Ospedali:

- Cava dé Tirreni - Castiglione
- Sarno
- Scafati

2) Ospedale con ruolo polispecialistico e funzione di III livello nell'ambito dell'emergenza. È rappresentato dall'Ospedale di Nocera - Pagani.

A ciascun presidio ospedaliero è preposta una Direzione Sanitaria, retta da un Direttore medico di Presidio, e una Direzione Amministrativa, retta da un Dirigente amministrativo.

Nel contesto di tale modello organizzativo, al Direttore Medico di Presidio viene riconosciuto il ruolo di:

- responsabile organizzativo e gestionale dell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ospedaliere;
- responsabile della corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali orizzontali, frutto dell'integrazione delle diverse articolazioni organizzative interne che partecipano alla produzione delle prestazioni;
- responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano negli ospedali;
- responsabile delle condizioni relative alla sicurezza interna al Presidio Ospedaliero.

L'Azienda al fine di garantire integrazione e funzionalità al complesso delle attività ospedaliere, istituisce un apposito coordinamento ospedaliero a cui partecipano le direzioni dei presidi.

A tale coordinamento partecipano, per le problematiche relative all'acquisizione di technology assessment, i direttori dei dipartimenti tecnico-funzionali.

art. 20

Il Distretto

Il Distretto è una Macrostruttura dell'Azienda che contribuisce alla missione Aziendale assicurando alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario e sociale ad elevata integrazione sanitaria. In tal senso, esso costituisce la struttura organizzativa in capo a cui è affidata la responsabilità complessiva di tutela della salute individuale della popolazione residente. Al fine di svolgere questo ruolo, il Distretto:

- gestisce direttamente alcuni servizi erogati sul territorio, in genere presso strutture Aziendali dedicate;
- è responsabile dell'organizzazione e dell'erogazione di alcuni servizi che, sebbene gestiti dal Distretto, si avvalgono delle prestazioni di persone normalmente assegnate ad altre strutture, quali ad esempio alcuni specialisti ospedalieri;
- partecipa, anche con un ruolo di coordinamento, alla definizione e alla gestione di programmi integrati o percorsi assistenziali che prevedono la partecipazione di più articolazioni organizzative, interne e/o esterne allo stesso Distretto. Ciò allo scopo di migliorare la continuità assistenziale attraverso il coordinamento degli interventi e la promozione della multidisciplinarietà e dell'integrazione tra i ruoli professionali e le strutture di produzione, adottando quale principio guida dell'agire organizzativo la globalità del progetto di cura e la unitarietà della persona inserita nel proprio contesto socio-culturale e di relazione;
- esercita, più in generale, le funzioni di committenza, grazie all'analisi e alla definizione dei bisogni della popolazione, all'allocazione delle risorse di cui dispone, alla negoziazione di quantità e qualità delle prestazioni con i diversi produttori, al monitoraggio e alla valutazione dei risultati. A tal fine, promuove adeguate attività di informazione e comunicazione nei confronti dell'utenza,

nonché il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure e di trasparenza dei percorsi.

Nel Distretto vengono presidiate in modo sistematico le dimensioni della qualità relazionale, d'immagine e ambientale dei servizi erogati, come espressione dell'orientamento al cittadino e come condizioni di base per il progetto sociale di salute perseguito dall'Azienda. Nel contesto di tale modello organizzativo, il Direttore del Distretto:

- governa il Distretto attraverso la definizione del programma territoriale;
- negozia con la Direzione Generale le risorse necessarie alla produzione prevista nei piani delle attività territoriali;
- è responsabile dei risultati dei servizi direttamente gestiti dal Distretto;
- assicura il concorso e la collaborazione alla Direzione Aziendale nella valutazione complessiva dei bisogni e, secondo funzione di committenza, nella conseguente definizione dei servizi sanitari richiesti;
- supporta la Direzione Sanitaria nella funzione di governo clinico;
- è responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano nell'ambito del distretto;
- è responsabile delle condizioni relative alla sicurezza interna alle strutture del distretto.

L'ambito territoriale dell'Azienda è organizzato in cinque Distretti:

- Distretto n. 1 Scafati - Angri - Corbara - S.Egidio del Monte Albino
- Distretto n. 2 Sarno – Pagani - S.Valentino Torio - S.Marzano sul Sarno
- Distretto n. 3 Nocera Inferiore – Nocera Superiore – Roccapiemonte – Castel S.Giorgio
- Distretto n. 4 Cava dé Tirreni – Vietri sul mare
- Distretto n. 5 Costiera Amalfitana -Tramonti

L'Azienda al fine di garantire integrazione e funzionalità al complesso delle attività distrettuali, istituisce un apposito coordinamento.

A ciascun Distretto è preposto un Direttore Responsabile con incarico di struttura complessa, affiancato da una Direzione Amministrativa, retta da un Dirigente amministrativo. L'incarico di Direttore di Distretto è conferito in base ai requisiti ex art. 3-sexies del decreto legge 229/99⁴⁸

⁴⁸ Fonte www.aslsa1.it

Ospedale “Umberto I” Nocera Inferiore

Strutture complesse	Strutture semplici di Unità operative	Strutture semplici dipartimentali
Medicina interna	Medicina Interna ad indirizzo epatologico	Nutrizione clinica e dietetica
Oncoematologia	Oncologia Ematologia DH oncoematologico	
	Cardiologia adulti e pediatrica *	
Geriatria		
Gastroenterologia/endoscopia	Bledding center	
Malattie infettive	Infezioni aerogene	
Nefrologia ed Emodialisi	Emodialisi Centro accessi vascolari	
Dermatologia	Chirurgia Dermatologica	Chirurgia Pediatrica
TPN	Tisiologia	
Chirurgia Generale**		
Urologia	Litrossia	
Ostetricia e Ginecologia	Diagnostica prenatale Laparoscopia ginecologica Isteroscopia diagnostica ed operativa	Gravidanza a rischio
Pediatria	Urgenze pediatriche Oncoematologia Pediatrica	
TIN	Neonatologia Patologia neonatale	
Anestesia e rianimazione	Blocco operatorio Rianimazione adulti e pediatrica TI polivalente	
		Pronto Soccorso e Osservazione
Patologia clinica	Immunometria generale ed emato-oncologia Microbiologia generale, parassitologia e micologia	Diagnostica Ematologica
Centro Trasfusionale	Immunoematologia	
Radiologia	Radiologia vascolare ed Interventistica Radiologia pediatrica	
		Farmacia con UFA, nutrizione artificiale e terapia antalgica
		SPDC Psicologia clinica
Direzione Sanitaria	Igiene ospedaliera	
Direzione amministrativa		

5. Sintesi dei Focus

Primo Focus : Medici reparto Malattie Infettive

Il focus, composto dai medici del reparto di Malattie Infettive del P.O Umberto I di Nocera Inferiore, ha avuto luogo alle 8.30 del mattino, nella stanza che i medici hanno a disposizione per le visite, e per il riposo. Al focus erano presenti 5 medici: il primario del reparto e 4 infettivologi. Due donne e tre uomini. Il primario era una donna. L'età media era di 50 anni, con una media di 20 anni di servizio nel contatto con le malattie infettive, sia in quell'ospedale, sia in altre strutture come l'ospedale Cotugno di Napoli.

Durante il focus si è notata una preminenza della presenza maschile su quella femminile, anche se la dirigente del reparto è stata più volte capace di prendere le redini del discorso e sostenere il suo ruolo di potere. Il discorso si è incentrato su delle parole stimolo quali: soggetto straniero, differenza, disagio, cura, malattia, e presa in carico.

Il focus ha preso in considerazione il concetto di uguaglianza di trattamento e di cura sia per quanto riguarda gli autoctoni che gli stranieri. La visione dello straniero è una visione "disagiata" di colui che è bisognoso non solo di cure ma anche di presa in carico totale.

Dice **F1_1** :” c'è bisogno di una mano nel ...nel assicurare questi pazienti...nel fornirli delle cose di prima necessità di cui...possono avere bisogno, per dire, lo spazzolino il pigiama...le cose che poi dobbiamo recuperare noi...nel modo migliore...”.

F1_2 invece, sostiene che bisogna soprattutto dare importanza alla comunicazione: “Ottimale sarebbe avere un interprete...come stanno per esempio nei tribunali...ci stanno extracomunitari che vengono anche pagati per fare da interprete per le cause...e anche in sanità secondo me sarebbe l'ideale...chiaramente...non è facile ottenere questo...”

Il concetto che risalta in maniera prepotente da questo focus, è il concetto di “Diffidenza”, che prevale nel rapporto che lo straniero ha con il medico a cui si rivolge. Dice **F1_4**: “c' è una diffidenza iniziale che poi, semmai, mano mano...facendo il passo ...facendo un passo l'extra comunitario in avanti...poi ...”; e **F1_5** : “Si sentono diversi!e' normale!” .

Secondo i medici questa loro difficoltà nel sentirsi diversi è da imputare al disagio in cui vivono.

F1_2: “nella maggior parte dei casi non capisce l’italiano, neanche una parola e non conosce neanche le lingue straniere molto spesso, né l’inglese, né il francese...niente...nu pover disgraziat disadattato...sballottato dai vari servizi...”

F1_5: diciamo che la branca di malattie infettive, è ...almeno per come la intendo io...è una branca che colpisce soprattutto le popolazioni meno abbienti, già nel territorio italiano, e quindi maggiormente, per quanto concerne, che ne so?persone che sono venute dall’America, dal Medio Oriente, ma che hanno grosse difficoltà d’inserimento, che hanno tradizioni, usi e costumi completamente diversi , tra l’altro la loro religione è molto limitante...anche...e il più delle volte, è la comunicativa che manca, manco a far l’a posta, c’è una ragazza, una giovane donna affetta da epatite C, la quale dovrebbe essere sottoposta ad un trattamento per epatite C, quindi dovrebbe fare tutto un iter che noi predisponiamo per tutti i pazienti italiani, e al quale iter lei non può partecipare, perché ha bisogno di una persona che non so se è diciamo, il punto di riferimento della comunità o un parente diretto, cioè il marito, per cui per esempio l’approccio ...”

F1_4: “Non c’è differenza dal punto di vista terapeutico, la differenza è nella gestione...come diceva il dottor xxx, quella è la **differenza...**”

Ma questa diffidenza può evidenziarsi anche nel rapporto con la società stessa, nella loro difficoltà di sentirsi parte della società e quindi integrati come dice **F1_2:** Per me invece è diffidenza, perché sono sottoposti a troppe pressioni da parte dello Stato, dalle leggi di polizia, ‘ sti cos ca...e quindi interpretano anche le nostre domande quasi come fosse un interrogatorio...e tengono paura...” e **F1_3** , la più silenziosa del gruppo che cerca accondiscendenza nelle due persone di **F1_4** e **F1_5** risponde: “Questo viene inizialmente, poi dopo quando hanno la fiducia nel medico si fidano...!”

La cosa che poi è venuta alla luce, rispetto alle cure delle malattie infettive di questi soggetti immigrati, è come dice **F1_1**, il primario del reparto :

” Approccio differente nel senso che purtroppo quest’immigrazione, ha comportato negli ultimi anni una **recrudescenza in Italia di malattie che sembravano più o meno debellate...**soprattutto la tubercolosi. Quindi dato che sono ammalati che da noi prevalentemente vengono ricoverati per febbre è chiaro che noi, la prima cosa che escludiamo in questi pazienti è un fatto tubercolare...”.

Il punto più alto della discussione è avvenuto grazie all'introduzione di un articolo di Repubblica.it del 2010 con titolo :” Cure negate senza tessera sanitaria, muore a 13 mesi bimba nigeriana”. La discussione si è accesa sull'accusa di malasanità che non era diretta al caso singolo come persona etichettata come immigrato, ma sul fatto che i medici avessero omesso delle pratiche solo per sopperire a delle formalità burocratiche.

La discussione è iniziata con l'esclamazione di **F1_5**: “Va be' questo sarà sicuramente un ospedale razzista!” . Ma a condurre la discussione su un filo conduttore diverso è ancora una volta il primario che interviene e dice:” No io non credo!questo è un caso di malasanità che sarebbe capitato anche a un italiano...”...”: Non credo proprio, perché questo problema del...della tessera sanitaria...almeno nel nostro ospedale non esiste...”

L'attenzione viene rivolta alla differenza esistente tra Nord Italia e Sud Italia e **F1_4**: C'è da differenziare tra nord e sud in questo caso...perché al nord ,tessera sanitaria...tutta la burocrazia...mentre qua...vengono...anche i residenti nostri...” **F1_2** dice anche :” Ma come umanità io credo...che qua ci sarebbe stato un maggiore riguardo... I meridionali, sono sempre più disponibili”.. ma il primario riporta il discorso sul fatto di malasanità, dicendo che il medico non si era reso conto della gravità della situazione e al di là della richiesta della tessera sanitaria, l'avrebbe ricoverata prima. E sostiene che il trattamento di “disuguaglianza” percepito dal padre della bimba, fosse sorta di uno stato di disadattamento dello stesso. E il dibattito viene rivolto alla situazione legislativa del migrante in Italia.

F1_2 dice: Ma su 'ste cose burocratiche...pure quando ci fu quella cosa che...se non era in regola col permesso di soggiorno... si doveva segnalare...sott' e 'ngopp...almeno per me...io mi sono sempre rifiutato...perché io nu facc l'agente di polizia ...sono un medico e devo curare la persona. Se posso stare qua...se sto in mezza alla strada, facc o' vigil urban...e chiam e carabinieri ogni vot che pass uno così...almeno io così la vedo...”

Il dibattito si focalizza ancora una volta sui disagi che queste persone vengono incontro e vengono sottolineati punti importanti come:

1) il fattore dello sfruttamento lavorativo; **F1_2**: Sott'o sol na jurnata intera...poi magari sotto la pioggia perche' la produzione deve andare...quindi...chiaramente...

2) La condizione abitativa **F1_1**: Vivono 30 -40 di loro in una stalla, quindi questi assembramenti chiaramente...favoriscono il diffondersi delle patologie ...”

3) La possibilità di essere seguiti da un medico di base **F1_2**: Vorrei dire una cosa...questi pazienti comunque vengono a visita, poi vengono ricoverati...ecc... però poi tornano sul territorio dove comunque hanno una serie di disagi sociali...come può esse' a cas...può essere il medico di famiglia...può essere i medicinali...e ...”

4) La difficoltà di integrazione **F1_5**: ...In un territorio dove non conosce bene gli usi e i costumi...ha difficoltà di inserimento, ha difficoltà di alimentazione...ha difficoltà...è chiaro che poi in generale avrà altre problematiche...”

Infine è stata introdotta la tematica del genere. La mia domanda è stata :” E rispetto invece al fattore, femminile- maschile...per quello che possiate ricordarvi...avete avuto...avete dovuto aiutare un caso particolare femminile, o maschile...che voi ricordiate...”

Il primario mi risponde :” Sì...abbiamo dovuto aiutare una ragazza indiana, che aveva una diffusione di un fatto tubercolare, ma importante anche a livello encefalico, e aveva proprio una forma invasiva...massima...”

Poi vi è l'intervento di **F1_2** :” NO, le donne...sono...allora dipende dal paese di origine...in genere qui vengono...le donne che vengono dai paesi dell'est, le europee sono più autonome e cosa...e tengono più ad approcciarsi con il servizio sociale...con uno specialista e cosa...gli uomini invece, in genere vengono accompagnati dalle donne...compagne o mogli...perché chiaramente la moglie che accompagna si preoccupa della salute, dell'uomo che è l'unica fonte di sostentamento...e quindi vengono accompagnati...anche per fare un poco da interprete...perché capiscono più la lingua...più facilmente e cosa...”

Quindi si sostiene che le donne abbiano maggiori capacità ad integrarsi, differenziandole nazionalità : dove le donne dell'est appaiono più emancipate e disinvoltate, le musulmane più distaccate e sottomesse alla volontà sia dei mariti che della loro religione. E nel sottolineare che vi sia differenza nell'avere in ricovero un uomo da una donna, in quanto di solito la donna viene sempre accompagnata dal marito, mentre non sempre si verifica il contrario, si discute sul fatto che la presenza maschile si trova in Italia per lavorare, e il suo viaggio

iniziale è quasi sempre in solitudine. Mentre la maggior parte delle donne si trovano in un paese straniero per ricongiungersi con il marito.

Secondo Focus :Medici reparto Ginecologia e ostetricia.

Il focus composto dai medici del reparto di Ginecologia e Ostetrica, si è svolto alle 12.30 del mattino, nella stanza adibita al riposo dei medici. Al focus hanno partecipato 4 ginecologi, con la presenza “fortuita” di un quinto elemento che entrando ha voluto inserirsi con uno scambio di battute. Dei partecipanti solo uno era donna, l’età media è stata 55/60 , esperienze professionali che andavano dai 20 ai 32 anni di lavoro in reparto.

La discussione è stata subito presa in mano dalla dottoressa, la quale ha avuto il ruolo di collante e motivante nella composizione del focus.

La figura che però ha avuto il ruolo da protagonista, se così possiamo definirlo, è stato il Ginecologo di età più giovane, che mi è sembrato più preso dell’argomento e pronto a riprendere le “cadute” dei colleghi.

Dal focus sono emersi i concetti di : diffidenza, difficoltà di inte(g)razione, diversità di trattamento, problemi di comunicazione, delinquenza.

Il focus s’incentra sulle difficoltà di trattamento agli immigrati, in questo caso le donne e F2_4 dice : “ehm...per quanto riguarda il nostro ambiente, doppia difficoltà...aggiungerei...perché non c’è solamente da pensare alla immigrata...con difficoltà economica...come difficoltà di approccio nella società, ma anche...di integrare...e di farsi seguire in una gravidanza...quale percorso sceglie...se è o non è...ehm una... regolare autorizzata...con passaporto, senza passaporto...cioè...una serie di problemi che ovviamente...dobbiamo risolvere con grande eleganza e con grande difficoltà... ma come dicevano i colleghi, trattandole, per quanto ci riguarda...almeno come reparto...e come nostra presenza...sempre con grande dignità...

Nell’approccio di cura, infatti, si trova queste donne non solo disorientate, ma anche disinformate. Ma quello che risale di più secondo il medico ginecologo, è il fatto che sul tema gravidanza, esse risultino alquanto indifferenti a fronte di un trattamento omogeneo per tutte le pazienti:

F2_4 : NO! La disuguaglianza ...almeno ...io personalmente non la vedo perché ...il sistema sanitario nazionale offre un servizio identico per tutte...sono molto

disorientate loro...e forse anche un po' indifferenti, tra virgolette, almeno la problematica gravidanza per quanto ci riguarda...non a caso...

si perché...forse è anche un fatto culturale...a volte abbiamo difficoltà di approccio...per certi tipi di immigrate...non vogliono farsi visitare se non è una donna...non vogliono farsi visitare in generale...ehhh...anche il percorso gravidanze non a caso, in questi giorni abbiamo avuto dei...delle situazioni un po' atipiche...(si rivolge alla dottoressa) correggimi se sbaglio...Una signora aveva partorito a casa..."

Quello che evince, è che queste pazienti non sono ben integrate, e quindi il rapporto di cura subisce dei problemi di comprensione, F2_1 afferma che :” è un rapporto molto particolare...molto complicato perché si istaura un rapporto...cioè...loro sono un po' diffidenti nei nostri confronti, e **NOI DI CONSEGUENZA REAGIAMO MALE...**a questo rapporto...a questa diffidenza loro...**Quindi non è un vero e proprio rapporto il nostro con gli stranieri secondo me...**”

Ecco che emerge la strategia della “diffidenza” e sempre F2_1 afferma che :” si perché io vedo che loro hanno paura di non essere ben accetti...e di conseguenza sono...e noi...abbiamo una reazione a questa cosa...di conse..conseguenza...e quindi è un rapporto molto complicato...”.

F2_4 sostiene che non si sentano accettate. E F2_1 interviene dicendo :” noi non siamo...io ritengo che noi non siamo completamente ben disposti verso gli stranieri...io noto questo...” ...”dal punto di vista umano”.

Risulta dalla discussione che esiste una certa difficoltà a trattare con queste donne immigrate, sostenendo che questa difficoltà sia dovuta a una poca dimestichezza a confrontarsi con loro rispetto alla facilità che si ritrova, invece, negli ospedali del Nord Italia. Emerge la necessità della presenza del mediatore culturale, che viene confuso come una sorta di interprete che conosce le lingue come il cinese appunto.

Finalmente su questo punto cominciano a entrare nella discussione anche gli altri due medici, alquanto disinteressati, che preferivano guardare la tv.

F2_3 infatti, sostiene che il mediatore culturale migliori la comunicazione dal punto di vista tecnico :” dal punto di vista tecnico! Se non cambia l'atteggiamento mentale...Ritornando alla domanda precedente...Il sistema sanitario, nostro, non prevede nessuna differenza di trattamento...**però,poi, in**

pratica la differenza di trattamento la tiene... perché c'è un dato culturale nostro e loro...che crea la difficoltà...per la quale io ho definito lo straniero un persona in difficoltà...quella difficoltà si ripercuote sul nostro rapporto..."

F2_1 si accorge che in un certo senso è stato ripreso dal collega e ironicamente dice che egli sa spiegare meglio quello che si è cercato di dire fino a quell'istante.

F2_3 dice ancora :” che non è né rapporto medico né rapporto umano!Ma il medico,prima di essere medico è un uomo...quindi...si porta nell'attività le difficoltà che...il mediatore culturale ripeto...è un'agevolazione di un aspetto tecnico...ma la difficoltà...è più su...e ...è diversa rispetto a ...ci arriveremo un po' alla volta a...guardare lo straniero”.

E' sul concetto di straniero che s'incentra il discorso, e sull'aspetto culturale, che affiora anche nei rapporti familiari, infatti, F2_1 dice:” anche se nella coppia...noi abbiamo visto anche delle...cioè la coppia!Abbiamo visto degli stranieri, soprattutto marocchini e anche...gli arabi...che hanno difficoltà a far controllare ...le proprie compagne dai medici maschi...e poi sono anche un po'...io direi...molto...molto diffidenti,molto diffidenti”.

Dopo un po' il discorso si rivolge sulla patologie degli stranieri e si sottolinea che ci sono state delle patologie “che stanno ritornando” “patologie specifiche” .

F2_4 :” si abbiamo delle patologie che stanno rientrando...stanno ritornando”

F2_1 :” che da noi sono debellate...da noi...

Patologie che si sostiene provengano dai paesi Africani, mentre comunità come quelle cinesi, si sottolinea non si ammalino di “nulla di diverso” rispetto ai cittadini autoctoni. Inoltre dei cinesi si evidenzia la scarsa disponibilità alla comunicazione.

F2_2 : “anche perché i cinesi hanno un modo loro...per noi dal punto di vista nel senso che...hanno...”.

F2_1 :” Eh, culturalmente sono molto diversi...”

F2_2 :”...per loro la concezione di partorire...pure dopo il parto sono legate a dei riti...delle cose che devono fare...per dire...mangiare solo riso...”...”per noi sono i meno integrati”.

I paesi dell'est invece sono visti come i più degradati.

Quando poi, si incamera l'argomento integrazione, soprattutto quello che viene evidenziato tra rapporto paziente e paziente, risultano episodi di intolleranza.

F2_4: “episodi...sicuramente...ce ne sono più di uno...che sono legati...all’integrazione, ecco...alle...non solamente culturale...ma anche di tipo igienico-sanitario...e questo purtroppo...diventa un po’ difficile farlo comprendere a chi viene da un grado di civiltà...e chi magari a un grado di civiltà più basso...”

Questa intolleranza viene giustificata con una sorta di disagio, dovuto alle condizioni precarie, in cui il più delle volte le immigrate si trovano. Rispetto a ciò, chiedendo di un’ipotesi di intervento che gestisca la situazione, F2_4 dice: “: ma non penso sia un problema di reparto...penso sia un problema ...come diceva il collega prima di ...se il sistema sanitario nazionale, funziona bene per tutti...da quello meno abbiente a quello che fa parte della nostra osservazione quotidiana...non vedo differenze...vedo differenza nei percorsi...eh...il percorso...loro non conoscono il percorso,non sanno a chi rivolgersi, non hanno un punto di riferimento...”. E parlando di integrazione, dice :” : l’integrazione non siamo noi a non cercarla, ma SONO LORO A NON RIUSCIRE AD OTTENERLA...perché non hanno un percorso lineare...”

Quindi l’integrazione viene fatta coincidere con la conoscenza di percorsi sanitari da seguire. E ritornando a un discorso di atteggiamento, potendo sottolineare che vi possa essere una sorta di discriminazione “reciproca”, F2_4 sostiene :” La diffidenza secondo me sta nell’incredulità che possano essere ricevute, accettate e trattate così come...ma parliamo nel reparto maternità...ma penso un po’ per tutti gli ospedali come degli altri... persone che noi riteniamo del nostro...”

Durante il focus, come ho sopra evidenziato, subentra la presenza di un medico di passaggio, in quanto la stanza è meta di tutti. Questi capta il discorso che si sta portando avanti e si intromette dicendo che le pazienti immigrate sono un po’ “prevenute e giustamente incazzate” questo perché sono sicure di essere trattate male. F2_1 interviene dicendo che questo suo punto di vista dipende dal fatto che lui si occupi di interruzioni di gravidanza. Ma lui subito lo riprende dicendo che è lo stesso il “punto di vista”.

F2_2 :” e perché anche questo modo di di...perché loro si presentano ...sotto forma di farsi compatire...quindi...in questo modo cercano...di di vederla...si comportano in questo modo...”

F2_5 :” ho capito l’argomento, perciò mi sono intromesso...in una scaletta di dieci anni a questa parte...IL COMPORTAMENTO LORO E’ CAMBIATO

QUASI COMPLETAMENTE...Nel senso che, da una timidezza iniziale...oggi c'è un'aggressività..."

Quindi ciò che si rileva è sempre una sorta di reticenza da parte della paziente che pensa di essere sottoposta ad un trattamento di cura diverso rispetto alle autoctone. In più si evidenzia un atteggiamento aggressivo e a volte delinquenziale di alcune degenti di nazionalità rumena e ucraina.

F2_4: " il problema è complesso...molto complesso...come diceva il collega...penso che noi ci troviamo d'accordo...un po' tutti...su questo argomento...l'aggressività viene da questi due parametri...cioè...quelle più predisposte perché sono anche guidate dalle altre...in effetti le ucraine...sono un attimo più...e poi abbiamo queste qui che sono più difficili da trattare..."

F2_2: "ma pure perché stanno qua!stanno qua per lavorare...perché le hanno cacciate dal paese loro...stanno qua perché sono delinquenti...stanno qua perché lavorano...stanno qua perché sono affiliate...è difficile, perché ognuno...basa il suo modo...così si comportano...Quelle che stanno qua, perché non tengono niente da perdere...stanno qua perché devono rubare...e si comportano in modo...in modo particolare..."

Spostando l'attenzione sull'articolo di Repubblica che riportava una disuguaglianza di cure a una bambina Nigeriana, che le ha provocato la morte, comincia ad accendersi la discussione, tutti sostengono che si tratti di errore umano non di discriminazione razziale. Ciò che è capitato è stato dovuto alla negligenza del medico, che ha prescritto una terapia, ma ha commesso una disattenzione. L'errore è un errore che poteva capitare a qualsiasi altro paziente, di qualsiasi razza e cultura. La questione burocratica è stata evidenziata dal giornalista per far notizia, ma è una questione che non sussiste tra il rapporto medico-paziente .

F2_2: "l'assistenza è una cosa, ma se è straniero, non è straniero, è un concittadino, è un familiare non ha niente a che vedere con questa parte burocratica...ma tu...il compito del medico è dare l'assistenza...poi è italiano, non è italiano, è cinese, è marocchino è giapponese..."

Altro argomento che scuote la discussione è l'interruzione di gravidanza, su questo stuzzico il dottore che è apparso all'improvviso e che è stato segnalato come la persona preparata. Come si immaginava, c'è un netto incremento degli

aborti, da parte delle straniere rispetto alle italiane. Questo viene giustificato con una scarsa cultura contraccettiva delle stesse. E con stili di vita sbagliati.

F2_5: “ogni volta, tre su cinque sono straniere...per due ragioni se vuoi saperlo ...perché la prima, credere in assoluto che hanno difficoltà a reperire il medico per la ricetta per andarla a prendere in farmacia...questa è la loro spiegazione, la prima in assoluto...la seconda comprende sia una scarsa cultura all’argomento, ma anche indisponibilità economiche per andare a prendere la pillola...”...”: perché conoscono questa possibilità di venire, e afferiscono all’ospedale con una facilità incredibile...e questa la prima risposta...la seconda invece...”

Domanda: “ Bisogna dare una spiegazione” ; Risposta :” sempre la stessa, motivi socio-economici”.

F2_5: “si tutti i venerdì...quando faccio la prenotazione...ho a che fare su 6-7 visite...minimo 3 sono straniere...”...”: e siccome poi non sono preparate tanto...arrivano anche con comodo...nel senso che non hanno chi le accompagna...non possono perdere la giornata di lavoro, quindi...non si precipitano a chiedere la soluzione, con tempi e con modi garbati...come dire...quando hanno tempo, si ricordano e vengono qua...quando non sempre riesco a sistemarle...là dentro diventa una lotta ai coltelli...chi piange, chi si tira i capelli...chi si butta a terra...chi...”...”: dottore dovete capire...dottore siamo straniere...il lavoro...non teniamo niente...”.

Utilizzano la strategia della compassione.

F2_5 :” cioè...tu sei straniera d’accordo...hai un ritardo di ciclo, sei pure una donna che magari tiene due figli al suo paese ...che ti costa...sai che c’è questo servizio...sono informate, questo lo sanno...che ti costa venire e prenotarti per tempo...invece no, sono di una strafortenza totale...arrivano quando hanno voglia, quando hanno tempo...quando trovano qualcuno che le accompagna, e si presentano sempre...e questa è la storia di tutti i giorni...”

F2_4:” perché è un rapporto di pretesa...che lo rende ancora più difficile...”

F2_5:” siamo aperti a tutto, gli diamo assistenza totalmente gratuita, anzi...per quello che ci riguarda, proprio in considerazione, come diceva lui, che sono persone che vengono da lontano, fuori...che hanno un sociale che è quello che è...forse siamo anche più orientati bene...anche nei rispetti dell’italiana scostumata però,no dell’italiana normale...perché ci stanno pure le italiane scostumate...che pretendono, che...ti aggrediscono...perché...allora la poverina

straniera, proprio perché la consideriamo una fuori dal paese...siamo anche disposti bene a capirla...però qualche volta ci troviamo proprio di fronte...dei muri...appena...subito graffiano...”

Finito il discorso sul rapporto con le donne straniere sui temi di aborto e contraccezione, si riprende il discorso del percorso “educativo- sanitario” a cui queste donne, come tutti i pazienti stranieri, dovrebbero essere sottoposte.

Soprattutto subentra il concetto di “integrazione sociale” ossia :

F2_4:” io penso che in linea generale non possiamo dire che l’integrazione ...culturale...ma almeno quella sociale diventa obbligatoria...” ...” ma per l’integrazione sociale ci vuole molto tempo...per esempio non si può pretendere a una persona che viene dall’est, da un altro paese che venga in Italia, non la possiamo comprendere ...la maggioranza della nostra etnia ce lo obbliga a mantenere...ecco difficoltà di visita...se viene in ospedale deve sapere di essere visitato, c’è poco da fare...quindi può essere arabo, può essere musulmano, può essere di un'altra etnia però..”

F2_1:” il sabato non si fa questo”...

F2_4:” il sabato non si fa questo, questo non si può fare...tanta pazienza...ma non possiamo abituarci noi “...

Quindi è evidenziato anche una difficoltà di comprensione delle abitudini culturali del paziente extracomunitario. Un “fastidio” generato dal sottostare a delle regole e per questo bisognerebbe trovare un rapporto di “mediazione” che spieghi a entrambi le parti i ruoli a cui sottostare. Anche il rapporto medico- paziente è un rapporto di intenzionalità reciproche e uno scambio di esperienze.

Terzo focus :Medici reparto Ortopedia

Il terzo focus, quello con la partecipazione dei medici di ortopedia si svolge alle 13.30, in un’ orario che si riteneva di spacco, nella stanza dove i medici fanno ambulatorio. Al focus partecipano 4 medici ortopedici, tutti e quattro uomini, con una media di età di 40 anni, con più di dieci anni di esperienza lavorativa.

Il focus inizia con la parola stimolo straniero, e tutti e quattro dando una definizione di straniero intervengono dicendo che il trattamento di cura dato al cittadino no differisce da quello al cittadino italiano.

F3_1: Allora, per quanto riguarda i nostri rapporti...io ...con gli extracomunitari...ritengo che il tipo di trattamento, che essi SUBISCONO, da

parte nostra, come in quanto...si trovano degenti nel nostro reparto è esattamente lo stesso di quello riservato agli italiani...tuttavia devo osservare che alla luce della mia esperienza spesso gli extracomunitari trovano difficoltà...nell'essere...

La discussione s'incentra subito sulle qualità di cure rivolte allo straniero, sostenendo che è la dimissione del paziente che comporta delle problematiche in quanto : **F3_1: La dimissione dal reparto...per i motivi che possono essere di diverso tipo... innanzitutto il problema principale dell'extra comunitario è che spesso non ha un medico che lo assiste successivamente e per ogni cosa...quindi è un po' abbandonato a sé stesso il paziente...** sia da un punto di vista logistico, sia dal punto di vista soprattutto dell'assistenza sanitaria...a volte ha bisogno di farmaci, di presidi terapeutici, di trattamenti fisioterapici...per cui ha bisogno di qualcuno che glieli prescriva...però questo qualcuno non c'è...Poi un'altra grave difficoltà, soprattutto per quelli che vengono più recentemente...che sono di più recente entrata in Italia, e quindi la lingua...per cui spesso non capiscono le nostre prescrizioni...non capiscono come attenersi...alle...

Anche il problema della comunicazione ancora una volta risulta centrale nel somministrare le cure al degente immigrato : **F3_3: E' MOLTO RARO CHE CI TROVIAMO IN DIFFICOLTA' DEL GENERE ...perché in genere c'è sempre qualcuno che fa da intermediario...che fa da traduttore...anche per quanto riguarda extracomunitari che non conoscono assolutamente la lingua italiana...noi abbiamo avuto extracomunitari cinesi, pazienti che non sapevano l'italiano...casomai il marito che lavorava già...faccio riferimento ad una donna...il marito già lavorava in Italia e quindi...un po' parlava...così succede anche per i nord africani, per gli ucraini...ci sta sempre qualcuno che deve essere sia extracomunitario ma anche italiano e che si interessa assiduamente della comunicazione con il paziente...**

Quindi risulta la presenza di una "rete migratoria" che aiuta il cittadino immigrato a confrontarsi con la realtà del paese d'arrivo. Nel racconto di questi medici, a differenza dei precedenti focus, i cittadini extra- comunitari risultano ben integrati.

F3_1: Ma io vedo che spesso sono bene integrati nel tessuto sociale per cui...ripeto, le difficoltà provengono dal fatto che per esempio non hanno il medico curante...hanno condizioni logistiche disagiate...e non li possiamo

seguire con una grande assiduità...spesso non hanno ricette e vengono erogate prestazioni gratuite...e sono legati più alla nostra comprensione...più alle regole...

Il cittadino straniero viene descritto come fuori dalle regole, una persona che usufruisce dei servizi, senza curarsi dei passaggi che bisogna fare per arrivare a essi, come una ricetta, una richiesta ecc.

F3_1: Il paziente in genere si presenta ignaro del fatto che ...

F3_3: NO IGNARO...

F3_1: Ignaro nella maniera che...può essere consapevole o meno...ehhhhh si presentano in ambulatorio per essere medicati...e non hanno ad esempio o una prenotazione, o non hanno una ricetta...e in questi casi...

F3_3: ACCETTATI...(ridendo) tutto ciò che è in regola, per loro non esiste...

F3_1: PER LORO NON ESISTE... loro un po' potrebbero anche approfittarsene... ma pur consapevole di questo non me la sento di lasciare un paziente al suo destino...che so che ha bisogno di una medicazione...di una visita...e in un certo qual modo gli andiamo incontro...a questi pazienti tra virgolette particolari...

Risulta a questo punto uno scontro tra due opinioni divergenti, una che sostiene che una volta curato nel reparto, il cittadino straniero non alternative che restare ricoverato, e l'altro che sostiene che questa condizione è una volontà dell'immigrato che decide di voler restare ricoverato perché non ha alternativa.

F3_3: Nel senso che non è che...una volta ricoverati...tengo una frattura...tengo...sono fratturati...tengono una problematica, non è che possono...cioè...

F3_1: Non hanno opzioni...

F3_3: NON HANNO OPZIONI...???(sorriso)

F3_1: ...Sono costretti all'immobilità a letto...per cui non possono...

Quando il discorso si incentra sulla malattia, si arriva alla "convincione" che il cittadino straniero porta la Tubercolosi.

F3_1: PORTA LA TUBERCOLOSI...ma noi fino ad adesso non abbiamo avuto casi di tubercolosi nel nostro reparto...

Importante spunto di riflessione è il disagio che queste persone vivono nei paesi d'arrivo. Come anche spostarsi con i mezzi pubblici comporta dei problemi che si ripercuote sullo stato di salute dell'immigrato. Qui si ritorna al discorso delle

dimissioni del degente immigrato, che è un momento importante per il processo di recupero, soprattutto in ortopedia.

F3_3: ...SI APPOGGIANO A QUESTO PARENTE CHE CONOSCE MEGLIO LE COSE...PERO' NON E' CHE SONO INTEGRATI...

F3_1: Ultimamente un'ucraina con una frattura esposta ...che abbiamo operato io e te...

F3_3: Ecco è venuta a controllo il primo mese...ha saltato il controllo nel secondo...si è presentata al terzo...però pur sapendo dove stiamo ehhhh...cioè per venire qua ci chiede...eh, praticamente ci ...deve trovare qualcuno che lo accompagni...la sorella che abita qui...non se ne..

F3_1: MA QUESTO FA PARTE DI TUTTO IL CONTESTO...

F3_3: Non se ne importa proprio!per cui dice senti, io l'ho portato adesso....mica era necessario venire due mesi fa?

F3_1: Cioè è extracomunitario su questo punto...anche per esempio i trasporti...gli spostamenti...specialmente se viene da qualche paese dell'agro, lontano dall'ospedale eeee...

F3_3: Ma...

F3_1: HA GLI STESSI DISAGI CHE PUÒ AVERE UNA PERSONA...pensionata...molto anziana e che non ha nessuno...eeee

F3_3: QUESTO QUA VIENE ASSISTITO DA VOLONTARI PERO' NON E' CHE NON ABBA LE possibilità DI VENIRE IN AMBULATORIO PERCHE'...cammina...nu sacc e cos...cioè...però sanno che ci sta...il gruppo di infermieri volontari e si rivolge a quello...per quello che non ha amici..

F3_1: CIOE' NON C'E' UN SERVIZIO PREPOSTO...

F3_3: CIOE' VENGONO A FARE LA VISITA SENZA NESSUNA COSA...PERCHE' PUR DICENDO MA VOI L'ASSISTENZA CE L'AVETE?Sì...IL MEDICO CE L'HAI?Sì...e allora fatti...prenotati ...vieni con un'impegnativa...comunque non lo fanno...perché dice va be' quello me lo fa...

Avendo inserito una nuova parola stimolo, mediazione culturale, come supporto medico i dottori ritengono che sia una figura inutile.

F3_3: Mi sembra una figura inutile...per l'economia del servizio sanitario...nazionale...mentre invece bisognerebbe migliorare...a mio parere l'assistenza extra...fuori dall'ospedale...per queste persone

F3_1: Un supporto infermieristico, alle sedi...o anche logistico...

F3_1: l'aspetto umano non può essere trascurato nel rapporto medico paziente...il paziente si deve ...

F3_3: LA PROBLEMATICATA...

F3_1: ...si deve interfacciare soprattutto dal punto di vista umano...e poi professionale...è lo stesso..

F3_3: ...SONO LE STESSE PROBLEMATICHE CHE CI PONGONO GLI ITALIANI...ecco stamattina...dovevo mandare a casa una persona ricoverata da 12 giorni, operata da 5 giorni..."no io a casa non la porto...chi la guarda?"ahahahahah è la stessa cosa...anche gli italiani con persone che percepiscono la pensione, l'assistenza accompagnamento e cose...

F3_1: Noi assistiamo....

F3_3: eh, dicono e fanno le stesse cose!

F3_1:...POI NOI ASSISTIAMO A SITUAZIONI DAL PUNTO DI VISTA UMANO MOLTO CRITICABILI...Purtroppo non è che possiamo...

F3_3: per cui quelli di stamattina...che dicono : no, io a casa non la porto...Vedetevela voi... si alzano e se ne vanno...

F3_1:EPPURE CERCHIAMO DI DIALOGARE IL PIU' POSSIBILE...

F3_3: ...è allo stesso modo insomma...

F3_1:...perché si devono organizzare...

Altra parola stimolo: accesso alle cure. Essi ritengono che il fatto che le cure abbiano un accesso uguale e gratis a tutti, questo fattore, sia utilizzato dai degenti stranieri "approfittandosene". Quindi si ritorna all'aspetto di rispetto delle regole.

F3_1: in taluni casi...sicuramente se ne approfittano perché stanno tantissimi pazienti che per esempio non pagano il ticket per varie motivazioni...soprattutto sono motivi per reddito...e ce ne sono una grossissima quantità...ehhh quindi chiaramente, io penso che le entrate...del servizio sanitario nazionale non è che siano molte...soprattutto come prestazioni di pronto soccorso...noi non siamo riusciti ancora nell'ambito dell'ospedale a fare da filtro...per cui molto spesso le prestazioni che eroghiamo di pronto soccorso, sono prestazioni che tranquillamente potrebbero non essere fatte ...come traumi banali...ma qui entriamo nel merito di un discorso che si allarga anche al personale sanitario...alle modalità di preparazione dello stesso...all'addestramento dello stesso...ai mezzi per migliorare la nostra...le nostre capacità...per migliorare lo stesso...

F3_3: e soprattutto all'abitudine del nostro del nostro sistema sanitario nazionale di di...

F3_1: E POI...

F3_3: DI STABILIRE E' PUBBLICO... e tutti noi ne usufruiamo...

F3_1: E Un 'altra cosa...

F3_3: NON SI PUO'...

F3_1: RIFIUTARE...

F3_3: RIFIUTARE una prestazione manco se è codice bianco... non puoi rifiutare una prestazione ...cioè se non la rifiuti ad uno straniero...a un italiano...

Quello che si è teso a valutare, anche quando gli ho posto la lettura e critica dell'articolo di Repubblica sulle mancate prestazioni di cura alla bambina nigeriana, è stato l'aspetto gestionale e economico che comportano le cure a queste persone immigrate.

F3_3: Guarda che probabilmente, forse, a Milano succede questo ma ...non penso che da noi succeda questo...altrimenti (ridendo) se pure volessimo farlo succedere...rischieremo...rischieremo la nostra pelle...in breve tempo...QUESTO SIA PER GLI ITALIANI CHE PER GLI STRANIERI!

F3_S: ma perché lei ne fa una questione di regione...che in Lombardia sono più dediti magari alla burocrazia...e qua subentra più il fattore umano...Perché qua dice che la tessera sanitaria della bambina non c'era...era stata...

F3_1: ma qua non è spiegato se la bambina nigeriana..era praticamente...cioè i genitori stavano a posto dal punto di vista del passaporto...

F3_S: Il padre aveva perso il lavoro...quindi...

F3_1: sì ma loro...il loro permesso di soggiorno era scaduto?O...

F3_S: Questo non c'è quindi secondo me...non erano clandestini...

F3_3: vede signora...ehhhh la problematica è questa...quando ti arrivano in pronto soccorso...non è che come prima cosa gli chiedi dammi il tesserino sanitario...vedi il suo stato di salute...il tesserino sanitario è reattivo...però in alcune regioni...in alcune realtà...e sarebbe pure giusto...che fosse fatto...e insomma la prima cosa è avere il tesserino sanitario...

F3_S: ...Perché è su questo tesserino che si pagano le cure...

F3_3: ESATTO! ...Però...secondo...per prima cosa...se vai in un ospedale americano...e...se non tiri fuori quel tesserino entri e te ne esci...vai all'ospedale pubblico...

F3_1: CHE NON E' COME NEL NOSTRO PAESE...VA BE'!

F3_3: che stai quattro cinque giorni e paghi le visite...non è...non hai diritto alle cure...noi purtroppo...”purtroppo”...fortunatamente la nostra costituzione...come...tiene un articolo che differisce un pochino...dalla costituzione americana...perché nella costituzione americana...lei ha il diritto alla vita...ma non alle cure...nella costituzione italiana hai diritto alla vita e alle cure...quindi per questo motivo mo' ce l'hai o non ce l'hai il tesserino...hai diritto alle cure, anche se poi è lo stesso stato che ti dice , c'hai diritto alle cure...t'impone di dire, lei la prestazione a tizio la fa se tiene il tesserino...se lei fa una prestazione senza tesserino...allora come qua...se non pagano il ticket... e vengono a scoprire che il tizio non ha pagato il ticket...e dice...ti chiamano :”ce la rimetti tu la visita?Paghi tu il ticket?”Ecco è quello che succede ai medici là sopra...d'altronde (ridendo) posso pagare un giorno, posso pagarne due...ma mica tutti i giorni?”SE NO A FINE MESE CI CAMBIAMO, METTO UN EXTRACOMUNITARIO AL POSTO MIO...IO MI METTO DI LA' E VADO TUTTE LE SERE, E MI FACCIIO PAGARE QUALCOSA”...

F3_S: Quindi lei praticamente avrebbe fatto la stessa cosa...

F3_3: NO!NON CHE IO AVREI FATTO LA STESSA COSA!IO NON FACCIIO LA STESSA COSA!io a me qua...qualunque cosa vedo io la visito, poi...del fatto...dovrei interessarmi, che probabilmente la nostra amministrazione non ci fa fare le pulci...ma il giorno nel quale ci viene a fare le pulci...ecco , tipo, lavoro in farmacia, viene un giorno senza ricetta :” mi serve quel farmaco”, lei glielo da?

F3_S: la prima volta può essere pure sì...poi

F3_3: E' SEMPRE CON LA SECONDA VOLTA!NE VIENE UN ALTRO, NE VIENE UN ALTRO...NE VIENE UN ALTRO...

F3_1: Comunque QUESTO E'...

F3_3: CIOE' DOVREBBE ESSERE...IL DISCORSO CHE E' STATO FATTO QUA (articolo) (ridendo)...

F3_1: DICIAMO CHE QUA C'E' COMUNQUE UN GROSSO SPRECO EH!...

F3_3: ALLA FINE ANDIAMO A PARLARE DELLE COSE...CHE ASSOLUTAMENTE...

F3_1: Anche è evidente delle cose...io ritengo che anche laddove la massima la più grande attenzione...contro lo spreco...il caso umano non va mai trattato contro...

F3_3: MA NOI TRATTIAMO TUTTI DA CASI UMANI!E' UN'ALTRA COSA MA...PERO'...

F3_1: NON SI PUO' DIMENTICARE CHE E' UNA PERSONA MALATA!

F3_3: MA VIENE ANCHE IL GIORNO IN CUI IL SUO DATORE DÌ LAVORO MI VIENE A DIRE, MA LEI HA I FATTO QUESTE PRESTAZIONI, MA ERA AUTORIZZATO?Perché l'ha fatto?insomma...sono queste le problematiche...per cui...va be' che poi quegli articoli...insomma sono coreografici perché...ehhh i giornalisti, scrivono, scrivono...poi dobbiamo vedere a quanto corrisponde...a quanto tutto quello corrisponde a verità...

F3_S: Ma la malsanità...riprendo quello che mi ha detto prima...lei ripeteva il fatto per dove sia capitato, che questo gesto sia dovuto a razzismo...

F3_3: MA IO NON CREDO CHE SIA STATO DOVUTO A RAZZISMO!...E' DOVUTO...ALLORA IL MIO DATORE DI LAVORO...SE IL MIO DATORE DI LAVORO MI DICE CHE DEVO RISPETTARE QUESTE REGOLE...IO LE DEVO RISPETTARE!E' IL MIO DATORE DI LAVORO...CHE MI IMPONE DI RISPETTARE DELLE REGOLE, NON SONO IO CHE MI RIFIUTO DI FARLO...

F3_1: Può darsi...che dal punto di vista delle regole..

F3_3:EH!

F3_1: Lì al nord le applicano in maniera molto più rigida...

F3_3: E QUESTO PERCHE' ...QUA...

F3_1: E PER QUESTO...QUA FORSE NON CI SONO NEANCHE QUESTE REGOLE!

F3_3: MA NOI ABBIAMO INIZIATO...DICENDO...che forse tutti questi...pazienti stranieri, delle regole, non è che se ne importano molto insomma!Vengono qua...e dicono "basta che faccio quello che devo fare..."mo' o me lo fate il piacere o...mi metto lì e aspetto ...se io rifiuto...il primo giornalista che passa...ecco (ride) facciamo come tempo fa... dice." Il bambino allo zoo, il leone gli strappa il panino dalle mani, e questo piange, arriva un signore, toglie il panino dalla bocca del leone, e lo da al bambino...e il giornalista dice "ah, sì sì tutt 'appost...mo' ti faccio un bell'articolo io scrivo per paese sera...poi io sa

sono fascista...va be' però noi siamo indipendenti, perciò me lo faccio...eh ecco reduce...teppista fascista (ride) strappa il pane dalla bocca ...ad un reduce africano!Allora tu fai tanto...ti rifiuti di fare una prestazione, arriva il primo giornalista e fa un articolo del genere...cioè ti fa un articolo del genere, non perché è vero...non perché tiene conto che il tuo datore di lavoro ti ha detto di seguire queste regole...non per...la prima cosa che fa...ti perla di razzismo...MA LUNGI DA ME, O DA CHIUNQUE ALTRO L'IDEA DEL RAZZISMO!cioè ci sono regole...le stabiliscono le asl...a me se la mia asl fino ad ora non mi dice niente, io do la prestazione a tutti...ma il giorno in cui mi viene a dire ahahahah perché gliel'hai fatta TU PENSI CHE IL TUO DATORE DI LAVORO TI CAPISCA PERCHE' DEI STATA BUONA UNA VOLTA, DUE VOLTE, TRE VOLTE E TUTTI I GIORNI ti dice, ma io ho degli interessi maturati!

La questione evidenziata dai medici di ortopedia è una problematica amministrativa che ha ripercussioni sulla gestione totale dell'accesso alle cure. Si mettono in luce più punti discordanti, sul fatto che le cure si elargiscono a tutti ma se non si apportano i dovuti passaggi, burocratici e amministrativi, in una situazione di lungo periodo potrebbe comportare restrizioni a livello generale. Si mette in evidenza anche la modalità di presa in carico del cittadino straniero tra il Nord e il Sud d' Italia .

F3_2: sì meridione...perché difficilmente mandiamo via uno perché ha la tessera scaduta, cioè in pronto soccorso...quelli che vengono...vengono assistiti tutti, non è che vengono mandate indietro persone...quindi a nord che hanno più senso dell'efficienza, della precisione e cose...maniacale...può darsi che...sia successo questo.

F3_3: NO MA TERAPEUTA...AHAHAH IL SENSO DI EFFICIENZA E DELL'ORDINE COME DOVREBBE ESSERE!NULLA DI MANIACALE!

F3_2: UN MOMENTO!NON CI DIMENTICHIAMO IL CODICE ETICO DEL MEDICO...

F3_3: EH Sì...MA INDIPENDENTEMENTE DAL CODICE ETICO...

F3_2: CIOE' NON POSSIAMO DIRE TU C'HAI...NON SIAMO IN AMERICA, TIENI LA TESSERA SCADUTA NON TI ASSISTO!QUANTE PERSONE ASSISTIAMO COSI' CHE NON HANNO ASSISTENZA O ALTRO...

F3_3: Sì è quello che stavamo dicendo...non è la questione dice... ma lì bisogna vedere...pure il datore di lavoro in che condizioni ti mette...e quello che...

F3_2: Sì MA NON FACCIAMO GLI AMMINISTRATIVI...

F3_3: E quello che si deve ottemperare si deve ottemperare!

F3_2:...CHE SI PRENDONO LE CARTE...E A QUEL PUNTO CONTROLLANO...LA LORO PRATICA AMMINISTRATIVA...MA LA PRATICA SANITARIA, SECONDO ME DEVE ESSERE INDIPENDENTE DALLA PRATICA AMMINISTRATIVA...cioè io non sono un esattore delle tasse, io sono un medico devo dare assistenza ai pazienti che si rivolgono a me punto...poi se questo paga le tasse, non paga le tasse...ticket non ticket...per me sono parti amministrative devono agire gli amministrativi...

F3_1: In pratica denunciare una persona che...noi dovremo comportarci così come saremo tenuti a fare nei confronti dei delinquenti ...se vedo un paziente perché...se vedo un paziente che viene praticamente sparato noi abbiamo l'obbligo della denuncia ai carabinieri ...allora la legge secondo Maroni, mira a far sì che il paziente extracomunitario venga trattato alla stregua di un delinquente...questo perché?perchè Maroni con questa legge deve accontentare le centinaia di migliaia di milioni di elettori leghisti che vogliono che venga assunto questo atteggiamento...

F3_3: IO NON ENTRO NEL MERITO DI COSA HA INTESO IL MINISTRO...non l'ha spiegato...

F3_1: LORO DEVONO SEMPRE ACCONTENTARE GLI ELETTORI!

F3_3: Ma fa parte di una visione politica delle cose...cosa che a noi non ci interessa e non ci riguarda...

F3_1: CHE NON C'E' DA NOI!

F3_3:A noi per quello che ci riguarda...l'assistenza quando capita la diamo, ti arrangi un poco...

F3_1: E' lo stesso discorso...

F3_2: ...Che l'extracomunitario...poiché non ha il medico, non può pagare il ticket...allora noi lo assistiamo pure se non può pagare il ticket...l'italiano se non può pagare il ticket no...la prestazione non ce la faccio...alla fine...facciamo al contrario...

F3_3: DISCRIMINIAMO AL CONTRARIO!IN QUESTO SENSO!QUESTO E' Peppe!!!

F3_2: e vi posso assicurare che così è...

F3_2: Per cui...quello c'ha delle difficoltà...non solo soggettive ma anche oggettive...per fare certe cose...allora cerca di andare incontro, no?

F3_3: Non sempre sono difficoltà oggettive o soggettive...ma sono difficoltà che...vuoi per mancanza di tempo...vuoi per scarsa informazione...vuoi per na cosa...non ci si preoccupa...eh, magari non tenev o permess e' soggiorn...e non si preoccupa di andare a fare la scelta del medico, non si preoccupa ...ecco di queste cose qua...per lui sono...(ridendo) passeggiare per cui...

F3_2: io penso che il medico l'assistenza sanitaria la deve dare...il diritto è costituzionale...è vero come ripete la Costituzione della Repubblica Italiana...io penso sia uguale per tutti insomma...costituzionalmente...abbiamo il diritto alla salute...mo' uno che è residente in Italia, non può non dire...non capire il diritto alla salute...se la costituzione è quella no?per noi...

F3_3: sì però secondo me...

F3_2. È quella anche per gli altri...

F3_3: sì però...se domani viene uno che ha bisogno di farmaci terapeutici ...non sei un mio assistito ...fatti mettere a posto e poi...

F3_2: ...ANCHE SE TU PUOI ANDARE DAL MEDICO DI FAMIGLIA PAGANDO UN TOT...Cioè pagando la prestazione, il medico ti deve assistere...pagando una differenza che è prevista dalle leggi...prevista dalle disposizioni...quindi anche se non lo hai lo puoi sopperire in qualche modo insomma..quindi hai capito...volendo i modi si trovano...ma il problema sono i controlli che non ci sono...e non ci sta ...Nord, ci sta un altro problema...Perché a nord l'immigrazione è molto maggiore che al sud...poi alla fine...

F3_3:oh...

F3_2: ...Perché io mi ricordo quando stavo a Brescia lì...certe volte erano più gli extracomunitari ricoverati che gli italiani, per cui è normale che ad un certo punto, con un numero maggiore...ehhh

F3_1: QUI OGNI SETTIMANA, ABBIAMO ALMENO UNO DUE RICOVERATI EXTRACOMUNITARI ...

F3_2: MA UNO O DUE...Ma se lì comincia a esserci il 50% sai...il 50% di ricoverati ...50% di extracomunitari...

F3_3:IL 50% INCOMINCIA AD INCIDERE ANCHE ECONOMICAMENTE...

F3_2: Eh si!

F3_1: MA QUA SONO MINIMO 2-3 PERSONE...GUARDA CHE UNA VOLTA...POCHE SETTIMANE FA, ABBIAMO AVUTO 2 RICOVERATI...

F3_2: guarda che al nord si arriva pure al 50% di ricoverati...il 50% di ricoverati...e a quel punto il numero conta...perché se tutti non pagano è normale che il servizio sanitario nazionale...si trova in difficoltà, per i conti ecc. Però ho detto, sono problemi amministrativi, non penso che sono problemi che deve affrontare, problemi che deve interessare il medico...perché noi siamo prestatori di opera sanitaria...punto.

Ritornando alla questione culturale e alla comunicazione, si ribadisce che non è importante una figura all'interno della struttura, quanto piuttosto un percorso educativo al di fuori.

F3_1: L'INTERPRETE...SERVE DI PIU' PER QUANDO ARRIVA L'AMERICANO BENESTANTE...Che sta da solo...che parla da solo... per il tedesco...per l'inglese non c'è nessuno che faccia...e noi ci dobbiamo arrangiare con la nostra ...con il nostro inglese...maccheronico...ma tutti gli altri extracomunitari...i nord africani, gli ucraini...ehhh i polacchi...

L'ultimo focus con i medici dei quattro reparti presi in esame, quello di Neurochirurgia, non si è potuto eseguire a causa della indisposizione di tutti i medici a trovarsi nello stesso luogo alla stessa ora. Per valutare, comunque, anche se solo in parte, la visione rispetto allo straniero di questa branca di medicina, ho voluto intervistare il primario del reparto il Dott. Giugliano. Egli mi ha esposto la sua esperienza, sia nel P. O. in questione, sia al Cardarelli di Napoli.

Egli valuta un incremento importante di ricoveri di cittadini stranieri dal 2000 ad oggi. Con presenze di cittadini del Nord Europa, con maggiori ricoveri di uomini rispetto alle donne, dice: "Chissà perché la neurochirurgia investe più i maschi che le femmine". Essi arrivano attraverso altri pronto soccorso, dell'area vesuviana, dell'area avellinese, l'area costiera, cioè le aree circondariali al P.O. Tra queste persone si trovano anche persone disagiate, "persone che vivono ai margini della legalità", "persone abbandonate", "persone che non trovano una collocazione sociale".

Il Dott. G., rispetto all'operato del suo reparto, ricorda di questioni nelle quali ci si è trovati di fronte a degenti dei quali è stato difficile risalire alle generalità, dove non risulta presente quella "rete migratoria", affrontata nei precedenti lavori.

Anche nella chiacchierata con il Dott. Giugliano si evidenzia la necessità di afferire a un percorso sanitario e sociale, post-ricovero, post-operatorio. "Questi pazienti, più di altri devono essere seguiti dopo le cure ospedaliere, educati all'accesso alle cure, che non è solo afferire al pronto soccorso, ma sapersi anche recare dal medico di base, e di portare a termine terapie e prescrizioni mediche".

Il rapporto medico paziente viene descritto dal dottore come un rapporto che non presenta alcuna difficoltà nelle prestazioni, la presa in carico è stata sempre omogenea anche dovuta al fatto che si tratta il più delle volte di urgenze, e salvare una vita non si appropria mai a nessun ragionamento burocratico, legale o amministrativo.

L'aspetto medico nel racconto del primario è sempre messo in prima linea, anche e soprattutto con aspetti tecnici delle cure date, come a mettere in luce il fatto che ogni persona sotto il suo bisturi, ha lo stesso trattamento, non ha un volto, ma solo un corpo da curare.

Focus Infermieri e operatori.

Nei reparti presi in esame, nei quali si era deciso di svolgere i focus, si è data visibilità anche all'operato degli infermieri e operatori (OSS).

I focus hanno avuto molte difficoltà nello svolgimento, perché non si è potuto creare un gruppo di più di due persone. Questo dovuto ai tagli effettuati dalla sanità, e dalla numerosità del reparto, che prevede una composizione di due figure, o al massimo tre.

I focus che ritengo più significativi per composizione e concetti messi in luce sono stati quelli delle ostetriche e degli infermieri di neurochirurgia.

In tutti i focus ho trovato una conformità di pensiero, tutti "visualizzano" con la parola straniero una persona disagiata, che vive in condizioni di vita precarie.

Per quanto riguarda il focus con le ostetriche è avanzato un punto comune allo svolgimento dei focus con i medici dello stesso reparto, ossia la "pretesa" di cura da parte di queste donne, che utilizzano la strategia della compassione e del vittimismo per farsi curare. Qua si ragiona sulla modalità di queste donne

all'accesso alle cure, che prevede da parte loro un utilizzo sbagliato del pronto soccorso, e un mancato attenersi alle "regole".

In entrambi i focus si valutano gli immigrati disabituati e non educati alla cura. Soprattutto perché disorientati nella quotidianità del paese d'arrivo. Nelle valutazioni evince che comunque le donne rispetto agli uomini hanno un'attenzione maggiore per la salute e la cura.

Gli ostacoli che vi si presentano nella loro presa in carico sono sempre a base comunicativa. Ragionando sull'integrazione sanitaria si capisce che quello che viene messo in discussione è sempre l'aspetto delle possibilità. Un cittadino che vive in condizioni di vita precarie si avvicina alla cura e alla salute in modo diverso rispetto a chi non vive questo disagio.

La questione della diversità non viene mai considerata, se non in alcune valutazioni sul rapporto "personale" con i degenti stranieri. Soprattutto, come ho già accennato, per le ostetriche e le infermiere del reparto di Ginecologia le quali raccontano : F2_1: **Si! Sono prevenute nei nostri confronti...PENSANO CHE NOI A PRIORI TRATTIAMO DIVERSAMENTE GLI STRANIERI...e QUESTO E' VERO, GUARDA CREDIMI... si molti...molti...però loro, un po' se ne servono come ARMA, così...perché sono stranieri...Anche alcune regole che sono estese anche agli italiani...loro pensano che con loro sono estese di più... Ti faccio un esempio...: Se c'è attesa...loro vogliono ...dicono che le facciamo aspettare di più perché sono straniere...**

F2_4: Al pronto soccorso ...diverse straniere...vengono al pronto soccorso invece di andare in ambulatorio normale...in decorso...perché se tieni un problema ...ah, imminente, allora tu devi andare al pronto soccorso, se...tu devi cambiare la strada...e andare nell'ospedale...il medico di famiglia...

F2_S: cioè, questo pronto soccorso, voglio dire, è un escamotage per fare più veloce?

F2_1: Si...

F2_4: Si si...è così...

Si trova in questo caso anche una sorta di "ritrosia" nei confronti delle donne Rom, a discapito dei restanti gruppi, nei quali si è sempre messa in evidenza una "presa in carico" ulteriore di queste persone, cercando di aiutarle anche dal punto di vista umano.

F2_1: c' è solo un tipo che...da considerare EXTRA-COMUNITARIO le...zingare...che si trattano male...No, le zingare, no le rumene. Le rumene, quelle della Romania così vanno bene...ma le zingare perché sono ignoranti...ignoranti e sprovvedute, non ti fanno domande...non sai se puoi fare bene...

In tutti i focus si è notata una sorta di ingenuità nell' affrontare l'approccio con questi pazienti. Di loro si ricordano le storie, si evidenziano problematiche di convivenza con i malati autoctoni negli stessi reparti.

In conclusione si può sostenere che lo straniero non si scontra con nessun pregiudizio o discriminazione, ma le disuguaglianze di cura rispetto all' accesso ad esse sono sempre di carattere comunicativo e informativo, nonché burocratico, che ovviamente affersce sempre alle difficoltà di carattere linguistico-comunicativo.