

NUOVE FAMIGLIE E NUOVI BAMBINI... TRA BISOGNI E DIRITTI

Premessa¹⁸

Un'apertura necessaria

Il problema delle disuguaglianze in salute ha attraversato tutto il progetto GenitoriPiù, con l'interrogativo di quanto impegno potesse essere riservato alle fasce di popolazione più fragili a fronte di un così consistente sforzo complessivo prodotto, sottolineando la difficoltà a "tenere incluso" un aspetto che nella percezione degli operatori richiedeva ben altre energie ed attenzioni.

I dati rilevabili attraverso la Campagna GenitoriPiù hanno registrato differenze significative sulle variabili "Istruzione" e "appartenenza territoriale" (Nord/Sud). Tuttavia nel corso del progetto è apparso chiaro agli operatori impegnati nelle varie regioni che la mancata attenzione alle disuguaglianze connesse con lo status di famiglia immigrata costituiva una lacuna, a cui si è iniziato a rispondere almeno dal punto di vista della produzione dei materiali (spot e brochure multilingue).

Una lacuna tanto più importante quanto è in aumento il fenomeno, con picchi molto alti in alcune aree.

Facilitare l'accesso ai servizi ed alle fonti di informazione diventa cruciale per raggiungere queste famiglie e per evitare ciò che viene da più parti segnalato, cioè di come programmi non sufficientemente attenti a questi aspetti rischiano di aumentare anziché diminuire le disuguaglianze, indurre atteggiamenti rinunciatari o prescrittivi da parte degli operatori, aumentando il *dis-empowerment* delle famiglie, già in difficoltà nel chiedere. Alcune condizioni di base trascendono la competenza squisitamente sanitaria e riguardano la cosiddetta *health literacy* da un lato e l'assetto normativo dall'altro più meno favorente, più in generale quindi il livello di integrazione, ma conoscere questi aspetti è almeno un modo per cominciare ed essere più consapevoli.

¹⁸ Premessa a cura di L. Speri, L. Simeoni.

A. Uno sguardo internazionale (fuori della porta)

Gli immigrati in Italia: l'entità del fenomeno

Oggi in Italia un abitante su 14 è di origine straniera.

I nuovi cittadini e le nuove cittadine provenienti da altri Paesi e residenti in Italia erano 2.670.514 nel 2005 e sono risultati 3.891.295 alla fine del 2008, ma arrivano a circa 4.330.000 includendo anche le presenze regolari non ancora registrate in anagrafe. Incidono, quindi, tra il 6,5% (residenti) e il 7,2% (totale presenze regolari) sull'intera popolazione; i più giovani (minori e giovani fino ai 39 anni) sono il 10% di tutti i giovani.

La regolarizzazione di settembre 2009 di colf e badanti, ha coinvolto quasi 300 mila persone, l'Italia così oltrepassa abbondantemente i 4,5 milioni di presenze: siamo sulla scia della Spagna (oltre 5 milioni) e non tanto distanti dalla Germania (circa 7 milioni).

L'età media degli stranieri è di 31 anni, contro i 43 degli italiani.

I minori sono più di un quinto della popolazione straniera (862.453) e arrivano ad un sesto considerando i figli con un solo genitore straniero. I nuovi nati da entrambi i genitori stranieri (72.472) sono stati nel 2008 il 12,6% delle nascite totali registrate in Italia. Ad essi si aggiungono altri 40.000 minori venuti per ricongiungimento.

Chi sono?

Prevalgono le presenze di origine europea (53,6%, per più della metà da Paesi comunitari). Seguono gli africani (22,4%), gli asiatici (15,8%) e gli americani (8,1%).

Le comunità più numerose sono i rumeni (800 mila, 53% donne), gli albanesi (440 mila, 45% donne), i marocchini (400 mila, 42% donne), i cinesi (170 mila, 48% donne) e gli ucraini (150 mila, 80% donne).

Questi cittadini, per la stragrande maggioranza, affrontano volontariamente il processo migratorio per motivazioni economiche e per cercare una vita migliore.

Diversa è la condizione dei migranti forzati, i rifugiati¹⁹ e i richiedenti asilo²⁰.

I rifugiati nel mondo sono più di 10 milioni e per l'80% si trovano nei paesi in via di sviluppo. Nell'Unione Europea sono in aumento. In Italia più di 30.000 persone hanno presentato domanda d'asilo e di protezione e sono 116% in più rispetto al 2007.

¹⁹ I **rifugiati** sono coloro che sono costretti a migrare perché hanno paura di persecuzioni per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un gruppo sociale, per le opinioni politiche, per la guerra o violazioni dei diritti umani.

²⁰ Il **richiedente asilo** è colui che fuori del proprio paese fa domanda d'asilo per il riconoscimento dello stato di rifugiato.

Perché sono qui?

La crisi economica mondiale ha acuito l'ingiustizia nei rapporti politici e sociali tra le nazioni del Nord economicamente sviluppato e le nazioni povere del Sud del mondo e anche all'interno dei paesi ricchi, aumentando le aree di fragilità e di precarietà e le disuguaglianze in salute sia interne, sia verso i nuovi cittadini. La difficoltà ad inserirsi regolarmente nel mondo lavorativo, ad integrarsi in una società che sta diventando sempre meno accogliente e più paurosa nei confronti dell'altro/a, a trovare un alloggio decente, ad entrare in una scuola che valorizzi le differenze, aumenta la fragilità di persone già fragili. Hanno lasciato la loro casa che, per quanto povera, era "loro", un luogo di affetti, di famiglia accogliente, ma non ne trovano un'altra se non dopo anni di duro lavoro precario e solitudine. *Dove vivono?* Nelle case, *spesso* (o *quasi sempre*) in coabitazione, nei quartieri, nei Centri di accoglienza, nei Centri di Permanenza Temporanea (CPT), nei "Centri di Accoglienza Richiedenti Asilo" (CARA).

Quali strumenti per occuparci di loro?

Con loro lavorano prevalentemente operatori della Croce Rossa Italiana, del 3° settore e volontariato. I Mediatori Culturali sono impegnati a facilitare la comunicazione e la comprensione del Paese dove si trovano a vivere, perché la fruizione reale del diritto alla Salute spesso rimane sulla "*Carta di Soggiorno*".

Per la fruizione dei servizi offerti dal SSN sembra essere prioritaria la formazione di tutti questi operatori. A questo riguardo è fondamentale l'attivazione della Rete dei Servizi di 1° livello che è l'insieme integrato dei servizi alla persona, le attività e prestazioni volte a favorire il benessere di tutti coloro che si trovano in situazioni di bisogno socio sanitario: *primary health care* della Carta di Alma Ata.

La rete dei Servizi²¹ è l'insieme integrato dei servizi alla persona che esce dal paradigma della cura (anamnesi, esame obiettivo, diagnosi e prognosi, cura) per assumere il modello della "**presa in carico globale**" della persona nel territorio e della unitarietà degli interventi; fa da guida e collante per gli interventi integrati in favore di soggetti con particolari necessità assistenziali. Si tratta di attivare quindi, di volta in volta, in maniera sistematica, un processo integrato di presa in carico dei bisogni sociosanitari tra i Servizi Sanitari nelle diverse professionalità. (Es. Punto Unico di Accesso-PUA per le malattie croniche o l'Offerta Attiva).

Mantenere un punto di vista globale, unitario, integrato è necessario anche quando il focus è sui più piccoli, per l'interdipendenza evidente che, soprattutto nel caso degli stranieri, ha il prendersi cura dell'intera famiglia e dell'intera comunità di migranti a cui questa fa riferimento.

²¹ La rete dei Servizi è formata dalla Medicina di Base, la Pediatria di Famiglia, i Consultori Familiari, i Servizi Vaccinali, l'Assistenza Domiciliare Integrata, i Centri di Salute Mentale, i Servizi di Tutela della Salute Mentale e Handicap, i Servizi per le Dipendenze (Ser.T), i Servizi per gli Adolescenti, i Centri per l'Educazione Sanitaria, i Programmi di Screening, gli Ambulatori STP e la Mediazione Culturale, le Case del Parto, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, di Tutela dei Lavoratori e Lavoratrici, l'Assistenza Farmaceutica.

Fare rete nei Servizi Sanitari significa consentire al proprio interlocutore, soprattutto quello più fragile, di conoscere e quindi di fare domande in modo appropriato e agli operatori più indicati. L'operatore pertanto dovrà lui per primo:

- avere la mappa dei Servizi Sanitari e Sociali del territorio e delle figure professionali;
- riuscire ad individuare il proprio interlocutore;
- conoscere i rispettivi campi d'intervento, obiettivi e linee di attività;
- conoscere i rispettivi percorsi di prevenzione, di diagnosi e di cura;
- avere occasioni di incontro per definire le necessità assistenziali e le possibili soluzioni, definire un percorso comune e condiviso e indicatori per la valutazione;
- avere – infine – il riconoscimento istituzionale del percorso elaborato, sperimentarlo e metterlo a regime.

La donna straniera cosa vuole dal Servizio Sanitario?

- Capire cosa le sta accadendo: ha perso la sua famiglia d'origine che, quando stava male, dava un senso al sintomo e spesso non trova nell'operatore sanitario un interlocutore comprensibile, che spieghi con parole semplici l'efficacia di un trattamento o il perché di un accertamento o di un'azione di prevenzione.
- Comunicazione efficace: vuole ricevere inviti e informazioni in una lingua a lei comprensibile, magari con l'aiuto di una mediatrice culturale o di un operatore sanitario preparato alla comunicazione.

Ogni donna, italiana o straniera, vuole:

- Tempo per essere ascoltata.
- Facile accessibilità e flessibilità dell'organizzazione sanitaria che sia compatibile con la complessa organizzazione della sua giornata di vita lavorativa e familiare.
- Percorsi di prevenzione, assistenziali e diagnostici integrati e definiti: una volta che ha accettato di sottoporsi ad una azione di prevenzione, vuole poter accedere agevolmente al secondo livello diagnostico e sapere che fare rapidamente una volta scoperta una patologia.
- Che i servizi sanitari e gli operatori siano caratterizzati da efficienza e professionalità, gentilezza, empatia ed umanità.
- In poche parole le donne, italiane e straniere, vogliono le stesse cose: qualità alta degli interventi, stare bene con se stesse, con i bambini e la famiglia!

A cura di Maria Edoarda Trillò

Bibliografia essenziale

1. *Immigrazione. Dossier Statistico 2009. XIX Rapporto.*
2. *The Alma Ata Declaration on primary health care, 6-12 settembre 1978, Alma Ata.URSS.*

B. Uno sguardo alla legislazione

Il diritto all'assistenza sanitaria del bambino straniero dopo il "Pacchetto Sicurezza"

Il profilo di salute degli stranieri in Italia è condizionato da molteplici fattori ed eventi tra gli altri ricordiamo: la possibilità di avvenuta esposizione nel Paese di provenienza a eventuali specifici fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali/comportamentali); il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico; infine al momento dell'arrivo nel Paese ospite, la capacità di accoglienza della società – condizionata e in parte anche condizionante lo status giuridico – e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali.

Il bambino non sfugge, con i dovuti aggiustamenti, da queste dinamiche ed in particolare la tutela del bambino nato in Italia da genitori stranieri dipende dalle politiche di accoglienza ed integrazione.

Un approccio pluridimensionale alla promozione della salute dei bambini stranieri non può quindi, ignorare l'elemento della "permeabilità" dei servizi, come questione determinante per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di *advocacy* e di contrasto alle disegualianze da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Ci sembra essenziale, in un momento storico di diffuso ed acceso dibattito politico e sociale sull'immigrazione nel nostro paese, inquadrare l'aggiornamento normativo specifico sulla tutela sanitaria, nel più vasto tema dello sviluppo sociale e della salute globale, come indicato da diversi documenti europei.

Le politiche sanitarie per la tutela degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono un patrimonio relativamente recente. Se ne comincia a parlare agli inizi del 1990 ma solo nel 1998 il tema viene affrontato compiutamente con la legge n. 40 (la cosiddetta "Turco Napolitano") poi confluita nel Testo Unico (TU) sull'immigrazione (*D. Lgs n. 286 del 25 luglio 1998*). Il regolamento d'attuazione di questa legge (*DPR n. 394 del 31 agosto 1999*) ed una Circolare del Ministero della Salute (*n. 5 del 24 marzo 2000*) completano l'impianto normativo coerente con il mandato costituzionale di garanzia di cure "... come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività..." (art. 32 della Carta Costituzionale).

L'articolo n. 34 del TU dal titolo "Assistenza per gli stranieri iscritti al SSN" contiene le norme per gli immigrati "regolarmente soggiornanti" sul territorio nazionale cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'art. 35 dal titolo "Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN" 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 (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP). L'art. 36, dal titolo "Ingresso e soggiorno per cure mediche", definisce le condizioni necessarie affinché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute e all'assistenza

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

Quest'ultima scelta è stata confermata dall'esortazione dell'Assemblea del Parlamento Europeo, che, con la risoluzione n. 1.059 del 2006, invita ogni Stato ad *"eliminare qualunque obbligo riservato al personale sanitario ... di fare rapporto ai poteri pubblici della presenza di immigrati irregolari"*. In questo senso, l'Italia ha dal 1995 una specifica normativa di tutela (D. L. n. 489/95, alcune ordinanze ministeriali, poi consolidate nel citato D.Lgs.n. 286 del 1998 e in altre norme collegate) che è bene ribadire sempre nella sua assoluta validità, anche e soprattutto come strategia di sanità pubblica, oltre che come obbligo deontologico (vedi il recente, "Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità", 2007, della FNOMCeO).

Considerando questa impostazione, la proposta di abrogare il divieto di segnalazione contenuta nel cosiddetto *"Pacchetto Sicurezza"*, discusso a partire da ottobre 2008 non era coerente con le politiche di tutela ed assistenza vigenti e con una pianificazione nazionale sempre impostata con obiettivi "inclusivi". Grazie alla reazione unanime del mondo socio assistenziale (tutti gli ordini professionali, società scientifiche, enti locali, singoli operatori, società civile) la proposta è stata stralciata e quindi la norma è rimasta invariata. La vicenda purtroppo non si è conclusa, poiché l'approvazione finale della L. n. 94 del 15 luglio 2009 recante *"Disposizioni in materia di sicurezza pubblica"*, introduce nell'ordinamento italiano il reato di ingresso e soggiorno illegale, e pertanto obbliga, essendo reato perseguibile d'ufficio ai sensi di due articoli del codice penale (artt. 361 e 362), i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio alla denuncia. Anche se ciò non vale per la sanità proprio per la validità del divieto di segnalazione, questa situazione di "doppia norma" ha prodotto confusione e discrezionalità tra gli operatori e diffuso timore da parte degli immigrati. Per chiarire in modo inequivocabile l'approccio, 14 Regioni (Toscana, Piemonte, Puglia, Lazio, Umbria, Marche, Liguria, Campania, Valle d'Aosta, Veneto, Calabria, Emilia Romagna, Molise, Sicilia) ed una provincia autonoma (Alto Adige) hanno emanato circolari a sostegno del "divieto di segnalazione". A seguito di queste iniziative locali e della specifica richiesta della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (congiuntamente a Medici Senza Frontiere, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione) il Ministero dell'Interno - Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, a firma del Prefetto Morcone, il 27 novembre 2009, ha

emanato una Circolare, la n.12, che ha fornito chiarimenti riguardo l'attualità del divieto di segnalazione alle autorità degli stranieri irregolarmente presenti nel territorio italiano che chiedono assistenza presso le strutture del SSN²².

Un'altro punto critico del "Pacchetto Sicurezza" è l'obbligo di esibire il permesso di soggiorno per tutti gli atti di stato civile, con il rischio di non poter fare la dichiarazione di nascita e riconoscere un figlio naturale da parte di genitori irregolarmente presenti. Anche in questo caso una Circolare del Ministero dell'Interno del 7 agosto 2009²³ chiarisce che non è richiesta l'esibizione del permesso di soggiorno ai fini della dichiarazione di nascita e del riconoscimento del figlio specificando che "...per lo svolgimento delle attività riguardanti le dichiarazioni di nascita e di riconoscimento di filiazione (registro di nascita dello stato civile) non devono essere esibiti documenti inerenti al soggiorno trattandosi di dichiarazioni rese, anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto. L'atto di stato civile ha natura diversa e non assimilabile a quella dei provvedimenti menzionati nel citato art. 6 ...".

Il 2009 si chiude quindi con una normativa specifica (per l'accesso ai servizi sanitari) non modificata rispetto al passato, difesa con tenacia da operatori ed addetti ai lavori, ma con un clima politico-sociale che non ha ancora recepito importanti azioni a tutela dei diritti dei minori figli di stranieri, quali la proposta di estendere la durata dei permessi di soggiorno per gravidanza e poi eventualmente trasformarli in permessi di lavoro, di garantire a tutti i minori, indipendentemente dallo status giuridico, l'iscrizione al SSN o almeno il pediatra di libera scelta, di promuovere reali percorsi di cittadinanza per i bambini affinché vengano garantiti elementi di stabilità esistenziale necessari per una adeguata crescita psicologica. Tali azioni permetterebbero di attuare percorsi e processi di inclusione essenziali per il progresso di una società necessariamente multietnica.

A cura di Salvatore Geraci

Bibliografia essenziale

- Geraci S., *Politiche sanitarie e immigrazione: crisi ed opportunità*. In *Immigrazione Dossier Statistico 2009. XIX Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes. Idos, 2009; 223:228*.
- Marceca M., *La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti*. In: *Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. "Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007"*. Milano, FrancoAngeli, 2008; 149:164.
- Martino A., Geraci S., Marceca M., *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, 2006; 101:108*.

²² www.simmweb.it.

²³ http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/Sicurezza_legge/circolare_anagrafe.pdf.