



UNIVERSITÀ CA' FOSCARI VENEZIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
(ORDINAMENTO EX D.M. 270/2004)

IN

INTERCULTURA E CITTADINANZA SOCIALE

TESI DI LAUREA

LE MANI CHE BUSSANO ALLE PORTE DEI SERVIZI

Relatore

Ch. Prof. Mauro Ferrari

Correlatore

Dott.ssa Anna Rita Colloredo

Laureanda
Paola Marchetti

ANNO ACCADEMICO 2011/2012

Le mani che bussano alle porte dei servizi

*La salute e la garanzia di essa attraverso un corretto e adeguato
accesso al welfare sanitario, sono alla base del tipo di
relazione che l'immigrato instaura con il nuovo contesto determinando
così il processo d'inclusione nella società di radicamento.*

Le mani che bussano alle porte dei servizi

Indice

0. Introduzione	pag. 7
1. Il concetto di salute in Italia	pag. 9
2. Leggi a tutela dei disabili in Italia	pag. 10
3. Diritto alla salute, interventi socio sanitari e accesso ai servizi sociali	pag. 15
3.1 Introduzione	pag. 15
3.2 Il Diritto alla salute degli stranieri comunitari presenti in Italia	pag. 15
3.3 Il diritto alla salute degli stranieri extracomunitari <i>regolarmente presenti in Italia</i>	pag. 16
3.4 L'accesso ai servizi sociosanitari	pag. 17
3.4.1 premessa	pag. 17
3.4.2 l'assistenza sociale per stranieri	pag. 18
3.4.3 attività degli enti locali, regioni e province autonome	pag. 19
4. Migranti e salute	pag. 21
4.1 il fenomeno migratorio in Europa e in Italia	pag. 21
4.2 migranti e salute in Italia	pag. 23
4.3 probabili fattori che ostacolano l'accesso al servizio sanitario nazionale	pag. 23
5. la legge 328 del 2000 e l'Ambito Socio Assistenziale	pag. 28
5.1 I Piani di Zona	pag. 30
6. L'Ambito Socio Assistenziale Udinese	pag. 32
7. La popolazione presente sul territorio comprendente l'Ambito distrettuale n. 45 dell'Udinese	pag. 36
8. L'accesso ai servizi socio sanitari referiti all'Ambito distrettuale 4.5 dell'udinese	pag. 41
9. Storie	pag. 52
10. Conclusioni	pag. 65
11. Appendice	pag. 71
12. Ringraziamenti	pag. 81
13. Bibliografia	pag. 82

Le mani che bussano alle porte dei servizi

Introduzione

L'elaborato che intendo sottoporre si pone l'obiettivo di analizzare il concetto di salute in Italia da un punto di vista diverso rispetto a quello usuale; il mio intento è quello di concentrarmi sul problema della mancanza di salute, problema che può portare poi all'acquisizione di una disabilità, le persone interessate, però, non saranno solo i cittadini autoctoni che nell'esposizione di alcuni argomenti rientrano a pieno titolo, ma coloro che risiedono nel nostro Paese a seguito di un progetto migratorio, da un tempo più o meno variabile; in particolare la mia intenzione è quella di riportare le storie di nuclei familiari composti da persone straniere regolarmente soggiornanti, immigrati in Italia, residenti nella Regione Friuli Venezia Giulia ed in particolare coloro che fanno riferimento all'Ambito socio assistenziale udinese che comprende al suo interno diversi Comuni tra cui quello di Tavagnacco; i loro racconti saranno utili per comprendere in che modo hanno affrontato la malattia e la disabilità, con quali mezzi, risorse ed informazioni si sono approcciati ai Servizi e come questi ultimi sono dislocati sul territorio.

Dando voce a queste persone riusciremo a comprendere se effettivamente ci sono stati ostacoli nel percorso dell'accettazione della malattia e di guarigione, se hanno percepito o subito trattamenti diseguali e se i Servizi si sono dimostrati efficaci e pronti a rispondere ai bisogni dell'utenza.

Un argomento così denso e di non poco conto merita la giusta collocazione all'interno dello scritto, per questo motivo, prima di trascrivere le storie che ho raccolto, analizzerò diversi concetti in modo che al lettore risulti più chiaro il panorama in cui ci stiamo muovendo.

All'inizio verrà riportato come lo Stato Italiano tuteli la salute dei suoi cittadini e, al contrario, come tuteli la mancanza di essa, con la legge 104 del 1992 rivolta a persone con disabilità. Scendendo nello specifico analizzerò la situazione giuridica della persona straniera che si trova nel nostro Paese, quali diritti e doveri spettano al migrante in merito alla salute e all'accesso ai servizi sociosanitari, quali le attività o meno degli

Enti Locali, delle Province e delle Regioni per favorire tali diritti, oltre che per implementare integrazione e partecipazione del cittadino straniero nel nostro territorio. Verranno riportati di seguito alcuni fattori che potrebbero ostacolare l'accesso ai Servizi da parte delle persone straniere, fattori connessi alle diversità culturali, economiche e linguistiche, riscontrati sul suolo nazionale; interessante sarà poi confrontare tali problematiche con i racconti trascritti alla fine.

I fattori sociali e culturali sono molto importanti nella salute e nella cura: possono agire come inibitori dell'equità nei confronti di gruppi non completamente accettati come parte della società, ma possono essere anche utilizzati per correggere tali ineguaglianze; doveroso non dimenticare le svariate variabili fondamentali utili per capire salute e malattia a livello sociologico: classe e occupazione, etnia, cultura, età, istruzione, essi sono elementi utili a fornire al lettore un quadro più completo e preciso della realtà che ci circonda e che a volte non prendiamo in considerazione perché diversa, lontana, difficile rispetto alla nostra; eppure il mondo in cui viviamo viene definito sempre più globalizzato in cui tutti gli individui sono interconnessi tra di loro e hanno una maggiore facilità nell'interazione e nel confronto; con uno sguardo verso un orizzonte non tanto facile da accettare come la disabilità e la malattia, e verso popolazioni diverse dalla nostra, potremmo renderci conto di come vivono i nostri "vicini" di casa in tali situazioni.

Proprio per comprendere come vivono i nostri "vicini" di casa scenderò più nello specifico focalizzandomi sul territorio di mio interesse, riportando i dati dell'ultimo Piano di Zona, utili per capire la composizione territoriale dell'Ambito socio assistenziale udinese a cui è rivolta la mia attenzione, mi concentrerò sui Servizi sanitari presenti, sulle loro funzioni e accessibilità.

Infine verranno riportate le tre storie che vedono protagonisti diversi rispetto al genere, all'età, alla nazionalità e al progetto migratorio in sé.

L'intenzione di questo scritto non è quella di sostenere che la popolazione immigrata, residente regolarmente nel nostro paese sia "svantaggiata o meno" nell'accesso ai servizi e nel soddisfare la propria autodeterminazione e tutela della salute, bensì comprendere e guardare da un'altra prospettiva, attraverso le parole di queste persone che cosa significhi affrontare la malattia in un Paese diverso dal loro, quali possono

essere i timori, le paure, le aspettative e come dall'altra parte il territorio risponde, come si presenta e si relazionano i diversi servizi sanitari, sociali e ospedalieri.

1. Il concetto di salute in Italia

*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*¹

La costituzione della Repubblica Italiana è stata per molto tempo l'unica costituzione del dopoguerra a contenere una disposizione che “nel conferire rilievo costituzionale agli interessi collegati con la salute dei cittadini, ne abbia dato una disciplina compiuta.”

Infatti il concetto di salute nel suo complesso, a differenza del contenuto di altri diritti costituzionali è riconducibile al concetto di *stato*, cioè una certa condizione di benessere da conservare nel tempo, o meglio un *valore* percepito dal soggetto e in seguito generato da una serie di fattori esterni ed interni al soggetto stesso, da ciò derivano alcune conseguenze come per esempio il fatto che il concetto di salute può variare nel tempo, o che non tutte le condizioni ed i fattori dai quali dipende lo stato di salute sono determinabili o influenzabili dall'azione umana. Soffermandoci al concetto di salute, emerge da una prima lettura dell'articolo 32 Cost. che la tutela del bene “salute” inteso quale complessiva situazione del benessere psico-fisico, è innanzitutto un diritto fondamentale dell'individuo. Da ciò possiamo trarre che tra tutte le situazioni soggettive legate alla tutela della salute, l'integrità fisica è certamente quella cui l'ordinamento ha assicurato da più tempo protezione. Inoltre tale diritto non può subire limitazioni fondate sulla cittadinanza e che a tutti coloro che vivono sul territorio dello Stato devono essere prestate le cure idonee a garantire il massimo livello di salute individuale e pubblica².

¹ Articolo 32 Costituzione Italiana.

² Nascimbene, “*Diritto degli stranieri*”, Padova, 2004

2. La legge a tutela dei disabili in Italia

Commento alla legge 104/1992

La legge 104 del 1992 “legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” ha rappresentato per il nostro Paese una pietra miliare in materia, nonché il recepimento delle maggiori acquisizioni a livello nazionale ed internazionale che hanno trovato nel dettato di queste norme quello che potremmo considerare un vero e proprio testo unico a cui far riferimento per il sistema di tutele relativo alle persone con disabilità, qualunque sia la loro classe sociale, genere, nazionalità e cultura. Come riportato nel capitolo precedente, la salute è riconducibile ad uno stato di benessere psico-fisico, un diritto fondamentale da garantire a qualsiasi individuo.

Dalla sua approvazione in poi è stato quindi imprescindibile l’appellarsi ai principi sanciti da questa legge che non mancano di investire ogni ambito in cui si realizza la persona; tenuto conto del fatto che innegabilmente la persona disabile dalla nascita o per patologia acquisita nel corso della sua vita, vive una condizione di profondo svantaggio rispetto al resto della popolazione. Uno svantaggio che deve vedere in primis le Istituzioni, in collaborazione con ogni settore della società, impegnate affinché i principi e i dettami della legge 104 si concretizzino al fine di colmarlo. Più questo valore viene diffuso e condiviso, più potremmo chiamarci degni dei principi riportati sulla nostra Carta Costituzionale, più riusciremo ad interiorizzare che le leggi devono essere ampliate e rivolte a tutti i cittadini del nostro Paese ma non solo, a tutti coloro che ne risiedono e che per svariati motivi non hanno le possibilità di godere a pieno dei propri diritti, più saremo consci dell’importanza dell’altro e del concetto di società civile nel suo insieme.

Dal suo articolo 1 nelle finalità la legge evidenzia i soggetti “in gioco”: la Repubblica e le persone handicappate, e lo fa in termini di grande pregnanza: “garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel

lavoro e nella società” così come “previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali”,” persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata.”

Tra i soggetti destinatari va a mio avviso sottolineato che la legge in esame si rivolge alla persone handicappata intendendosi per tale la persone che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare uno svantaggio sociale od emarginazione e si applica altresì nei confronti del familiare che prioritariamente presta assistenza, aspetto particolarmente significativo in presenza dell’articolo 3, co. 3. quest’ultimo caso verrà riportato nei capitoli successivi, in particolare nella storia di Daniela e del piccolo Antonio a cui da pochi mesi è stato riconosciuto dalla commissione medica l’articolo 3 co. 3³.

Nella norma viene fatto specifico riferimento al carattere di priorità che rivestono gli interventi a favore delle persone disabili in stato di gravità sia da parte delle Regioni che dei Comuni. In particolare specifiche sessioni della legge toccano ambiti importanti di intervento:

- Servizio di aiuto personale;
- Interventi a favore di persone con handicap in situazione di gravità;
- Il diritto all’istruzione e all’educazione;
- L’ambito lavorativo;
- Eliminazione o superamento delle barriere architettoniche;
- Agevolazioni fiscali;
- Protesi e ausili tecnici.

³ Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l’autonomia personale, correlata all’età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

È importante a questo punto ricordare che la presente legge si applica anche “agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali”.

Nella realtà, purtroppo, il suddetto diritto non viene riconosciuto come tale da tutti, la persona straniera che decide di migrare nel nostro Paese lo fa essenzialmente per motivi di lavoro ed è per questo motivo che il riconoscimento all’immigrato disabile trova le resistenze di buon senso: “che cosa farà?; perché nel suo Paese non fanno come noi?; I nostri servizi sono per i nostri.” Un lettore attento a tali quesiti può trovare le dovute risposte nei racconti riportati nel capitolo 10; la persona immigrata e disabile potrebbe muoversi verso il nostro Paese con un duplice desiderio, trovare lavoro e curarsi. Le cure, i servizi e le facilitazioni per un percorso di integrazione che affronta gli handicap, potrebbero anche non essere una motivazione di partenza ma solo una scoperta di permanenza nel Paese d’arrivo, questo è il caso di Sergio, da sempre malato di diabete, una volta scoperta la sua malattia che l’ha portato successivamente ad acquisire una disabilità, ha ritenuto opportuno per la sua salute rimanere in Italia per continuare le cure e le terapie, mantenendo sempre viva la speranza di trovare una nuova occupazione. L’integrazione così si completa, conquista una dimensione importante per e della persona e non solo in quanto lavoratore. Ritengo opportuno riportare alcuni passaggi, significativi della legge 104 del 1992 che ribadiscono l’importanza della prevenzione, delle cure tempestive e della riabilitazione, delle informazioni utili da fornire ai famigliari e dell’integrazione in ambiente scolastico e lavorativo:

”garantire l’intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicuri il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche attualmente disponibili, il mantenimento della persona handicappata nell’ambiente familiare e sociale, la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale”

“assicurare alla famiglia della persona handicappata un’informazione di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell’evento, anche in relazione alle possibilità di recupero e di integrazione della persona handicappata nella società; assicurare nella scelta e nell’attuazione degli interventi socio-sanitari la collaborazione

della famiglia, della comunità e della persona handicappata, attivandone le potenziali capacità.”

È importante che l’esperienza della migrazione venga considerata positivamente e che non diventi di per sé causa di svantaggio sociale e di emarginazione, è possibile che i servizi incontrando persone di diverse culture che hanno modi e usi nel chiedere e nel curarsi differenti cambino il loro modo di agire e rapportarsi all’altro, incontrare persone all’interno di un’organizzazione e gli operatori potrebbe scaturire un ripensamento nei modi di prendere cura e fare organizzazione, rispondendo alle esigenze di persone che rappresentano un universo multiculturale. La legge, a tal proposito ricorda l’importanza nel:

“promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale anche mediante l’attivazione dei servizi previsti dalla presente legge;

promuovere, anche attraverso l’apporto di enti e di associazioni, iniziative permanenti di informazione e di partecipazione della popolazione, per la prevenzione e per la cura degli handicap, la riabilitazione e l’inserimento sociale di chi ne è colpito”

Lo straniero che ha difficoltà di comprensione dei codici comunicativi e linguistici, se incontra un contesto che non favorisce l’apprendimento ed il riconoscimento di tali codici, vive una condizione di handicap che contribuisce a mantenerlo in una situazione di estraneità, lontana sociale.

Ecco perché i Piani di Zona appaiono così utili agli occhi delle Istituzioni, degli operatori e a tutti coloro che vi partecipano, essi permettono attraverso la raccolta dati una lettura approfondita e specifica della popolazione che vive e abita il nostro territorio.

La legge 104 conferisce valore nel:

“attuare il decentramento territoriale dei servizi e degli interventi rivolti alla prevenzione, al sostegno e al recupero della persona handicappata, assicurando il coordinamento e l’integrazione con gli altri servizi territoriali sulla base degli accordi di programma.”

Occorre ripensare le politiche che vuole dire: ragionare sui cambiamenti demografici e ragionare sui processi sociali provocati dai processi migratori, ragionare sui servizi sui sistemi organizzativi, riflettere sulle capacità e sulle competenze degli operatori – mediatori. Vuol dire ripensare le modalità di partecipazione alle cose pubbliche e alle

cose dell'altro, ripensare la politica significa scoprire le differenze come una ricchezza possibile e ad occuparsi degli altri considerandoli nelle loro molteplici identità, ma anche saper considerare le similitudini con l'altro riconoscendo con i diritti anche l'accoglienza e la mobilità sociale.

Dai precedenti articoli citati si denota come lo Stato Italiano tuteli le persone disabili in tutti gli aspetti di vita quotidiana, lavorativa, familiare e sociale.

La tutela deve essere esercitata oltre che dallo Stato in primis, dai servizi, dalla loro sinergia e unione. Gli obiettivi per raggiungere la massima integrazione sociale possono realizzarsi tramite il coinvolgimento degli Enti Locali delle associazioni di volontariato, dei servizi terapeutico – riabilitativi, dei servizi sanitari, delle scuole, della famiglia ed in generale della comunità. I principi riguardanti il superamento di ogni forma di emarginazione ed esclusione sociale sono ribaditi con forza, particolare attenzione viene poi dedicata all'integrazione scolastica e lavorativa che si può classificare come azione base per combattere i fenomeni sopraccitati. La legge conferma con vigore che la piena autodeterminazione della persona disabile può essere raggiunta solo con l'impegno di tutte le forze da parte di chi vive il territorio, non è solo un piccolo pezzetto a contribuire a tale scopo bensì l'intera comunità.

Inutile ricordare che si parla sempre di "persone" e non di cittadini italiani.

3. Diritto alla salute, interventi socio sanitari e accesso ai servizi sociali

3.1 Introduzione

In molti Stati, soprattutto occidentali, l'assistenza sanitaria è garantita a tutti i cittadini, l'estensione di tale prerogativa anche agli stranieri, comporterebbe la piena affermazione del diritto alla salute per tutti gli individui.

Il diritto alla salute rappresenta un obbligo legale internazionale degli stato, atto a promuovere e a proteggere la salute delle loro popolazioni. L'atto costitutivo dell'OMS (1949) definisce la salute "come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia" e ne sottolinea l'importanza come diritto di ogni individuo, senza distinzioni; non è quindi da intendersi unicamente come diritto all'assistenza sanitaria: questa ne rappresenta solo una componente. Tale atto afferma inoltre che il diritto alla salute "non deve essere concepito in termini di eguaglianza, bensì di equità. La non equità nella salute si riferisce alle differenze non necessarie ed evitabili e che sono, allo stesso tempo, inaccettabili e ingiuste. Equità sarà dunque favorire per ciascun individuo, le condizioni per raggiungere il livello potenziale di salute che gli è proprio.

In Italia il diritto alla salute per tutti si afferma sul piano concettuale dal 1948 allorché viene approvata la Costituzione, successivamente, con il d.lg. n. 286/1998 l'Italia è stata la prima nazione al mondo a compiere la scelta del diritto alla salute per ogni individuo comunque presente. Si è trattato di una affermazione di cultura ed umanità.

3.2 Il Diritto alla salute degli stranieri comunitari presenti in Italia.

Per i cittadini stranieri appartenenti all'unione europea con un periodo di soggiorno superiore a tre mesi, vi è l'obbligo di richiedere l'iscrizione anagrafica al comune di riferimento; tale iscrizione darà accesso a una serie di diritti garantiti ai cittadini dello Stato ospitante, tra cui l'assistenza sanitaria a condizioni paritetiche. Nello specifico

L'iscrizione anagrafica è consentita se il cittadino comunitario rientra in uno dei seguenti gruppi:

- sia lavoratore subordinato o autonomo nello stato ospite
- sia familiare che accompagna o raggiunge un cittadino UE che ha diritto a soggiornare,
- disponga di risorse economiche sufficienti e di un'assicurazione sanitaria privata o altro titolo idoneo,
- sia iscritto presso un Istituto pubblico o privato riconosciuto per un corso di studi o di formazione professionale.

Oltre all'iscrizione anagrafica, il cittadino dell'Unione che soggiorna sul territorio nazionale per un periodo superiore a tre mesi, sarà obbligatoriamente iscritto al sistema sanitario nazionale.

3.3 Il diritto alla salute degli stranieri extracomunitari regolarmente presenti in Italia

Il d.lg. n. 286/1998 presenta l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo, per quanto attiene all'assistenza sanitaria, gli immigrati in condizioni di regolarità giuridica a parità di condizioni e a pari opportunità con il cittadino italiano. Sono stati così rimossi i requisiti che in passato erano ostativi e introdotti principi di equità.

Ad ogni modo, nonostante la legge nazionale risalga al 1998, si riscontra una mancanza di uniformità nella sua applicazione sul territorio legata al processo di decentramento amministrativo e politico dell'offerta sanitaria, soprattutto per quanto concerne le disposizioni che regolano l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolari. Pur essendo la politica sull'immigrazione dettata a livello nazionale e inserita nel contesto di promozione delle misure di integrazione per i migranti individuate dall'Unione Europea, i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione in ambito sanitario sono implementati e realizzati localmente. Ciò può determinare una sensibile eterogeneità tra le varie regioni sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. In alcuni contesti la discrezionalità organizzativa a livello locale viene usata come pretesto per una inadeguata garanzia dei livelli assistenziali previsti dalla normativa nazionale.

Il progetto "Migrazione e Salute" condotto dall'Istituto Superiore di Sanità ha analizzato le politiche locali, individuando alcune variabili (linee guida, analisi del bisogno/osservatori, prevenzione e promozione della salute, formazione, mediazione in sanità, assistenza agli irregolari e ai comunitari) attraverso le quali confrontare i diversi casi regionali. Da tale analisi è emerso che, a livello generale, nonostante la presenza di una programmazione sensibile attorno ai temi della salute degli immigrati, la realtà dell'offerta dei servizi può esserne concretamente molto distante; tuttavia è anche emerso quanto sia più difficile che si realizzi il contrario, cioè che sussistano pratiche eque ed efficaci di tutela della salute della popolazione straniera, a fronte di un vuoto delle politiche. Dalla sintesi dei dati raccolti nelle singole regioni e riferiti alle variabili elencate sopra, è stato elaborato un indice sintetico finale relativo al livello di avanzamento delle politiche su immigrazione e salute. Un'ulteriore fonte di ambiguità normativa riguarda i cosiddetti "neocomunitari" (cittadini entrati a far parte dell'Unione Europea solo da qualche anno) che non possedendo i requisiti richiesti (tessera europea assicurazione malattia) o essendo lavoratori "in nero" o trovandosi in condizione di marginalità legata a periodi di irregolarità giuridica pregressi, non hanno i titoli per accedere ai servizi sanitari. Quest'ultima problematica è stata parzialmente affrontata da una nota ministeriale che garantisce per queste categorie l'attivazione di campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive

3.4 L'accesso ai servizi sociali

3.4.1 Premessa

L'accesso ai servizi sociali e sanitari non è una questione che riguarda solo l'organizzazione assistenziale in senso stretto, ma è materia sulla quale si decide l'effettiva realizzazione di una integrazione tra cittadini italiani e stranieri sul nostro territorio. Quando si parla di accesso ai servizi sociali e sanitari da parte dei cittadini stranieri presenti in Italia si trascura spesso un aspetto essenziale: il contributo, in termini di risorse umane ed economiche, che la loro presenza apporta al nostro sistema di welfare. Oltre che in termini di contributi e prelievo fiscale, infatti, la manodopera

straniera rafforza non poco il capitale umano che è la spina dorsale del nostro sistema di sicurezza sociale.

I dati e le statistiche⁴ mostrano quanto essi concorrano a riempire le casse pensionistiche con i loro contributi da lavoro. Così come le ricerche e la letteratura sulle badanti evidenziano il particolare e fondamentale supporto che le donne della migrazione svolgono nel lavoro di cura, al domicilio e nelle RSA⁵.

La loro presenza surroga servizi inadeguati o carenti per la cura di disabili e anziani, svolgendo anche un particolare e competente lavoro di supporto e di completamento delle prestazioni del welfare, pur non integrandosi in modo organico con esso.

Inoltre Il Centro studi di politica internazionale chiarisce questo aspetto, con dati e cifre aggiornati, a riprova di una sostanziale dipendenza del nostro welfare dalla manodopera importata dall'estero⁶. Quando parliamo di accesso ai servizi sociali e sanitari parliamo, quindi, della possibilità di accedere ad un sistema di servizi ed interventi che i cittadini stranieri, con il loro lavoro e con i loro contributi concorrono a realizzare.

3.4.2 Assistenza sociale per stranieri

Gli stranieri possessori della carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno sarebbero tutti equiparati ai cittadini italiani per quanto riguarda le provvidenze, le prestazioni anche economiche di assistenza sociale incluse quelle che riguardano alcuni tipi di malattie, l'invalidità civile e l'assistenza agli indigenti⁷. A partire dal dicembre 2000 possono aver diritto alla pensione di invalidità e ad altre provvidenze di natura assistenziale solo gli stranieri che hanno la carta di soggiorno o più correttamente permesso di soggiorno CE per lungoresidenti. La residenza o iscrizione anagrafica è il requisito fondamentale per accedere agli uffici di servizio sociale.

⁴ INPS 2011; la voce.it, 2011

⁵ R. Catanzaro e A. Colombo, *Badanti and Co. il lavoro domestico straniero in Italia*, il Mulino, Bologna, 2009

⁶ CESPI, *Migrazioni di cura: l'impatto sul welfare e le risposte delle politiche*, Working Paper, 40/2008.

⁷ Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, art. 41, d.lg. 25.7.1998, n. 286.

Non sono intaccati, invece, i diritti in senso stretto di previdenza, che sono a base contributiva.

Le principali prestazioni economiche di assistenza sociale riguardano:

- Provvidenze economiche per gli invalidi civili;
- Provvidenze economiche per i ciechi civili;
- Provvidenze economiche per i sordomuti;
- Assegno sociale (erogato dall'INPS);
- Provvidenze economiche e i sussidi previsti ed erogati dagli Enti Locali per i cittadini considerati indigenti:
- Indennità di ricovero o cura ambulatoriale, l'indennità post – sanatoriale e l'assegno di cura e sostentamento per i malati di tubercolosi;
- Sussidi comunali previsti in favore dei malati hanseniani (lebbra) e ai loro familiari.

Le principali prestazioni non economiche riguardano:

- Collocamento obbligatorio al lavoro;
- Prestazioni sanitarie specifiche;
- Ricoveri in centri di riabilitazione e per la rieducazione psicomotoria;
- Esenzione dai ticket previsti per la partecipazione alle spese di prestazioni diagnostiche e i laboratorio;
- Fornitura di protesi e presidi ortopedici.

3.4.3 Attività degli Enti Locali, Regioni e Province autonome.

I Comuni, le Province, le Regioni e anche le Amministrazioni statali, ai sensi del testo unico delle leggi sull'immigrazione, hanno il compito di:

- Favorire attività per effettuare corsi di lingua e cultura di origine degli stranieri;
- Diffondere informazioni utili per facilitare l'inserimento positivo nella società italiana;
- Favorire la conoscenza e valorizzazione delle espressioni culturali, ricreative, sociali degli immigrati presenti in Italia;

Le mani che bussano alle porte dei servizi

- Fare convenzioni con associazioni per utilizzare all'interno dei propri uffici i mediatori interculturali al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi nazionali;
- Organizzare dei corsi di formazione, destinati agli operatori di uffici pubblici e privati, che hanno rapporti abituali con gli stranieri, per prevenire comportamenti discriminatori e fornire elementi di conoscenza sul fenomeno migratorio (si pensi agli operatori di sportello dei Comuni delle ASL, o agli uffici di Polizia..). per attuare questi scopi la legge ha istituito un fondo nazionale per le politiche migratorie che annualmente trasferisce dallo Stato alle Regioni i fondi per il sostegno dell'integrazione dei cittadini stranieri. Se le Regioni non comunicano i programmi non possono ricevere i fondi loro destinati. I programmi regionali prevedono i criteri di attuazione delle politiche di integrazione degli stranieri e i compiti attribuiti ai comuni che sono erogatori dei servizi sociali.

4. Migranti e Salute

4.1 Il fenomeno migratorio in Europa e in Italia

Le migrazioni sono un fenomeno inevitabile in un mondo attraversato da crisi politiche ed economiche e segnato dalla diseguale distribuzione della ricchezza; senz'altro, dopo una certa flessione dei flussi in entrata riscontrata a partire dal 2009 nei paesi industrializzati, sono destinate ad aumentare ancora.

Gli organismi internazionali accreditano circa 214 milioni tra migranti e rifugiati nel mondo nel 2010. nell'Unione Europea, nello stesso anno, il saldo migratorio con l'estero è stato positivo per 950mila unità e le acquisizioni di cittadinanza sono state 803mila. Gli stranieri residenti, inclusi i comunitari che costituiscono la maggioranza (60%), sono 33,3 milioni per i tre quarti concentrati in Francia, Germania, Italia, Regno Unito e Spagna. L'incidenza media degli immigrati sui residenti europei è del 6,6%; ciò senza considerare il gruppo di nati all'estero che hanno acquisito la cittadinanza del paese di residenza⁸.

Il *Dossier statistico immigrazione* ha stimato che il numero complessivo degli immigrati regolari, inclusi i comunitari e quelli non ancora iscritti in anagrafe, abbia di poco superato i 5 milioni di persone alla fine del 2011, un numero appena più alto di quello stimato lo scorso anno. Nel 2011 il Ministero degli Affari Esteri ha rilasciato 231.750 visti per inserimento stabile, in prevalenza per motivi di lavoro e di famiglia, mentre sono stati circa 263mila i permessi di soggiorno validi alla fine del 2010 che, dopo essere scaduti, non sono risultati rinnovati alla fine del 2011. i permessi di soggiorno in vigore alla fine dell'anno, inclusi i minori iscritti sul titolo dei genitori e al netto dei casi di doppia registrazione sono stati 3.637.724.

⁸ “Dossier Statistico Immigrazione” Caritas e Migrantes – 22° rapporto 2012

Da questa base si è partiti per elaborare la stima del *Dossier* e quantificare, anche con il supporto di altri archivi, la consistenza degli immigrati comunitari che, come è noto, non sono più inclusi nell'archivio dei permessi di soggiorno. Il numero stimato dei comunitari è stato ottenuto applicando ai residenti a fine 2010 lo stesso tasso d'aumento riscontrato tra i soggiornanti non comunitari del 2011. le principali collettività sono risultate: Romania, Polonia, Bulgaria, Germania, Francia, Gran Bretagna, Spagna e Paesi Bassi.

Dossier statistico immigrazione 2012 – dati di sintesi

Mondo	Unione Europea 2010	Italia 2011
Numero migranti : 214 milioni	<ul style="list-style-type: none"> • Residenti stranieri: 33.306.100 • Incidenza sulla popolazione: 6,6% • Cittadini naturalizzati: 15.562.500 	<ul style="list-style-type: none"> • Cittadini stranieri regolarmente presenti: 5.011.000 • Incidenza sulla popolazione residente: 8,2% • Distrib. Terr.: Nord 63,4%, Centro: 23,8%,Sud: 12,8% • Aree di origine: Europa 50,8%, Africa 22,1%, Asia 18,8% , America 8,3%, Oceania: 0,0% • Soggiorno non comunitari: 3.637.724 di cui soggiornanti lungo periodo: 52,1% • Prime collettività non comunitarie: Marocco 506.309, Albania 491.495, Cina 277.570, Ucraina 223.782 • Permessi soggiorno scaduti nel corso dell'anno e non rinnovati: 262.688 • Visti per inserimento stabile: 231.750 di cui 87.271 per lavoro e 83.492 per famiglia • Richieste di asilo presentate: 37.350 • Richieste di asilo accolte: 7.155 • Nuovi nati: 79.587 • Minori non comunitari: 867.890

		<ul style="list-style-type: none"> • Iscritti a scuola a.s. 2011/2012: 755.939, 8,4% del tot. Di cui nati in Italia: 44,2% • Studenti universitari a.a. 2011/12: 65.437 • Acquisizioni cittadinanza: 56.001
--	--	--

4.2 Migranti e salute in Italia

Per quanto riguarda la salute, i dati sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati in Italia sono piuttosto scarsi, ma le ricerche suggeriscono che gli stranieri incontrano numerosi ostacoli nell'accedere alle cure sanitarie⁹. Ciò avviene in particolar modo per i programmi di prevenzione. Usufruire di cure sanitarie adeguate costituisce un problema per le barriere giuridiche che incontra chi richiede la cittadinanza e soprattutto, per gli immigrati senza documenti. Gli ostacoli culturali non sono meno rilevanti: la gestione del momento assistenziale può essere critica in ragione delle differenze linguistiche e culturali, mentre per alcune donne immigrate è la mancanza di medici di sesso femminile a determinare il mancato accesso alle cure sanitarie. Inoltre l'antropologia medica ha dimostrato che le categorie e i concetti utilizzati dagli immigrati per spiegare i propri problemi di salute differiscono significativamente da quelli di matrice occidentale.

Le istituzioni sanitarie identificano gli immigrati come soggetti particolarmente a rischio di esclusione sociale e conseguentemente, di marginalizzazione nell'accesso ai servizi sanitari. Tuttavia, nonostante l'acquisizione di tale consapevolezza, la definizione degli elementi che concorrono alla determinazione di queste condizioni non è del tutto chiara, a causa della molteplicità e della concomitanza dei fattori che entrano in gioco. In particolare, partendo dalle considerazioni emerse nelle analisi del fenomeno, risulta difficile individuare suggerimenti orientati al superamento delle problematiche a livello locale e nazionale, che possano tradursi in *policies* sostenibili e contemporaneamente efficaci su tutte le sfere considerate.

4.3 Probabili fattori che ostacolano l'accesso al servizio sanitario nazionale

⁹ Sara Giunti, *Jura Gentium*, rivista filosofica del diritto internazionale e della politica globale 2011.

I fattori che si possono individuare come ostacoli nell'accesso al servizio sanitario nazionale sono¹⁰:

1. Gli ostacoli normativi;
2. Gli ostacoli culturali;
3. Gli ostacoli economici.

Nei capitoli precedenti sono stati riportati i riferimenti normativi che interessano sia la popolazione autoctona che quella straniera in merito alla tutela sanitaria e all'accesso ai servizi sia sanitari che sociali; pertanto mi soffermerò brevemente ad analizzare gli altri due fattori che potrebbero ostacolare o meno l'accesso ai servizi socio – sanitari.

2. Gli ostacoli culturali nell'accesso alla salute

Tra condizioni sanitarie e condizioni sociali degli immigrati intercorre una strettissima correlazione, al punto che lo stesso Servizio Sanitario Nazionale si delinea come un'istituzione che rende operativa la mediazione culturale. Gran parte dei servizi mostrano attualmente alcuni significativi ostacoli di tipo linguistico, comunicativo e, in generale relazionale, che vengono esaltati nell'ambito assistenziale dei soggetti in condizione di maggiore fragilità sociale. Ciò pone l'accento su come i concetti di salute, malattia, cura siano fortemente condizionati dalla cultura d'appartenenza. Come visto precedentemente, in Italia sono presenti oltre 4 milioni di immigrati, provenienti da una numerosa gamma di paesi diversi, con concezioni alquanto differenziate in materia di salute e malattia legate all'esperienza di vita individuale e influenzate dalla cultura d'origine. Pertanto, gli immigrati che si trovano a interagire con gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale hanno un approccio alla malattia legato in parte ai principi della biomedicina e in parte alle pratiche impiegate dalle medicine tradizionali e popolari. La classificazione della malattia e l'organizzazione dei servizi sanitari sono molto diverse nei paesi extraeuropei rispetto a quelle dei paesi dell'Europa, e di conseguenza, il confronto tra utenti immigrati e strutture europee si traduce in molti casi, nel confronto tra sistemi medici profondamente diversi e tra diverse concezioni del rapporto sintomo-malattia-terapia. Non tenere conto di questo fattore da parte dei

¹⁰ Laura Corradi, *Salute e ambiente diversità e disuguaglianze sociali*, Roma, Carocci, 2008.

servizi sanitari implica la cura del corpo a prescindere dall'orizzonte culturale in cui la malattia viene vissuta, con il rischio di proporsi ai malati in termini di estraneità, di ripulsione e quindi di inefficienza.

Tale concezione differenziata della salute può diventare un elemento di criticità per quanto riguarda ad esempio la medicina preventiva. Quest'ultima, infatti, costituisce un intervento a basso costo laddove esiste un sistema sanitario nazionale per mezzo del quale possa essere divulgata e praticata, ma ciò non è presente in molte aree del mondo. Pertanto la diffusione di questa pratica tra gli immigrati risulta complicata a causa della carenza di esperienza vissuta in materia. Tale fattore, che potrebbe sembrare irrilevante, costituisce una barriera significativa. Ciò è dimostrato anche dall'assenza di difficoltà nella diffusione delle vaccinazioni, poiché nonostante sia una pratica appartenente alla medicina "occidentale" da qualche decennio ormai se ne ha conoscenza in tutto il mondo.

Oltre a una difficoltà connessa a visioni culturali diverse delle pratiche sanitarie, si riscontra una difficoltà pratica di relazione tra il medico e il paziente immigrato. Il primo ostacolo, oltre alla ovvia barriera linguistica, è costituito da una difficoltà comunicativa nel cercare di denotare i fenomeni che avvengono in uno spazio privato e che vengono elaborati nella mente prima che esplicitati nel linguaggio. Tale difficoltà, che è propria di ogni paziente, è particolarmente accentuata negli immigrati per i fattori già esaminati nel paragrafo precedente. Il secondo livello riguarda gli ostacoli più tipicamente culturali a rapportarsi con il personale sanitario, quali le difficoltà da parte delle donne di alcune comunità a farsi visitare da medici di sesso maschile o la riluttanza a farsi visitare regolarmente dal medico, poiché indice di debolezza¹¹.

La difficoltà nell'esprimere i propri bisogni, le proprie angosce e perplessità si possono riscontrare anche in un ambiente diverso da quello sanitario, vale a dire quello sociale. Parlare e confrontarsi con una persona "estranea" può essere più difficile se ad emergere è anche un problema linguistico e culturale, a tale scopo in alcuni Enti Locali, con la collaborazione delle Regioni a cui appartengono, ci si avvale della figura del mediatore culturale e linguistico.

¹¹ Riferimenti raccolti da:

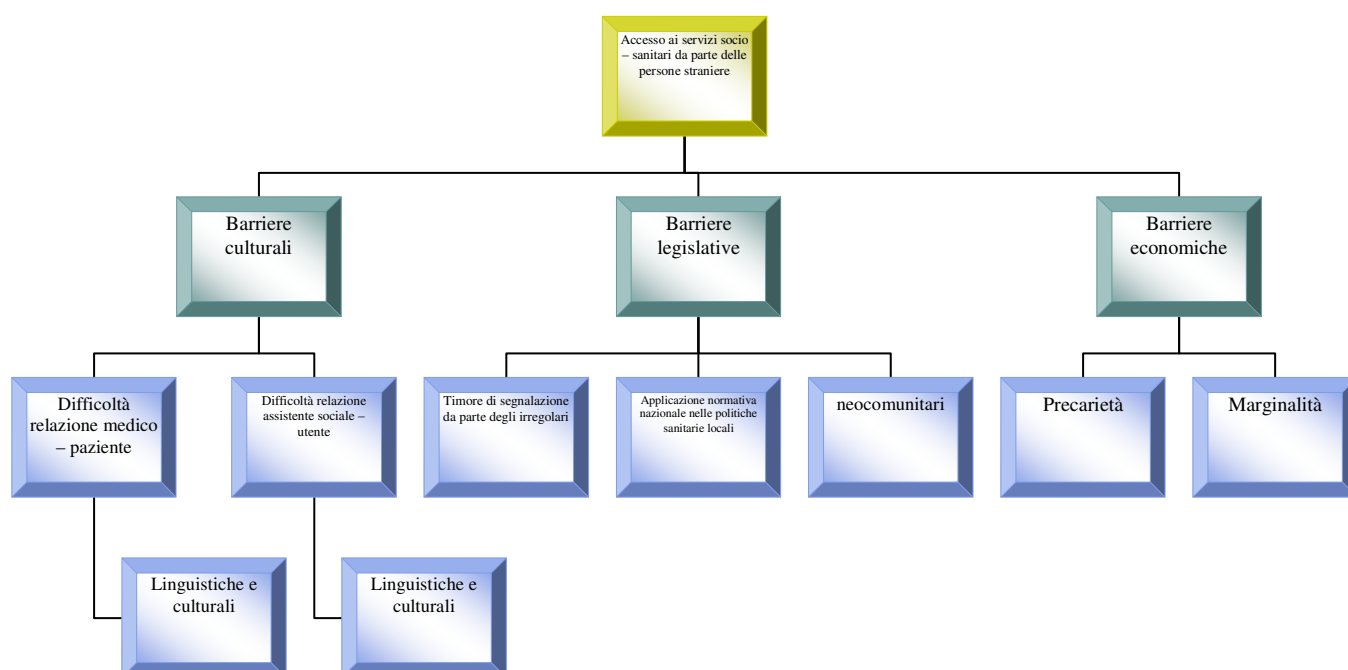
Geraci, S., "La sindrome di Salgari 20 anni dopo", *Janus.Medicina: cultura, culture*,(2006);
"Immigrazione e salute: politiche sanitarie inclusive ed il nodo dell'accessibilità", in R. Libanora (a cura di) *Dossier UmanamENTE*, 2010.

3. Ostacoli economici all'accesso alla sanità

La dimensione economica del problema investe essenzialmente due settori, uno riguardante la domanda di servizi sanitari da parte della popolazione immigrata, l'altro relativo all'offerta di servizi da parte dello Stato italiano e in particolare delle regioni. Dal punto di vista della domanda un ostacolo è costituito dalla condizione di estrema precarietà economica degli immigrati, soprattutto degli irregolari e dei regolari da poco insediatesi sul territorio nazionale, che renderebbero difficile il pagamento dei ticket previsti dal Sistema Sanitario Nazionale.

D'altro canto sono le stesse condizioni di estrema povertà e marginalizzazione sociale a far crescere la domanda di assistenza sanitaria per quei problemi di salute legati a stili di vita e alimentazione poco sani o a retaggi di un percorso migratorio logorante da un punto di vista sia fisico che psicologico.

In seguito all'analisi elaborata nei paragrafi precedenti si può riassumere con un digramma la situazione finora riportata:



Gli ostacoli relativi alla condizione di estrema precarietà economica degli immigrati, accentuata dal momento di crisi dell'economia in generale, sicuramente influenzano

negativamente la possibilità di accesso ai servizi sanitari, soprattutto in materia di prevenzione, a causa dell'onerosità dei ticket e delle difficoltà di sottrarre tempo al lavoro per recarsi nelle strutture sanitarie. Ma un intervento in tal senso coinvolgerebbe riforme strutturali del mercato del lavoro e del sistema sanitario i cui effetti esulano da quelli presi in considerazione.

Per quanto riguarda le barriere culturali, esse costituiscono una difficoltà effettiva che spesso vanifica gli sforzi operati a livello istituzionale per rendere operative le disposizioni individuate dalla legislazione in materia. Una difficile interazione medico-paziente oltre a condizionare l'esito specifico della cura, riduce il grado di fiducia dell'immigrato, e di riflesso della comunità di appartenenza, nelle strutture sanitarie; conseguentemente, ne determina l'allontanamento futuro. Il superamento delle differenze non solo linguistiche ma anche comunicative, cognitive ed antropologiche tra medico e paziente costituisce un aspetto fondamentale per il miglioramento dell'offerta di servizi alla popolazione straniera, ma esso può realizzarsi solo attraverso un impegno da parte delle istituzioni sanitarie ad applicare politiche adeguate in materia. L'introduzione di mediatori culturali, la formazione di personale competente, la riorganizzazione dei servizi in modo flessibile affinché incontrino l'esigenze lavorative e personali degli immigrati, sono provvedimenti che rientrano nelle competenze delle politiche sanitarie regionali.

5. La legge 328 del 2000 e l’Ambito Socio Assistenziale

Per meglio comprendere, come le politiche socio sanitarie regionali e più precisamente quelle territoriali agiscono, per garantire alla popolazione sia autoctona che straniera un efficace accesso ai servizi ed un livello ottimale di integrazione tra il territorio e la popolazione che vi risiede, è doveroso soffermarsi sulla legge nazionale n. 328 del 2000 – “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” - che ha dato avvio alla creazione di un sistema integrato di interventi e servizi garantiti dai comuni ai cittadini, il Comune è infatti l’organo più vicino ai cittadini ed è quello che è maggiormente in grado di interpretare i bisogni e le risorse della comunità territoriale di riferimento¹²; è inoltre importante comprendere come la Regione Friuli Venezia Giulia abbia recepito tale legge con la creazione degli Ambiti Socio Assistenziali presenti sul territorio e in particolare quello Udinese.

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328 del 2000 ha dato avvio ad una fase costituente nel settore dei servizi alla persona: la definizione dei livelli essenziali di assistenza che i comuni devono assicurare ai cittadini e alle famiglie rispondendo a bisogni sempre più articolati e complessi, la costruzione di nuove reti decentrate di intervento sul territorio attraverso piani progettati a livello comunale e intercomunale e l’accreditamento definitivo del terzo settore nella gestioni di attività cruciali come ad esempio la cura degli anziani e dei minori e il sostegno sociale alle persone svantaggiate. Tale Legge ha segnato il

¹² Legge Bassanini n. 59 del 1997 che introdusse il principio di sussidiarietà.

passaggio dalla concezione di utente quale portatore di un bisogno specialistico a quella di persona nella sua totalità costituita anche dalle sue risorse e dal suo contesto familiare e territoriale,; quindi il passaggio da una accezione tradizionale di assistenza, come luogo di realizzazione di interventi meramente riparativi del disagio, ad una di protezione sociale attiva, luogo di rimozione delle cause di disagio ma soprattutto luogo di prevenzione e promozione dell'inserimento della persona nella società attraverso la valorizzazione delle sue capacità.

La nuova organizzazione del sistema dei servizi sociali prevede la netta divisione delle competenze tra Comuni, Province, Regioni e Stato.

Per quanto riguarda i Comuni la legge afferma che essi sono titolari delle funzioni amministrative riguardanti gli interventi sociali a livello locale e gli attribuisce una serie di funzioni di programmazione e progettazione da realizzare attraverso i Piani di zona nell'ambito del sistema di servizi sociali a rete costituito dai soggetti pubblici e privati. Al Comune spetta poi, oltre all'erogazione dei servizi e delle prestazioni economiche, anche la vigilanza e il controllo sui soggetti che costituiscono questo sistema e che devono ottenere l'accreditamento, strumento che serve ad accertare la qualità sociale dei servizi erogati.

Dai Comuni dipende poi la determinazione dei parametri per la valutazione delle condizioni di povertà, di limitato reddito e incapacità totale o parziale per inabilità fisica e psichica che consentono l'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

Compete infine ai Comuni l'elaborazione e l'approvazione dei Piani di Zona di assistenza sociale. tale piano individua gli obiettivi e le priorità di intervento oltre che gli strumenti e i mezzi per la loro realizzazione.

Anche le Province concorrono, seppur con minori attribuzioni rispetto agli altri enti, alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali occupandosi nello specifico di raccogliere informazioni circa i bisogni e le risorse messe a disposizione dai Comuni o dagli altri soggetti presenti in ambito provinciale, della promozione di iniziative di formazione. Esse inoltre partecipano alla definizione e all'attuazione dei Piani di zona.

Le Regioni esercitano le funzioni di programmazione e coordinamento degli interventi sociali spingendo verso la loro integrazione con quelli sanitari, con quelli formativi e

con quelli riguardanti l'inserimento lavorativo. Esse si occupano poi di verificare l'attuazione a livello territoriale dei Piani di zona oltre che di stabilire i criteri di accreditamento, spetta infine alle Regioni la ripartizione, ai comuni e agli enti locali, delle risorse del Fondo regionale di assistenza sociale.

Lo Stato esercita i poteri di indirizzo, coordinamento e regolazione delle politiche sociali determinandone i principi e gli obiettivi attraverso il piano nazionale degli interventi dei servizi sociali che indica i livelli uniformi e di base delle prestazioni, da erogare a livello locale. Lo Stato si occupa poi di stabilire i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi residenziali e semiresidenziali oltre ai requisiti e ai profili professionali in materia di professioni sociali.

5.1 I Piani di Zona

La più significativa innovazione nella realtà delle politiche e dei servizi sociali del nostro paese negli ultimi decenni introdotta con la legge 328 del 2000 è stata realizzata con la elaborazione dei Piani di zona, essi rappresentano un evento importante, come incontro e negoziazione fra più Comuni e altri Enti, per produrre una programmazione intercomunale a dimensione di ambito.

Il Piano di zona rappresenta una grande occasione di innovazione nell'azione di governo e di costruzione del consenso tra gli attori locali, per realizzare un sistema di welfare comunitario, valorizzando culture e disponibilità partecipative e concertative, per sviluppare una partnership tra istituzioni e cittadini, per una crescente condivisione di responsabilità ed indirizzi¹³. I Piani di zona rappresentano uno strumento operativo del sistema integrato di interventi e servizi sociali, esso vede la partecipazione e il coinvolgimento di diversi attori quali gli operatori di servizi socio - sanitari, il terzo settore¹⁴ e i cittadini, vengono integrate diverse figure professionali e istituzionali per assicurare nuove e sostenibili risposte al bisogno di interventi e servizi per la collettività, attraverso la definizione delle relazioni e dei diversi ruoli che si devono instaurare fra i soggetti istituzionali che operano nell'ambito, e dei rapporti che questi

¹³ Alessandro Battistella, Ugo De Ambrogio, Emanuele Ranci Ortigosa, *Il Piano di zona, Costruzione, gestione, valutazione*, Roma, Carocci, 2011.

¹⁴ Terzo settore o privato sociale, costituito dalle organizzazioni di volontariato, ONLUS, associazioni di promozione sociale etc. ed in genere dai soggetti privati che operano in campo socio-assistenziale, sanitario e culturale e che producono beni e servizi di interesse collettivo senza alcuna finalità di lucro.

devono tessere con gli altri soggetti che, a diverso titolo, operano sul territorio, gestendo programmi e servizi sociali. Il Piano di zona deve mirare ad una integrazione effettiva tra le diverse comunità locali, un'integrazione sociosanitaria e una integrazione tra le attività istituzionali e le attività sociali espressione della collettività e del no profit.

Sintetizzando si può affermare che il Piano di zona è volto a:

- Favorire la formazione dei sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare la solidarietà dei cittadini, e a responsabilizzare gli stessi nella verifica dei servizi;
- Definire i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Comune;
- Prevedere iniziative di formazione ed aggiornamento degli operatori finalizzata a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

6. L'Ambito Socio Assistenziale Udinese

Scendendo nel dettaglio, volgendo uno sguardo allo scenario territoriale preso in esame si evince che il Comune di Udine, in qualità di Ente Gestore dell'Ambito Socio-Assistenziale n. 4.5 dell'Udinese, ha provveduto ad approvare la convenzione per la gestione e l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni socio-assistenziali comprensivi delle attività proprie del Servizio Sociale dei Comuni di Campoformido, Martignacco, Pagnacco, Pasian di Prato, Pavia di Udine, Pozzuolo del Friuli, Pradamano e Tavagnacco ed in particolare:

- segretariato sociale;
- analisi della domanda;
- raccolta dati per un'analisi dei bisogni;
- diagnosi sociale;
- presa in carico del caso;
- verifica dell'efficacia degli interventi.

La forma associativa stabilita per l'organizzazione del servizio sociale nel caso in cui l'articolazione territoriale comprenda più Comuni o non vi sia la possibilità di delega è quella della convenzione da stipularsi tra i medesimi Comuni.

Tale Convenzione, sottoscritta dai Sindaci dei Comuni dell'Ambito o dai loro delegati, ha affidato all'Ente Gestore, i seguenti servizi, interventi e attività:

- prevenzione ed assistenza materno – infantile;
- assistenza, riabilitazione ed integrazione sociale delle persone handicappate e disabili;
- tutela della salute delle persone anziane;

- attività di carattere progettuale;
- Inoltre, collabora con il S.ERT e il C.S.M per :
- cura e recupero di soggetti tossicodipendenti;
 - cura e recupero dei soggetti malati di mente;

Le diverse situazioni di disagio temporaneo o permanente causate da determinate patologie richiedono interventi di carattere multidisciplinare con l'utilizzo di personale sanitario e socio assistenziale.

Servizi sociali.

Il servizio servizi sociali rientra nel dipartimento politiche sociali, educative e culturali. I servizi sociali possono essere definiti come un sottosistema delle politiche sociali orientato a offrire risorse organizzative e professionali alle persone in situazione di bisogno, essi rientrano nell'insieme dello Stato sociale orientate ad accrescere il benessere e finalizzate a garantire i diritti di cittadinanza.

L'area minori

L'area minori racchiude tutte le persone di età compresa dai 0 a 18 anni. Le principali prestazioni erogate dal servizio sociale dei comuni si rivolgono, oltre che al minore, anche alla famiglia che lo circonda. Esse sono:

- Segretariato sociale
- Soggiorni e Centri estivi
- Centri ed Attività di aggregazione, promozione volontariato
- Assistenza economica
- Assistenza domiciliare
- Sostegno educativo professionale
- Affidamento diurno
- Assistenza scolastica handicap
- Trasporto individuale handicap

Le mani che bussano alle porte dei servizi

- Fondo autonomia possibile
- Borse informazione/lavoro
- Gestione istituti giuridici, affidamento e tutela
- Affidi familiari
- Affidi a comunità

L'area adulti

Le principali prestazioni erogate dal servizio sociale dei comuni riguardo quest'area sono rivolte ai cittadini di età compresa tra i 18 e i 65 anni. Esse sono:

- Segretariato sociale
- Soggiorni climatici (per adulti disabili)
- Attività di aggregazione e animazione (per adulti disabili)
- Assistenza economica
- Assistenza domiciliare (per adulti disabili)
- Attivazione amministratore di sostegno
- Fondo per l'autonomia possibile
- Telesoccorso
- Inserimenti in centri socio riabilitativi educativi handicap
- Trasporto individuale handicap
- Inserimento di persone disabili in comunità residenziali

L'area anziani

L'area anziani comprende le persone residenti nel comune di Udine con un'età uguale o maggiore a 65 anni.

Le principali prestazioni erogate dal servizio dei comuni, anche in collaborazione con il volontariato e il privato sociale, sono:

- Segretariato sociale
- Soggiorni climatici

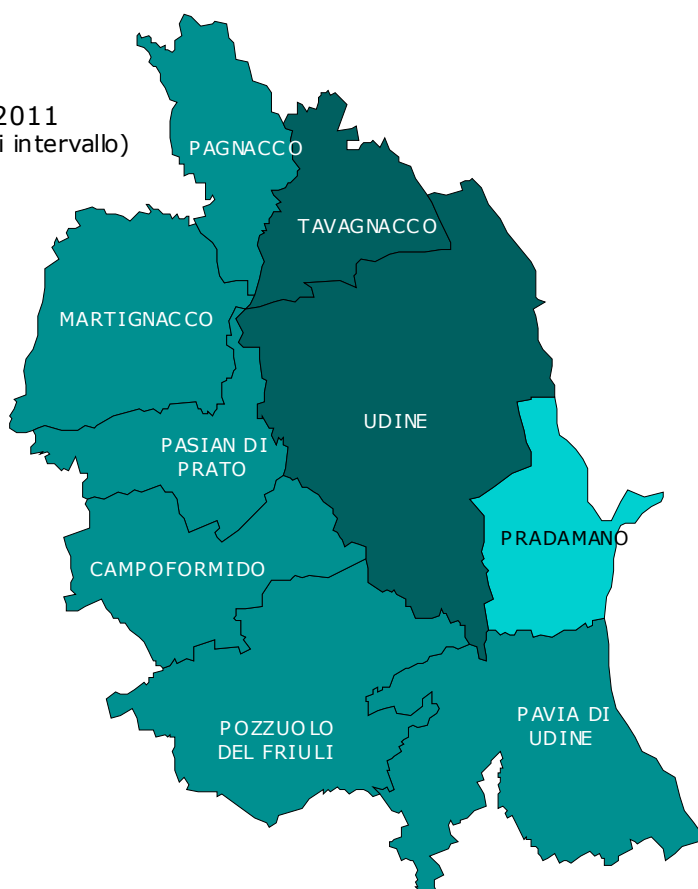
- Attività di aggregazione e animazione
- Assistenza economica
- Assistenza domiciliare
- Attivazione amministratore di sostegno
- Fondo per l'autonomia possibile
- Telesoccorso e telecontrollo
- Gestioni centri diurni per anziani
- Trasporto individuale anziani
- Ricovero in casa di riposo anziani auto/ non autosufficienti
- Ricovero nelle residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.)

7. La popolazione presente sul territorio comprendente l'Ambito distrettuale n. 4.5 dell'Udinese

**MAPPA DEI COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE N. 4.5 DELL'UDINESE
Popolazione residente al 01.01.2011**

Popolazione residente al 01.01.2011
(tra parentesi n° di comuni in ogni intervallo)

- 10.000 - 99.627 (2)
- 5.000 - 9.999 (6)
- 3.000 - 4.999 (1)



Popolazione residente al 1/1/2011: 159.156
Comune più popoloso: Udine con 99.627 abitanti
Superficie Censuaria: 236,7 Kmq
Densità per Kmq: 672,4

L'ambito socio assistenziale udinese comprende i comuni sopraccitati nel capitolo precedente che si possono veder raggruppati nella cartina soprastante, il comune più popoloso è quello di Udine e più in particolare quello di Udine nord in cui sono presenti la maggior parte dei servizi per la popolazione a livello socio sanitario ma anche commerciale e di svago.

Dal 2006 al 2011 la popolazione sul territorio dell'Ambito è cresciuta del 4,2%, i comuni in cui la popolazione è maggiore sono Udine, Tavagnacco e Pasian di Prato ma l'incremento più notevole si è verificato nel Comune di Martignacco con una variazione percentuale pari al 17,6%.

Nel dettaglio, le fasce d'età comprendenti minori, adulti ed anziani per ogni Comune mette in luce che la fascia più consistente è quella riguardante gli adulti mentre le altre due tendono, nella maggior parte dei comuni ad equipararsi. Se però si guarda alla somma delle fasce d'età suddivise per ogni comune e che vanno poi, nella loro totalità, a delineare l'intero Ambito, si scopre che gli adulti sono pari a 98.370, i minori 23.738 e gli anziani 37.707. Da ciò risulta che i minori rappresentano la fascia inferiore e che gli anziani presenti sul territorio rappresentano una rilevanza abbastanza consistente. Trasformando le cifre in percentuali si ricava che il 15% è rappresentato dai minori, il 62% dagli adulti e il 24% dagli anziani.

Per ogni comune le percentuali sono abbastanza costanti, per i minori si aggirano tra il 14% e il 17%, per gli adulti tra il 60% e il 64%, per gli anziani tra il 20% e il 25%.

Per quanto riguarda la popolazione straniera tra il 2006 e il 2010 la percentuale degli stranieri sulla popolazione residente nell'Ambito socio assistenziale era pari al 10,7%, rispetto alla Provincia di Udine del 7,3% e rispetto all'intera Regione Friuli Venezia Giulia 8,5%. Nel Comune di Tavagnacco, c'è stato un incremento del 6,4%. In merito all'anno 2011, l'incremento dal 2006 nell'Ambito Socio Assistenziale è stato pari al 11,3% e nel Comune di Tavagnacco del 6,7%. Soffermandosi su questi ultimi dati si deduce un incremento abbastanza notevole della popolazione straniera nell'Ambito

Udinese, molti possono essere i fattori che hanno contribuito alla crescita della popolazione straniera, quali maggiori servizi, più tutele nei confronti delle persone in situazioni di difficoltà, ricongiungimenti familiari, nuove nascite, opportunità di lavoro. Per gli operatori interessati, i dati finora riportati e ricavati dal Piano di zona permettono una prima valutazione e rilevazione sulla popolazione abitante il nostro territorio, e sull'efficacia o meno, delle politiche finora adottate.

La valutazione delle politiche e degli interventi sociali se condotta non come processo sanzionatorio ma come processo di crescita collettiva può essere considerata anche come interazione, momento di riconoscimento reciproco, costruzione intersoggettiva, momento di relazione tra attori e anche come processo significativo di partecipazione e condivisione degli obiettivi progettuali da parte dei soggetti che a diverso livello operano per realizzare un intervento sociale.

Le fasce d'età della popolazione straniera presente sul territorio vanno da 0 a 59 – 60 anni, più consistente la fascia d'età tra i 25 e i 44 anni, la popolazione residente è giovane, da ciò si possono trarre le prime motivazioni che hanno spinto tali persone ad emigrare e a decidere di costruire la propria famiglia sul nostro territorio, la prima, senza dubbio, è la ricerca di un lavoro dignitoso e stabile seguita poi dai ricongiungimenti familiari. Le principali nazionalità sono quella della Romania con 3281 abitanti nell'Ambito, seguita dall'Albania con 2847, dal Ghana, dall'Ucraina e dalla Serbia.

I minori stranieri residenti nell'Ambito sono in totale 23.738, quelli non comunitari superano quelli comunitari, la fascia d'età più numerosa è quella tra i 6 e i 10 anni, seguita da quella tra i 0 e i 2 anni; anche gli adulti non comunitari sono maggiori rispetto a quelli comunitari, in tutto sono 98.370 e la fascia più d'età più importante è quella tra i 18 e i 34 anni. Per quanto riguarda gli anziani stranieri presenti sul nostro territorio sono in totale 37.706, anche in questo caso sono i non comunitari a superare quelli comunitari e la fascia d'età rilevante è quella tra i 65 e i 74 anni. Se confrontiamo questi dati suddivisi tra minori, anziani e adulti con la popolazione autoctona salta all'occhio che per quanto concerne i minore la fascia meno numerosa è quella tra i 0 e i 2 anni e per gli adulti quella tra i 18 e i 34 anni, esattamente l'opposto rispetto a quelle degli stranieri, mentre gli anziani risultano numerosi tra i 65 e i 74 anni anche tra i 75 e gli 84 anni. La struttura per età mostra uno sbilanciamento verso le classi più anziane:

quasi un quarto dei residenti ha più di 65 anni, l'8% ha oltre 80 anni. L'età media risente soprattutto della presenza femminile nelle classi di età più alte: 48,1 anni per le donne, 43,7 per gli uomini. Nel 2011 si sono contate a Udine 841 nascite, il 29% con genitori entrambi non italiani; l'età media al parto, anche nel 2011, è di oltre 31 anni, ma si alza a 32,6 se la mamma è italiana, scende a 29,3 se la mamma è straniera. Cresce, dal 1996, l'indice che misura il carico di figli per donna, oggi pari al 19%. Le famiglie sono caratterizzate principalmente da nuclei unipersonali; evidente la condizione di solitudine per le donne over 65: il 78% dei nuclei unipersonali di residenti over 65 anni è costituito da donne. Anche per quanto riguarda le famiglie monogenitoriali, si noterà una maggiore incidenza dei nuclei costituiti da madre sola con figli.¹⁵ Un'inversione di tendenza che ci fa sorgere alcune domande sui motivi per cui la nostra popolazione appaia meno numerosa nella fascia dei minori più piccoli e nei giovani adulti, a questi quesiti è opportuno dare delle risposte adeguate con nuove politiche sociali, lavorative e abitative volte ad incentivare la crescita della popolazione per creare un equilibrio sia con le fasce degli anziani, sempre più numerosi, sia con gli stranieri che, dati alla mano, compensano le nostre mancanze.

Ritengo sia utile, per una maggiore chiarezza nella lettura dell'elaborato, soffermarsi su questi dati per capire in modo accurato come si presenta il territorio e poi comprendere i bisogni della popolazione, per trovare successivamente i punti di forza e debolezza delle diverse politiche messe in atto e l'efficacia o meno dei servizi dislocati nell'Ambito.

Ogni soggetto, Regioni, Province, Comuni, Aziende sanitarie, associazioni di utenti, sindacati, associazionismo, imprese sociali, chiamato a diverso titolo a collaborare alla stesura del Piano di zona può avere interesse a valutare i piani, e presumibilmente per motivi differenti. Nella valutazione dei piani possono incontrarsi o scontrarsi interessi assai diversificati. La presenza di diversi soggetti interessati rende dunque preferibile assumere un approccio più articolato che tenga in considerazione le diverse esigenze concorrenti nel processo di valutazione.

L'ambito zonale formato dai Comuni associati, che secondo la legge 328/2000 è il soggetto centrale nel processo di programmazione integrata dei servizi, ha necessità di

¹⁵ Bilancio sociale e di genere 2012, redatto dal Comune di Udine nel gennaio 2013.

valutazione particolarmente articolate, anche perché, la titolarità o, detto in altri termini, la responsabilità ultima della programmazione sociale è sua. Le priorità valutative per un ambito sono riassumibili in:

- Monitoraggio e valutazione in itinere ed ex post dei diversi servizi consolidati e interventi innovativi previsti dal Piano di zona, per aree di intervento;
- Valutazione della qualità, di iniziative sperimentali e di progetti ritenuti strategici;
- Analisi delle spese sostenute in relazione a quelle previste e ai risultati ottenuti.

Si tratta di una valutazione finalizzata a fornire ai singoli interventi o progetti feedback per migliorarsi e alla zona suggerimenti per i programmi attuativi dei Piani e la seconda edizione dei piani stessi¹⁶.

¹⁶ Alessandro Battistella, Ugo De Ambrogio, Emanuele Ranci Ortigosa, *Il Piano di zona” Costruzione, gestione, valutazione*. Roma, Carocci, 2011.

8. L'accesso ai servizi sociosanitari riferiti all'ambito distrettuale 4.5 dell'Udinese

I cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno e i loro familiari a carico regolarmente soggiornanti in Italia, hanno diritto all'assistenza sanitaria fornita dal Servizio Sanitario Nazionale, con parità di trattamento e uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto riguarda il contributo da versare e l'assistenza erogata. La durata del diritto è quella del permesso di soggiorno. Per ottenere tale assistenza bisogna iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale.

I cittadini stranieri in possesso dei requisiti e dei presupposti previsti dalla legge sono destinatari di assicurazione sanitaria obbligatoria. L'iscrizione obbligatoria è garantita ai soggiornanti per motivi di lavoro, famiglia, protezione internazionale, attesa cittadinanza, affidamento o adozione.

L'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale si effettua nella ASL (Azienda sanitaria locale) più vicina al luogo di residenza, nella stessa sede si trova l'elenco dei medici di medicina generale, nello stesso momento viene rilasciata la tessera sanitaria che permette di usufruire delle prestazioni del sistema sanitario italiano.

Tale iscrizione dà diritto alla scelta del medico di medicina generale.

La persona che ha necessità di accedere ai servizi per qualsiasi patologia ha a disposizione, quale primo punto di accesso tre opportunità:

- Il medico di medicina generale;
- Il pediatra di libera scelta per i bambini fino ai 14 anni di età;
- I servizi di emergenza e urgenza all'interno dell'ospedale.

Il medico di medicina generale è colui al quale il cittadino si rivolge per problemi inerenti la propria salute, e assicura le seguenti prestazioni:

- Visita medica ambulatoriale e domiciliare;

Le mani che bussano alle porte dei servizi

- Prescrizione di farmaci, richieste di visite specialistiche e di accertamenti diagnostici sia strumentali che di laboratorio;
- Proposte di ricovero ospedaliero;
- Proposte di cure domiciliari alternative al ricovero,
- Rilascio di certificati medici previsti dagli Accordi nazionali.

La scelta del medico di medicina generale si effettua presso l'ufficio anagrafe sanitaria del distretto sanitario, previa consultazione dell'elenco dei medici di medicina generale convenzionati con l'Azienda sanitaria che operano nell'ambito territoriale della medicina generale dell'assistito o in un ambito territoriale limitrofo.

In regione Friuli Venezia Giulia sono attivi circa 970 medici di medicina generale, l'Azienda Sanitaria numero 4 Medio Friuli che comprende l'Ambito socio assistenziale Udinese ne conta 280.

Dal confronto con alcuni assistenti sociali del territorio e dai racconti delle persone direttamente interessate è emersa subito la figura del medico di medicina generale, importante nel guidare i pazienti, specialmente se stranieri, nel mondo dei servizi a cui possono accedere. L'assistente sociale e il medico di base sono le due figure chiave nell'apprendimento e conformazione del territorio. La Regione mette a disposizione per i suoi cittadini stranieri e non, depliant e volantini con le indicazioni necessarie e di base affinché le persone interessate abbiano la possibilità di godere dei propri diritti, il primo tra tutti quello alla salute riconosciuto anche dalla nostra Costituzione.

Fisicamente i servizi si trovano principalmente ad Udine e dintorni, tutti facilmente raggiungibili con i mezzi di trasporto pubblico. Non è da tralasciare, l'astrusità a volte, della burocrazia italiana che mette in confusione il cittadino più del dovuto. La mappa dei servizi sul territorio è chiara ed è visibile in allegato. Nelle storie riportate nel capitolo successivo emergeranno nuovamente la figura del medico di base e dell'assistente sociale, come punti di riferimento fermi e fondamentali. Nelle testimonianze raccolte, non molte ma utili, non è mai emersa la difficoltà nel trovare l'ubicazione dei servizi. Questo è anche caratterizzato dal fatto che la città non è molto grande e la facilità negli spostamenti ne è una conseguenza.

Sono ancora tanti però, gli immigrati che non fanno attività di prevenzione e in misura minore rispetto agli autoctoni, per esempio i maschi stranieri non effettuano controlli sul colesterolo nel sangue e c'è anche un mancato controllo della pressione arteriosa nel corso della vita.

Le donne immigrate residenti in Italia e in Regione ricorrono meno agli screening dei tumori femminili rispetto alle donne italiane, esse si sottopongono meno a paptest e mammografie. Sulla base dei dati ricavati da un'indagine ISTAT *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia e in Regione Friuli Venezia Giulia*, possiamo rilevare il differente grado di accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, sia per quanto riguarda le prestazioni, i ricoveri, il ricorso al medico di base.

Proseguiamo ad approfondire l'iter per l'accesso ai principali servizi con la scelta del pediatra e l'accesso al pronto soccorso.

Il pediatra di libera scelta è lo specialista al quale è affidata la tutela della salute dei bambini dai 0 ai 14 anni. Viene scelto tra i pediatri, convenzionati con l'Azienda sanitaria, che operano nell'ambito territoriale in cui risiede il bambino.

Al pediatra compete:

- La prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie;
- La prescrizione di visite specialistiche;
- La prescrizione di farmaci;
- La prescrizione di cicli per le cure termali;
- Il rilascio di certificati

La modalità di scelta del pediatra per i minori fino ai 16 anni e quella del medico di medicina generale sono analoghi. I genitori stranieri possono avere una maggiore difficoltà nell'interagire con il pediatra, ciò può essere dovuto all'appartenenza a una cultura diversa, alla lingua differente e a volte alla diffidenza nell'affidare le cure del proprio figlio ad una persona estranea, il medico sarà colui che con la sua capacità di interazione e la sua empatia riuscirà ad instaurare un rapporto di fiducia e di continuità.

Non è detto che in tutti i casi si avvertano tali ostacoli, a volte, famiglie e persone residenti da molti anni in Italia, che magari hanno avuto esperienze con la sanità del proprio paese d'origine, si affidano completamente nelle mani del personale medico, elogiando talvolta disponibilità e serietà di questi ultimi.

Nelle brevi testimonianze che ho raccolto ho potuto notare, per la maggior parte dei casi, la piena fiducia nel Sistema Sanitario Nazionale, e soprattutto nel personale medico.

Il pediatra come il medico di medicina generale sono i primi professionisti con cui ci si confronta, loro ci guidano poi, sempre se necessario, nel mondo ospedaliero e più specialistico. La semplicità nell'accedere all'ambulatorio, l'orario flessibile e la reperibilità telefonica sono elementi importanti e condizioni basilari per instaurare un buon rapporto con il paziente, in tutti gli ambulatori vengono esposti gli orari di ricevimento e i recapiti telefonici necessari, nella sala di attesa sono presenti depliant illustrativi in merito a campagne preventive e vaccinazioni, a diverse problematiche legate alla salute con i nominativi utili a cui rivolgersi.

Nell'ambulatorio del comune di Tavagnacco, come nella maggior parte di quelli presenti sul territorio udinese, sono riuniti più medici di medicina generale che assieme costituiscono uno studio associato, tale iniziativa permette la continua presenza di almeno un medico in studio con la facilità nella sostituzione in caso di assenza sul posto di lavoro. Se il paziente non trova il suo medico può sempre rivolgersi ad un altro per chiedere un consulto, una visita, una ricetta medica.

Per quanto riguarda gli ospedali, in Italia possono essere pubblici o privati. Per farsi ricoverare è necessaria una richiesta scritta del medico di famiglia, mentre nelle situazioni di emergenza sanitaria il ricovero viene disposto dal medico del Pronto Soccorso.

Le spese di ricovero sono sostenute dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il 118 è un servizio pubblico gratuito di pronto intervento sanitario attivo 24 ore su 24.

Il numero telefonico 118 è da comporre solo in situazioni di emergenza che richiedono un soccorso sanitario immediato. L'attività del 118 non sostituisce quella svolta dal medico di famiglia o dalla guardia medica. Le prime cure, in caso di urgenza, vengono prestate nel pronto soccorso in cui si accede autonomamente o dopo l'attivazione del 118. All'ingresso gli operatori sanitari assegnano un codice-colore di priorità per

garantire l'assistenza immediata alle persone in pericolo di vita e per regolamentare l'ingresso negli ambulatori secondo la gravità oltre che l'orario di arrivo.

Il pronto soccorso più vicino, nella zona dell'ambito udinese, si trova presso l'ospedale civile "Santa Maria della Misericordia". L'ospedale è ben visibile e segnalato nel circondario, purtroppo il bacino d'utenza è consistente e l'attesa a volte si prolunga per ore. L'altro ospedale a cui si può accedere, più piccolo e meno affollato, è a Gemona del Friuli che dista circa 30 km da Udine.

Per concludere l'argomento ospedaliero è importante ricordare il pagamento del ticket.

Il ticket è la quota di partecipazione alla spesa nell'ambito del servizio sanitario pubblico. Tutti i cittadini sono soggetti al pagamento del ticket per le prestazioni specialistiche, a esclusione degli esenti. La quota di partecipazione alla spesa deve essere versata prima dell'erogazione della prestazione, agli sportelli amministrativi del presidio ambulatoriale o ospedaliero. In alcune situazioni puoi usufruire del diritto all'esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria. Per maggiori informazioni ci si può rivolgere alla ASL di competenza.

Gli Italiani accedono maggiormente ai servizi rispetto agli immigrati ad eccezione del pronto soccorso e del consultorio familiare. C'è un minor ricorso al ricovero da parte degli immigrati e dunque il tasso di ospedalizzazione è inferiore se confrontato con il caso italiano.

L'anagrafe migranti ed assistenza internazionale

Sul nostro territorio è presente un ufficio di anagrafe sanitaria finalizzata al trattamento dei problemi specifici che riguardano il rapporto con la sanità dell'immigrato e del cittadino straniero temporaneamente presente e/o residente in Italia. Tale struttura si occupa:

- iscrizione al servizio sanitario nazionale dei cittadini stranieri;
- scelta e revoca del medico di base e del pediatra di libera scelta;
- rilascio tessere sanitarie per lo straniero temporaneamente presente in Italia S.T.P.;
- rilascio attestazioni per cittadini italiani all'estero per lavoro o studio;

Le mani che bussano alle porte dei servizi

- rilascio attestazioni per assistenza ai cittadini italiani residenti all'estero (Anagrafe Italiani Residenti all'Estero A.I.R.E);
- rilascio attestato per cittadini provenienti da Paesi con i quali sono state sottoscritte convenzioni bilaterali;
- rilascio attestati per familiari residenti all'estero a carico di lavoratori occupati in Italia;
- ricezione domande di rimborso per prestazioni sanitarie fruite all'estero.

L'ufficio si trova presso il Distretto Sanitario di Udine.

Attività ambulatoriale per stranieri

Tutti gli stranieri iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (e quindi provvisti di tessera sanitario e medico di medicina generale) possono accedere ai diversi servizi aziendali secondo le modalità previste dalla normativa nazionale e regionale. Gli stranieri, o italiani, che per diversi motivi (mancanza di un permesso di soggiorno in corso di validità, assenza di un domicilio, ecc) non hanno la possibilità di iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale e quindi non hanno un medico di Medicina Generale possono rivolgersi al servizio di Medicina Sociale che, in rispetto a quanto previsto dalle normative vigenti, garantirà l'accesso alle cure. Presso lo stesso servizio è possibile erogare il codice Straniero Temporaneamente Presente STP qualora fosse necessario. Gli ambulatori si trovano presso il Dipartimento di Prevenzione in via Chiusaforte, a pochi passi dall'ospedale civile.

Purtroppo non sono visibili i dati inerenti all'affluenza o meno delle persone straniere o non negli uffici sopraccitati. Nelle testimonianze raccolte, e attraverso i colloqui con alcune assistenti sociali del territorio, non sono state rilevati particolari necessità, da parte delle persone straniere di accedere a tali servizi. È possibili che questi siano ancora poco conosciuti e poco visibili.

Un'altra figura significativa che pian piano sta assumendo l'importanza che merita è il *mediatore di comunità*. Il mediatore è un immigrato formato per questo servizio, nel rispetto della deontologia basata sulla neutralità e su segreto professionale. Provenendo dagli stessi paesi dei migranti, è in grado di dare un supporto non solo linguistico, ma anche di orientamento, accompagnamento e supporto culturale secondo le caratteristiche dei diversi paesi e dei diversi servizi sanitari. In questo modo il

mediatore fornisce un adeguato sostegno sia agli operatori sanitari che agli utenti stranieri. I mediatori di comunità di Udine nel 2000 hanno costituito una Associazione senza scopo di lucro denominata “Associazione dei Mediatori di Comunità – Onlus – che da allora collabora con l’Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 “Medio Friuli” con la quale ha stipulato convenzioni e protocollo di intesa per garantire all’immigrati l’integrazione e la fruizione dei servizi.

Le loro principali funzioni sono:

- Accompagnamento in percorsi sanitari;
- Attività di mediazione programmata;
- Interpretariato orale e scritto;
- Traduzione di cartelle mediche, certificati di vaccinazione ed ogni altra documentazione sanitaria;
- Affiancamento con gli operatori sanitari;
- Percorsi di formazione con enti e istituzioni.

La salute al femminile, pari opportunità per cittadine del mondo

La normativa italiana garantisce il diritto di ogni donna, italiana e straniera, all’assistenza sanitaria, economica e sociale, al sostegno psicologico e alla parità di trattamento in ambito lavorativo. Il Servizio Sanitario Nazionale assicura a tutte le donne gli interventi di prevenzione, quelli per la tutela della maternità, l’assistenza ai bambini, le vaccinazioni, la diagnosi e cura delle malattie infettive.

Il Consultorio Familiare rappresenta il luogo in cui vengono erogate le prime forme di assistenza sanitaria e sociale. È un servizio socio – sanitario pubblico che svolge funzioni di prevenzione, informazione ed educazione sociale, sanitaria e psicologica, avvalendosi di professionisti qualificati nei vari livelli di intervento.

Il Consultorio Familiare è un servizio pubblico che tutela e promuove la salute psico-fisica e sociale della donna, della coppia, degli adolescenti e dei bambini. Ci si può rivolgere al Consultorio per i seguenti motivi:

- Contraccezione;
- Gravidanza;
- Assistenza dopo il parto e sostegno all’allattamento;
- Vaccinazioni pediatriche;

- Interruzione volontaria di gravidanza;
- Consulenza sul parto in anonimato;
- Prevenzione dei tumori;
- Educazione affettiva e sessuale;
- Disturbi del comportamento alimentare;
- Mediazione familiare in situazioni di separazione e divorzio;
- Fertilità/infertilità;
- Affidi e adozioni;
- Violenza e maltrattamenti sia su donne che su minori;
- Sostegno alla coppia o alla famiglia in condizioni socio-economiche disagiate,
- Disagio psicologico in particolari momenti della vita;
- Consulenza legale.

Il personale del consultorio è preparato e formato da operatori specializzati: medici ginecologi, psicologi, ostetriche, assistenti sociali, avvocati. Il consultorio è un servizio gratuito aperto a tutti; lavora in collaborazione con l'ospedale e con altri servizi del territorio come scuola, comune, associazioni. L'accesso è libero e non occorre la prescrizione medica. I servizi erogati, come ricordato sopra, sono gratuiti ad eccezione di alcune prestazioni ginecologiche specialistiche per le quali è previsto il pagamento di un ticket.

Il numero di donne straniere che si rivolgono al Consultorio Familiare è decisamente aumentato nel tempo, se si prende in considerazione il periodo che va dal 2000 al 2012¹⁷, questo è dovuto sicuramente al fatto che la popolazione straniera presente sul nostro territorio è decisamente aumentata rispetto ad un tempo, le donne residenti da più tempo hanno potuto conoscere in modo più approfondito i servizi e gli uffici dislocati; attraverso la conoscenza, le svariate pubblicazioni ma anche il passa-parola, le donne hanno potuto avvicinarsi pian piano al Consultorio familiare, e non solo; tale servizio è utile per capire e comprendere diverse dinamiche inerenti anche la vita quotidiana e di coppia in termini di benessere psico-fisico. La cura di sé e dell'altro è importante e basilare affinché la popolazione diventi sempre più consapevole dei propri rischi e preparata nell'affrontarli.

¹⁷ Dati ricavati dal progetto "Bilancio di genere 2012" redatto da un gruppo di lavoro interdisciplinare costituito all'interno del Comune di Udine.

Il Distretto sanitario

Il Distretto sanitario è l'articolazione territoriale delle ASL, che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie. Viene individuato sulla base di una popolazione minima, è dotato di autonomia tecnica, gestionale ed economico-finanziaria. Il Distretto assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello o di base, quali l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ad anziani e disabili, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza e la cura delle tossicodipendenze, l'assistenza e la cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia; i servizi erogati coincidono dunque con quelli dell'assistenza distrettuale.

Al Distretto è oggi attribuito un ruolo strategico nell'attuale sistema assistenziale, si punta ad esso per uscire dalle strette mura dell'ospedalizzazione, per addivenire ad un'assistenza territoriale "virtuosa", capace di cogliere e di dare risposta ai bisogni di salute della popolazione e che si integri con le altre competenze di tipo istituzionale, ove cresca la sinergia con i medici di famiglia e la collaborazione con le organizzazioni del volontariato.

Importante infine ricordare che al Distretto compete la funzione di erogatore diretto e gestione delle attività di Integrazione Socio – Sanitaria, la cui funzione prevalente è il raccordo tra le diverse attività interessate e i vari soggetti istituzionali e professionali coinvolti, tale da garantire agli utenti una risposta completa e soddisfacente sia di tipo sanitario che di tipo sociale e assistenziale. Il Direttore di Distretto supporta la Direzione Generale nei rapporti con i Sindaci e interagisce con i Comuni, titolari della funzione sociale e socio assistenziale, per l'implementazione degli strumenti operativi dei Piani Sociali di Zona, il Direttore di Distretto all'interno del Comitato dei Sindaci propone gli strumenti idonei per una reale partecipazione da parte dei Comuni alla attività di rilevazione dei bisogni, di pianificazione dei servizi e verifica dei risultati raggiunti.

In Regione Friuli Venezia Giulia, in particolare l'Azienda sanitaria n. 4 è organizzata in 5 Distretti: Cividale, Codroipo, San Daniele, Tarcento e Udine, che coincidono con gli ambiti socio assistenziali territoriali.

Il Distretto è una struttura dell'Azienda per i servizi sanitari territoriali che assicura tutte le attività assistenziali rivolte alla persona o alla collettività, ad eccezione degli interventi ospedalieri.

In particolare il Distretto garantisce le seguenti attività:

- Valutazione ed interpretazione della domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione e cittadinanza attiva;
- Programmazione, implementazione e verifica delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- Compartecipazione con gli Enti locali, con le Aziende per i servizi alla persona e con gli altri soggetti pubblici e privati coinvolti nelle politiche di welfare;
- Continuità assistenziale e presa in carico del cittadino mediante la produzione diretta o tramite l'acquisto di servizi e prestazioni da altri soggetti pubblici e privati;
- Accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sociosanitaria secondo criteri di equità e di appropriatezza anche attraverso i mediatori di comunità per stranieri;
- Gestione coordinata dell'assistenza di base.

Analizzando gli ultimi due capitoli riportati, vale a dire quello riguardante la popolazione sul territorio e i servizi ad essa rivolti, si può constatare come entrambi non possano coesistere l'uno con l'altro; i dati correlati all'età, alla distribuzione, alla nazionalità permettono agli operatori e alle figure professionali coinvolte, di dedicare ad essi i servizi più appropriati, di conoscere quali siano le esigenze del cittadino affinché possano essere soddisfatte al meglio; una popolazione prevalentemente anziana come la nostra, avrà necessità, per esempio, di interventi correlati all'assistenza domiciliare integrata (sociosanitaria), la presenza di giovani coppie straniere avrà bisogno di essere accompagnata nella conoscenza del territorio, di sapere quali

opportunità, quali diritti e doveri li spettano, per tutti i giovani adulti sarà opportuno attuare condizioni favorevoli affinché possano accedere al mondo del lavoro in modo da potersi creare una famiglia propria ed incrementare le nascite. Gli Enti locali assieme al Direttore del Distretto, con i dati alla mano e la conoscenza approfondita di ciò che il territorio offre, possono implementare i servizi, avvicinarsi in modo significativo alla cittadinanza abbattendo i muri che dividono le istituzioni dalla popolazione. Per quanto riguarda la popolazione straniera, che è quella che interessa l'elaborato, dalle storie riportate successivamente, si evince che i maggiori servizi a cui fanno riferimento i cittadini sono l'ospedale civile e il Distretto Sanitario, oltre che il Servizio Sociale allocato nei Comuni dell'Ambito socio assistenziale, tali servizi di base sono quelli che si possono classificare più vicini ai cittadini, infatti è da qui che partono le informazioni utili per gli interessati, è qui che si raccolgono i dati ed è qui che vengono elaborate novità e migliorie alle prestazioni già esistenti. Si è ribadita l'importanza della prevenzione, della conoscenza e della facilità di accesso, requisiti basilari per la formazione di una popolazione conscia e attiva.

Se viene dato vigore a concetti come coesione e partecipazione si avrà uno stato sociale più forte, con una marginalizzazione minima. L'integrazione e la conoscenza saranno facilitati, ci sarà una maggiore propensione e curiosità verso l'altro, una responsabilizzazione riconosciuta e accettata che permetterà al cittadino di sentirsi parte della società, si sentirà attivo nelle decisioni prese e non le interpreterà come soluzioni, giuste o sbagliate che siano, calate dall'alto.

I Servizi e le Istituzioni possono e devono contribuire alla formazione di una popolazione attiva, che riconosca l'importanza dell'altro nella sua globalità, nella malattia e nella salute, tralasciano i fattori di diversità culturale e linguistica, solo con il rispetto e la consapevolezza dell'altro si potrà comprendere l'importanza che ognuno ha nella costruzione di uno Stato sociale solido e funzionante.

9. Storie

Le storie riportate nel seguente capitolo sono tre, i protagonisti sono stranieri residenti da tempo in Italia, in Regione Friuli Venezia Giulia e in particolare nel Comune di Tavagnacco.

I loro racconti sono segnati dalla malattia e dalla disabilità acquisita successivamente, che ha cambiato le loro vite in maniera significativa e diversificata, causando una perdita di autonomia piuttosto che una situazione di marginalità sociale; la capacità di agire, di affrontare i problemi le avversità, le preoccupazioni e le paure verranno riportate fedelmente, i nomi utilizzati non corrispondono alla realtà per garantire loro l'anonimato.

La storia di Valeria

“ ...non riuscivo a smettere di piangere, avevo tanta paura, poi una signora mi ha detto: “ tu sei salva!” perché conoscevo la dottoressa, il mio angelo custode...”

Ho conosciuto Valeria durante il tirocinio svolto nel 2012 nel Comune di Tavagnacco, la sua storia mi ha colpito, sia per la gravità delle malattia che scoperta nel 2010 sia per la capacità di questa donna di essere positiva e di credere ancora nel futuro, di guardare avanti con il sorriso sulle labbra senza rimpianti né rimorsi.

Mi ha accolta nel suo appartamento per raccontarmi la sua storia durante un pomeriggio piuttosto freddo, non ho avuto difficoltà nel trovare l'abitazione, le indicazioni stradali fornitemi nelle precedenti telefonate erano chiare. Quando mi ha aperto la porta dell'ingresso si è presentata con un sorriso, assieme a lei c'erano i due figli più grandi, il nipotino di tre anni, figlio di suo fratello e la madre di Valeria che vive a Udine assieme al marito; la casa era calda e confortevole, si è affrettata nel farmi accomodare sul divano, ha spento la televisione e subito ha cominciato a parlare e a raccontarmi la sua storia:

Sono arrivata in Italia nel 1998, sono scappata dal Kosovo perché là c'era la guerra, con me c'erano i miei tre figli, adesso sono grandi, qui c'era già mio marito lui era qui dal 1992. Prima di arrivare in Friuli Venezia Giulia siamo stati un anno in Veneto, a

Belluno e poi siamo arrivati qui a Feletto Umberto¹⁸ ho fatto subito la residenza, quella volta era un po' più facile, siamo sempre stati in questo appartamento, solo che c'è un'unica camera e paghiamo 430 euro di affitto al mese, ho fatto domanda per avere la casa Ater¹⁹...non mi hanno ancora dato una risposta; però a gennaio spero mi dicano qualcosa.

Quando sono arrivata in Italia all'inizio ho avuto difficoltà con la lingua, non la conoscevo e per questo non capivo e non parlavo, stavo sempre chiusa in casa con i bambini, mio marito lavorava io invece all'inizio no, poi la mia vicina di casa mi ha aiutata, mi ha detto che i bambini dovevano andare a scuola, allora ho iniziato a conoscere altre persone e a uscire un po' di più. Nel 2002 ho fatto un corso di Italiano mi hanno lasciato un certificato però adesso non ricordo come si chiama, ho iniziato a lavorare, sempre in quel periodo, lavoravo a nero, facevo pulizie nelle case aiutavo qualche famiglia, cose così. Non sapevo niente della legge italiana, nemmeno quelle per noi immigrati, sapevo dov'erano le scuole, l'ospedale, il distretto, mi aiutavano degli amici poi ho imparato piano piano da sola. Dopo il 2002, sono stata assunta con un contratto in una ditta di pulizie, solo che nel 2005 mi sono ammalaata la prima volta, sono stata operata all'ernia nella schiena, per un po' dovevo stare a casa per riposare e guarire bene. Dopo sono tornata a lavorare per la stessa impresa di pulizia fino al 2009 quando ho avuto un incidente stradale e sono rimasta a casa per 4 – 5 mesi, il medico di base mi aiutava ma non tanto. Finita la malattia sono tornata a lavorare nel solito posto fino al 2010 quando mi sono ammalaata di tumore. Era marzo il 5, sono andata in pronto soccorso perché avevo la gola gonfia, si gonfiava sempre di più non riuscivo a bere, a mangiare nemmeno a respirare, sono andata a Udine ho aspettato 3 – 4 ore e l'infermiera mi ha detto che non si viene in pronto soccorso per queste stupidaggini e mi ha rimandata a casa senza nemmeno visitarmi. Ma secondo te una persona che non sta male aspetta così tanto tempo per farsi visitare? È in quel momento che ho chiesto aiuto a una dottoressa di mia conoscenza, lei è chirurgo, di solito opera le donne con tumore al seno, ma io conoscevo il suo compagno e visto che non sapevo più a chi rivolgermi

¹⁸ Frazione del Comune di Tavagnacco, dista pochi chilometri da Udine.

¹⁹ Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale di Udine è un ente economico che gestisce oltre 10.000 unità immobiliari, di cui poco più di 7.000 di proprietà. Le sue attività spaziano dalla realizzazione dei programmi di edilizia sovvenzionata e convenzionata alla gestione immobiliare, dalla gestione di consulenze e servizi tecnici alle pubbliche amministrazioni, alla collaborazione con soggetti pubblici e privati per l'attuazione dei piani di recupero e di altre iniziative edilizie.

l'ho chiamata, lei mi ha fatto tutte le carte urgenti e subito tutte le visite per capire che cosa avevo, è lì che parlando con gli altri pazienti ho sentito che quella dottoressa era proprio brava, la conoscevano tutti, era famosa, mi hanno detto "Tu sei salva!" io l'ho sempre detto: "lei è il mio angelo custode, le devo la vita!!" Quando mi hanno chiamato dall'ospedale mi hanno detto che dovevano spiegarmi una cosa, 10 minuti, ho fatto la doccia di corsa e sono andata con mio marito. Ero nella stanza assieme ai medici e li guardavo mentre parlavano tra di loro; guardavo le loro facce ma non capivo niente di quello che dicevano, ho iniziato a preoccuparmi finché ho sentito la parola "chemio" e da quel momento ho avuto davvero tanta paura, la dottoressa si è avvicinata, mi ha detto che avevo un tumore che cresceva ogni minuto, un linfonodo B mi sembra si chiami, mi ha detto che dovevo essere operata subito e che avrei dovuto iniziare la chemioterapia, ero terrorizzata e ho iniziato a piangere, non riuscivo a smettere, pensavo ai miei figli che erano a scuola e continuavo a piangere. Sono andata nel bar dell'ospedale e mentre piangevo una signora si è avvicinata e mi ha detto che ero fortunata perché mi avrebbero operata subito e che sarei stata bene, però io non mi sentivo fortunata anzi...la dottoressa nel frattempo mi consolava, mi ha promesso che sarebbe stata presente 24 ore su 24, che non mi avrebbe lasciata da sola e così è stato. Il 31 marzo mi hanno operata e subito ho iniziato la chemioterapia. Andavo all'ospedale per la terapia ogni mercoledì, stavo male per tre – quattro giorni, il lunedì mi riprendevo un po' e poi il mercoledì stavo di nuovo male. La chemioterapia è durata quattro mesi, in quel periodo mi sono recata dall'assistente sociale, non quella di adesso lei è brava c'era un'altra assistente, avevo la muffa in casa perché c'era un po' di umidità, non potevo stare in casa con la muffa e in quelle condizioni, mi ha detto di lavare i muri con la varechina, questo lo so anch'io, le ho anche detto che fuori dalla finestra della mia camera ci sono i bidoni dell'immondizia, proprio vicino alla finestra, d'estate c'era un po' di odore che mi infastidiva, poi ero debole e dovevo stare attenta anche alle infezioni, non ha saputo darmi una risposta, allora sono andata dal Sindaco, non mi ha nemmeno calcolata, però ormai è passata, pazienza. Dopo la chemioterapia mi sono sottoposta alla radioterapia, non potevo lavorare e sono iniziati i problemi con il permesso di soggiorno, volevano rimandarmi a casa perché avevo perso i requisiti, l'assistente sociale (quella di adesso), l'associazione "Vicini di casa"²⁰ e una amica mi

²⁰ L'associazione è nata nel 1993 su iniziativa di singole persone e con l'appoggio di alcuni gruppi di

hanno aiutata, nelle condizioni in cui ero non potevano rimandarmi in Kosovo, là non avrei avuto le cure necessarie. Ho fatto le carte per l'invalidità civile, mi hanno dato all'inizio l'80% adesso il 70% però ho chiesto l'aggravamento, conosco la legge 104/92 anche l'assistente sociale mi ha spiegato come funziona solo che soldi non me ne sono arrivati, sono solo esente dal ticket in ospedale. In questo momento ho un permesso in attesa di occupazione, stiamo aspettando che ci concedano la Carta di soggiorno, con quella siamo tutti salvi; io, mio marito e i miei figli; i due figli più grandi sono entrambi da poco maggiorenni, mi sto informando per l'acquisizione della cittadinanza Italiana solo che nelle carte che mi ha dato l'assistente sociale uno dei requisiti è il reddito e noi non ce l'abbiamo in questo momento; mio marito lavorava nell'edilizia ma adesso non ha molto lavoro e poi dovrà essere operato, a causa di un'ernia inguinale, io sono stata operata a settembre, di nuovo alla schiena per un'altra ernia, sto abbastanza bene solo che non posso ancora lavorare; prima dell'operazione avevo una borsa lavoro con il Comune, che ormai è terminata, a gennaio farò un corso con l'Ufficio di collocamento, spero sia utile a trovare una nuova occupazione in futuro; la mia preoccupazione sono i miei figli, loro vanno a scuola, sono molto bravi e vorrebbero fare l'università, continuare con gli studi, però se avessero un lavoretto sarebbe meglio, sarebbe d'aiuto, ma adesso lavoro non se ne trova, non ti fanno un contratto, solo a nero, non è facile! Non penso assolutamente di ritornare nel mio Paese, solo per le vacanze, se mi fossi ammalata là sarei morta, sono stata fortunata ad essere in Italia, vorrei che la mia famiglia potesse avere un futuro qui, in Italia non è un periodo facile in questo momento ma in Kosovo è peggio. Da quando mi sono ammalata non mi sono mai sentita discriminata perchè straniera, ho conosciuto persone che mi hanno aiutato e mi sono state vicine, anche i miei figli a scuola non hanno mai avuto problemi, anzi sono ben intergrati e sono contenti sono felice di essere qui nonostante le disavventure passate.

associazioni al fine di combattere l'esclusione abitativa subita dai lavoratori stranieri. L'associazione riceve contributi per singoli progetti da parte di Enti Pubblici (Provincia, Comune di Udine) ha ottenuto finanziamenti per due progetti da parte dell'Ermi, l'Ente regionale per i problemi dei migranti, l'Associazione ha inoltre un accordo con la Banca Etica.

La storia di Sergio

“...io quando inizio un lavoro lo voglio portare a termine, non lascio le cose a metà, a volte ero tanto stanco però continuavo a lavorare lo stesso perché mi vergognavo...”

Sergio è conosciuto dal Servizio da diverso tempo, non l'ho mai conosciuto di persona fino al giorno del nostro incontro in cui mi ha raccontato personalmente la sua storia. Ha preferito vedermi nell'ufficio dell'assistente sociale, che lo conosce da anni e si occupa di lui. Inizia subito a parlare raccontandomi la sua storia più recente, soffermandosi molto sui dettagli della malattia e le cure che sta seguendo. Per un po' l'ho lasciato parlare, non me la sentivo di interromperlo subito, sarebbe sembrato quasi un interrogatorio; poi ho iniziato a porgli qualche domanda in merito al suo passato, al suo arrivo in Italia e il discorso ha iniziato ad assumere una sequenza cronologica:

“ Sono arrivato in Italia il 27 settembre del 2002, dall'Albania, come clandestino, senza documenti, non avevo niente. Prima ho lavorato un anno in Grecia, sempre da clandestino poi sono scappato e sono arrivato qui da solo però sono stato fortunato, in quell'anno c'è stata la sanatoria e il mio datore di lavoro mi ha fatto subito i documenti e messo in regola. Lavoravo per un'impresa edile non molto lontano da casa, da dove abitavo prima. Alcune volte però, mi sentivo stanco e affaticato, mentre lavoravo, non ho mai detto niente anche perché mi vergognavo e poi io quando inizio un lavoro lo voglio concludere, non lascio le cose a metà. Nell'aprile del 2004 ho fatto una visita all'ospedale, avevo l'influenza, mi hanno fatto i raggi, hanno detto che non avevo niente di grave, era normale, poi nel 2005 ho fatto la visita del lavoro a Mestre, erano circa 5 o 6 mesi che bevevo tanto e andavo in bagno spesso per urinare, lavoravo sempre nell'edilizia, avevo la glicemia altissima, ho portato i referti al mio medico e non mi credeva che avessi quei valori. Mi hanno dato una cura di una settimana per vedere se funzionava, poi ho fatto di nuovo le analisi, per verificare se c'era stato un miglioramento avevo la glicemia ancora più alta, mi hanno spedito subito al reparto di diabetologia, lì ho trovato bravi dottori, molto gentili, disponibili. Mi hanno iniziato a fare delle domande per sapere se in famiglia c'erano stati casi di diabete, a mio avviso nessun parente di mia conoscenza era malato, non so nemmeno da quanto tempo sono malato io. All'ospedale mi hanno spiegato tutto, mi hanno dato due libri nella mia

lingua sul diabete, mi hanno insegnato a compilare il diario alimentare, l'importanza delle medicine e degli alimenti, devo dire la verità, certe cose non le capivo tanto e loro non capivano me, questo non è stato facile mi sforzavo tanto per spiegare le cose. Sono stato aiutato da mia figlia, ne ho due e una moglie, sono arrivati qui subito dopo la mia regolarizzazione, nel 2004 ho fatto il ricongiungimento familiare. I miei figli adesso sono grandi, la femmina sapeva bene l'italiano perché ha frequentato qui le scuole; lei mi accompagnava spesso in ospedale, mi aiutava soprattutto con la lingua, spiegava un po' la situazione, io ho fatto un corso di Italiano nel Comune di Tavagnacco però ho imparato soprattutto da solo. Per me era importante e lo è anche adesso il lavoro, non posso non lavorare, siamo in affitto e paghiamo 500 euro al mese, solo che le bollette sono tanto care, per risparmiare non accendiamo il riscaldamento, solo se fa tanto freddo e facciamo tanta attenzione anche con l'utilizzo dell'acqua calda. Mia moglie non lavora dal 2011, mio figlio adesso è in borsa lavoro e mia figlia fa qualche lavoretto, non pago l'affitto da tre mesi, se continuo così mi danno lo sfratto, sono preoccupato per questo. Ho fatto domanda per un alloggio ATER ma ho sempre un punteggio basso nella graduatoria, " non ho speranza e non riesco a capire perché non mi danno un punteggio più alto!!" da quando mi sono ammalato ho cambiato diversi lavori all'inizio ho continuato un po' nell'edilizia ma era troppo pesante, ero tanto affaticato e a volte perdevo i sensi per gli sbalzi di glicemia. Sai prendo 9 – 10 pastiglie 4 volte al giorno e ogni due settimane vado in ospedale. Mi è subentrato recentemente un problema, un dolore al piede, mi sembra si chiami polineopatia, è una conseguenza della malattia; nel 2008 ho lavorato con una borsa lavoro e nel 2009 in un'azienda agricola durante il periodo della vendemmia, poi i due anni successivi ho lavorato sempre con una borsa lavoro però attraverso il SIL²¹, prendevo 250 euro al mese, ho un'invalidità pari al 75% e usufruisco della legge 104/1992, ho una pensione di invalidità pari a 260 euro mensili. Però, avendo lavorato nel 2011 e avendo superato la soglia del reddito annuo, ho perso tale beneficio nel 2012.

Per la ricerca del lavoro sono stato aiutato tanto dall'assistente sociale, adesso cerco lavoro, a gennaio ho iniziato una work experience di tre mesi e a luglio uno stage nel

²¹ Servizio di integrazione lavorativa per le persone disabili che si occupa della costruzione di percorsi individuali con cui accompagnare la persona disabile verso l'inserimento ad un contesto a lui adatto, dalla formazione iniziale fino alla sua integrazione in ambito lavorativo, (legge regionale 41/1996, legge regionale 18/2005).

Le mani che bussano alle porte dei servizi

settore alberghiero, pulivo le stanze degli alberghi, sistemavo le camere, facevo i letti, pulivo per terra, mi piaceva quel lavoro e poi non mi stancavo più di tanto. Spero tanto che questo stage possa essere utile in futuro, che mi permetta di trovare un'occupazione simile sempre nel settore alberghiero. Durante le ultime visite che ho fatto in ospedale la dottoressa mi ha spiegato che il diabete porta alla demenza, io non mi ricordo le cose facilmente, le leggo e poi me le dimentico, faccio tanta fatica a memorizzare tutto, poi mia figlia è un po' più impegnata rispetto a prima e non può accompagnarmi sempre alle visite di controllo, ho paura che non mi capiscono quando parlo, mi hanno addirittura detto che ho un deficit mentale. Per fortuna l'ospedale non è lontano da dove abito, mi muovo raramente in autobus e quasi sempre in bici, la patente che ho preso in Albania non è valida qui in Italia. Un po' di anni fa sono tornato un breve periodo in Albania, là dovevo pagarmi tutte le medicine, lo Stato non passa niente, sarei morto subito o chissà come starei, di certo non mi potevo permettere e non posso potrei tuttora di pagare così tanti soldi per le medicine.

La storia del giovane Antonio e della mamma Daniela

“...quando ho risposto al telefono mi hanno detto: “ha l’x-fragile!” io non so nemmeno cosa voglia dire x-fragile, allora sono andata subito in internet e lì mi si è aperta una voragine sotto i piedi...”

Antonio è un ragazzino che soffre di una malattia genetica denominata x-fragile, i comportamenti sono molto simili a quelli che vengono manifestati dai bambini che soffrono di autismo. Ho seguito il suo percorso di integrazione scolastica durante il mio tirocinio nel Comune di Tavagnacco, ho conosciuto prima la mamma e poi lui, durante una visita specialistica. La prima volta che ci siamo incontrati il suo sguardo è stato fugace, con un accenno di sorriso sulle labbra e un ciao solo sussurrato, accompagnato dalla mano. In quell'occasione ho avuto l'opportunità di parlare e stare un po' con la sorellina più piccola, una bambina molto vivace, sveglia e loquace, in quel momento sembrava che i due fratelli si completassero a vicenda, due parti di un unico corpo, una più riservata, l'altra più espansiva. La loro storia, seppur conosciuta a grandi linee all'inizio, mi ha commosso e fatto riflettere sull'importanza e la fortuna di essere una persona sana; per questo ho pensato di chiedere a Daniela la sua disponibilità nel raccontarmi il percorso dalla Romania, loro paese d'origine, all'Italia con tutte le

difficoltà le speranze, le gioie e i dolori; si è dimostrata disponibile ma anche un po' preoccupata, la paura maggiore era dire la cosa sbagliata o di poca importanza. Mi ha invitato a casa sua, un appartamento grazioso e a mio avviso arredato con gusto, i bambini giocavano nella cameretta e noi ci siamo accomodate in cucina, una di fronte all'altra, con una tazza di the tra le mani.

“ Sono arrivata in Italia, più precisamente a Pordenone 11 anni fa, nel 2001 mi sembra, ero da sola e sono stata ospitata a casa di amici, anche loro originari del mio Paese; sono entrata con il passaporto da turista, le frontiere non erano ancora aperte, poi ho dovuto pagare il visto 1.500 euro, i soldi me li aveva dati mio fratello. In Romania ho lasciato mio marito e mio figlio Antonio di appena 2 anni, la cosa più dolorosa che ho dovuto affrontare è stato il distacco da lui.

I miei amici mi hanno trovato un lavoretto, prima in un ristorante dove alcuni di loro lavoravano e poi come badante, accudivo una ragazza, aveva 40 anni ed era disabile, assieme a lei viveva il padre di 75 anni, era una casa fredda e poco accogliente, non c'era amore, era triste, allora io facevo le torte perché così mi sembrava ci fosse odore di casa e poi compravo i fiorellini da mettere alla finestra così c'era un po' di colore, pensavo a mio figlio con la baby-sitter e speravo che anche lei facesse le stesse cose che facevo io per quella famiglia. I vicini che mi vedevano mi chiedevano come stavo, io dicevo sempre bene anche perché non capivo niente di italiano, parlavo pochissimo dicevo solo un due parole. Dopo più di 40 giorni di lavoro non mi avevano ancora dato lo stipendio, non avevo un contratto ma avevamo concordato una paga di circa 700 euro, allora quando mi sono permessa di chiedere il motivo del mancato salario mi hanno presa e buttata fuori di casa, in quel momento ero disperata perché non sapevo né dove andare né cosa fare, quel giorno Antonio compiva 2 anni, ho chiamato al telefono una mia amica che era in Romania, mi ha risposto il marito e mi ha detto: “questa è l'Italia, arrangiati!”, ho sentito un buco nella terra, aspettavo la sanatoria che non arrivava mai e avevo perso anche il lavoro. Mi ha aiutato una signora che abitava nello stesso condominio, mi ha detto solo : “Devi dire vi denuncio!”, io sono tornata in quella casa, le cose sono andate diversamente perché la ragazza, dopo che me ne sono andata, ha avuto una crisi e stava male, penso si fosse affezionata un pò a me, in quel momento sono intervenuti anche gli assistenti sociali, penso per tener controllata la situazione, quella ragazza prendeva dei soldi ma a lei non davano ciò che gli spettava. Allora sono

rimasta perché avevamo scambiato una promessa: loro dovevano trattare bene me e io sarei rimasta a lavorare per loro. Ho resistito un anno, non mi hanno mai fatto il permesso di soggiorno, poi è arrivato mio marito, che nel periodo in cui ero in Italia ha venduto la casa per pagare i debiti e ha lasciato Antonio da mia suocera. Quando lui è arrivato io ho lasciato il lavoro, non avevamo né una casa né un lavoro, ci hanno aiutato i vicini, i conoscenti del paese, non avevo molte amicizie, anche perché uscivo poco di casa, e anche il sindaco aveva preso a cuore la nostra situazione. Ci hanno trovato una casetta era vecchia però almeno avevamo un alloggio, mio marito non cercava lavoro, non usciva diceva che non conosceva la lingua che non sapeva cosa fare, io avevo paura perché non avevamo il permesso di soggiorno, ero terrorizzata all'idea che ci rimandassero in Romania, dovevamo pagare i debiti e io volevo rivedere Antonio e portarlo in Italia. Una famiglia ha bussato alla nostra porta e ci ha aiutato, hanno dato la possibilità a mio marito di lavorare da loro, e anch'io davo una mano alla signora nelle faccende domestiche, ci hanno preparato subito la richiesta per il permesso di soggiorno, solo che la carta vera e propria non arrivava mai, in casa eravamo senza luce e gas perché non potevamo stipulare i contratti senza documenti, ogni giovedì pregavamo con questa famiglia affinché arrivasse il permesso, abbiamo dovuto aspettare 5 mesi, nel mentre ci hanno denunciati perché vivevamo in quella casa, non so chi è stato, ricordo solo che sono tornata a casa e mi sono trovata la polizia davanti, mi hanno stupito perché mi hanno trattato con gentilezza ed è venuto anche il sindaco a spiegare la situazione, siamo stati ospitati dalla famiglia dove lavoravamo, all'inizio mi occupavo delle faccende domestiche poi ho trovato lavoro in un'azienda vinicola, lavoravo anche 12 ore al giorno, lavoravamo tanto sia io che mio marito per pagare i debiti, la sera, quando rientravo anche dopo le 8 di sera trovavo la cena pronta anche per me e la nostra biancheria stirata, non ho mai conosciuto delle persone così generose, mi hanno aiutato tantissimo non solo materialmente ma anche a livello psicologico, restano tuttora dei cari amici, non smetterò mai di ringraziarli.

Appena sono arrivati i documenti sono partita per la Romania a prendere Antonio, sono arrivata là alle 4 di mattina, mia suocera non è stata molto corretta nei miei confronti, quando ero in Italia e volevo parlare al telefono con Antonio non me lo permetteva, gli diceva che ero cattiva perché l'avevo abbandonato, non puoi immaginare cosa sia stato per me lasciare un bambino così piccolo, avevo bisogno di una sicurezza e mio marito

non me la dava, ho ritenuto che la mia partenza fosse la soluzione migliore per mio figlio, per avere qualcosa da parte e potergli garantire un futuro, quando mi ha vista è scappato, si è nascosto, sono riuscita a prenderlo in braccio però mi graffiava la faccia, non voleva proprio stare con me. Quando siamo tornati in Italia abbiamo trovato una piccola casetta, io nel frattempo lavoravo in un ufficio a Udine come contabile, facevo ogni giorno circa 40-50 km all'andata e al ritorno, abbiamo vissuto là per 5 anni circa, nel frattempo è nata anche la mia bambina e mi sono accorta dei problemi di Antonio, parlava pochissimo, non interagiva con gli altri bambini, pensavo fosse legato alla paura dell'abbandono, la notte bagnava il letto e non voleva mai stare da solo. Le maestre mi avevano informata che c'erano dei problemi, però con il loro consiglio abbiamo pensato di aspettare, per farlo ambientare un pochino. Sara, la mia bambina ci ha aiutato molto e lo fa tuttora, è molto legata ad Antonio e fin dalla sua nascita ho cercato di coinvolgerlo, affinché si prendesse cura di lei, volevo responsabilizzarlo. Sara tuttora lo aiuta a leggere e lui l'aiuta in matematica, si compensano a vicenda, quando io arrabbio con lui perché non si ricorda ciò che ha imparato il giorno prima lei mi dice: "mamma non arrabbiarti con lui, lo sai che non lo apposta!" lei mi aiuta tanto, anzi aiuta tutti.

Antonio ha continuato la sua infanzia con meno rancore nei miei confronti ma sempre con la paura che lo potessi lasciare di nuovo: continuava a non parlare e mi sono rivolta al pediatra che mi ha suggerito, anch'egli, di lasciarlo tranquillo che con il tempo sarebbe diventato più espansivo. Al terzo anno di asilo sono andata in neuropsichiatria infantile a Maniago, faceva logopedia due volte alla settimana lui non migliorava e io non ne capivo il motivo, allora mi sono recata alla "Nostra famiglia" sempre a Maniago e loro mi hanno consigliato di iscriverlo a scuola lì, che sarebbe stato più seguito e avrebbe potuto fare direttamente le terapie nella struttura senza dover spostarsi. In quel periodo lavoravo a Udine e mio padre mi ha aiutata tanto con i bambini, li accompagnava a scuola e stava con loro durante la mia assenza.

In quell'arco di tempo, a mio avviso Antonio era peggiorato, imitava gli altri bambini, dondolava e usava termini spesso stereotipati, un giorno è tornato a casa e mi ha detto "Perché gli altri bambini sono ammalati?". Non sapevo cosa rispondere, non sapevo a chi rivolgermi, sapevo che cos'era la cosa giusta e quella migliore per lui. Appena ci siamo trasferiti a Tavagnacco l'ho iscritto alle scuole normali, alla "Nostra famiglia" mi

hanno sconsigliato di procedere in questo modo ma ero decisa a tentare nell'intraprendere una nuova strada. Ho pensato di iscriverlo comunque alla "Nostra famiglia" di Udine e, penso per ripicca, hanno aspettato quasi un anno e mezzo per accettare la mia richiesta e darmi l'opportunità di portarlo a fare le terapie, ero disperata, tutto il lavoro fatto sarebbe stato inutile, in un quell'arco di tempo avrebbe dimenticato tante cose imparate in precedenza.

All'inizio faceva sia logopedia che terapia occupazionale, mentre ora fa solo terapia occupazionale. Nessuno credeva in lui e nelle sua capacità, io invece ho sempre creduto nelle sue potenzialità, come fai a migliorare a cercare di essere più bravo ed a impegnarti se nessuno crede in te? Io cerco sempre di stimolarlo e vedo che fa progressi, fino all'età di 4 anni non parlava, adesso ha imparato a leggere, io lo registravo mentre leggeva, poi ascoltavamo assieme la registrazione e gli dicevo: "Possiamo migliorare un po' vero?" e lui rispondeva sempre di sì e si impegnava per farlo. Alla scuola primaria non lo tenevano molto in classe, era sempre fuori e non interagiva con i compagni, poi grazie ad un'insegnante di sostegno molto paziente sono riusciti a introdurlo in classe in modo che potesse seguire anche lui le lezioni come i compagni, i problemi c'erano e le maestre me lo facevano presente spesso, le visite alla "Nostra famiglia" erano costanti ma poi, i medici mi hanno suggerito di fargli una risonanza magnetica e poi il test del DNA, all'inizio mi hanno detto che aveva delle lesioni al cervello e poi mi hanno telefonato e mi hanno detto che aveva una malattia genetica chiamata x-fragile, io non so nemmeno cosa voglia dire x-fragile, allora sono andata subito in internet e lì mi si è aperta una voragine sotto i piedi, vedevo questi bambini ammalati e non ci potevo credere, mi hanno spiegato che proviene da mio padre, non è stato facile accettare di essere sia io che mio padre la causa, la vita è pesante e difficile però lui è un bambino amorevole e sono fortunata ad averlo. L'assistente sociale a cui mi sono rivolta è stata disponibile nel spiegarmi l'iter scolastico che avrebbe dovuto affrontare Antonio fino ad ora, l'educatore, l'insegnante di sostegno, le maestre e i professori; la prima volta che mi sono rivolta all'assistente sociale è stato nel Consultorio familiare di Spilimbergo, ero incinta di Sara e io e mio marito stavamo attraversando un periodo di forte crisi, lei si dava molto da fare per me ma anche per gli altri, mi ha aiutata nell'iscrizione al nido della piccola e mi ha indirizzata negli uffici pertinenti per presentare la domanda.

Anche quando sono andata in ospedale a partorire mi sono trovata bene, io posso fare il confronto con la Romania perché Antonio è nato là. Al mio Paese non si paga il ticket come qui, è tutto gratis però in realtà ogni paziente deve dare una busta ciascuno con dei soldi, a tutti i medici che lo hanno seguito, alle infermiere e a tutto il personale che si prende cura di te. Con Antonio ho avuto un parto cesareo, al medico che era di turno e mi ha aiutata a partorire ho dato 300,00 euro che equivaleva al mio intero stipendio mensile, adesso uno stipendio medio si aggira intorno ai 500,00 euro, io ho dovuto pagare di più perché mia suocera è un'ostetrica in pensione dovevo farle fare bella figura, tutti sanno che funziona così e che per certe visite è meglio andare privatamente, tanto si paga uguale, per certi versi anche qui in Italia è così. Le persone povere, che non hanno soldi e non possono pagare a volte muoiono in ospedale, noi per fortuna eravamo benestanti, poi i debiti ci hanno costretto ad andare via, ma non ho avuto, per fortuna, problemi di questo tipo; a volte pensiamo di tornare là sono le nostre radici ma per i nostri figli non è così, loro quando andiamo in Romania si sentono sperduti e fuori luogo e poi Antonio non riceverebbe le cure appropriate, dovrei andare fino alla capitale e non è così vicina, qualche persona che conosco che ha i figli con la stessa malattia di Antonio lo fanno, si spostano, chi non ne ha la possibilità non lo fa e i bambini non seguono una terapia e per loro non c'è speranza di guarigione; ad alcuni dottori non interessa e non vogliono ricevere denaro, quando ero adolescente e sono stata operata di appendicite il medico non ha voluto assolutamente nulla, però purtroppo non tutti sono così. La situazione non è cambiata al giorno d'oggi, anzi è addirittura peggiorata, le medicine bisogna pagarle tutte da sé. Se posso permettermi di dire una cosa, qui all'ospedale i medici ti trattano come numeri, non capiscono che sei una persona, che sta male, che soffre, dovrebbero essere più umani, studiare più psicologia. Qui di solito per le visite vado nell'ospedale pubblico, Antonio è esonerato dal pagamento del ticket a causa della patologia, privatamente vado solo dal dentista. A volte ho notato che i medici mi rispondono "questo non è di mia competenza" e io mi sento persa e non so a chi rivolgermi, di medicine spendo circa 1.500,00 euro l'anno, spero di poter detrarre qualcosa quando faremo la dichiarazione dei redditi. Io ho un tumore al fegato, non è ancora un tumore vero e proprio ma alte sono le probabilità che lo diventi, l'hanno scoperto nel 2008, avevo l'orticaria e attribuivano quel disturbo allo stress, alla stanchezza. Poi mi hanno fatto un'ecografia addominale e hanno

scoperto la causa del mio malessere, quando me l'hanno comunicato utilizzavano un tono grave, ho capito subito che c'era qualcosa che non andava, quando sono tornata a casa ero sotto shock, non riuscivo nemmeno a guidare, una collega al lavoro mi ha consigliato di andare da uno specialista, mi ha detto che è un adenoma e che non c'è da scherzare, ogni 4 mesi devo fare i controlli, io non voglio mai parlare di questo perché sto troppo male, non ci voglio proprio pensare e a volte mi dimentico di prenotare le visite.

Riguardo al lavoro è da un anno che mi sono licenziata, dovevo seguire i miei figli e specialmente Antonio, e la titolare non me lo permetteva, mi faceva uscire tardi dal lavoro e io dovevo andare a prendere mio figlio a scuola, mi umiliavo davanti alle maestre, all'inizio eravamo amiche ma poi, quando è subentrata una nuova collega, le cose sono cambiate, andavo persino da uno psicologo ero vittima di mobbing, ho rischiato la depressione, non ne potevo più e me ne sono andata, penso che sia dipeso dal fatto che sono straniera, che sono una rumena che se la cava con la contabilità, è stata davvero dura non è facile con uno stipendio solo, abbiamo il mutuo della casa e due figli da mantenere, spero di trovare presto un lavoro anche se la situazione qui in Italia non è delle migliori.

Dopo qualche mese ho saputo che anche la mia collega, l'unica con cui avevo un legame di amicizia si è licenziata, lei mi aveva consigliato i medici a cui fare riferimento, di fare ricorso alla legge 104 per Antonio, mi ha aiutata e mi è stata vicina. La nostra non è una situazione facile, spero nel futuro dei miei figli, che possano avere il meglio ed essere felici.

10. Conclusioni

Il percorso analizzato nel seguente elaborato si presenta ricco di concetti e argomenti importanti e oltretutto molto attuali.

Il diritto alla salute è tra i principi fondamentali della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. Tale Dichiarazione, i Patti Internazionali e le successive Convenzioni Internazionali “definiscono i parametri giuridici che dovrebbero avere valore universale e avere come beneficiari gli abitanti della terra²²”.

Da questo presupposto ho iniziato a scrivere e a pensare al mio elaborato, ho voluto approfondire un determinato aspetto, vale a dire come le persone straniere residenti nella mia regione Friuli Venezia Giulia ed in particolare nel mio Comune, abbiano reagito di fronte ad un problema correlato alla mancanza di salute che li ha portati poi ad acquisire una disabilità più o meno grave.

Quali sono state le difficoltà, le paure, le angosce?

A quali figure, professionali e non, hanno fatto riferimento?

Quali sono stati i servizi presenti sul territorio indispensabili a far fronte a questi problemi?

Ho ritenuto opportuno valutare tali quesiti in una prospettiva ampia che racchiudesse al suo interno anche le normative vigenti e di riferimento in materia di salute ed immigrazione.

Infatti, per quanto concerne l'attuale legislazione italiana, la tutela e il diritto alla salute sono sanciti nell'articolo 32 della Costituzione Italiana, il concetto di salute è riconducibile al concetto di stato, vale a dire una condizione di benessere da conservare nel tempo. Il suddetto diritto, inoltre, non può subire limitazioni fondate sulla cittadinanza; questo è uno dei punti chiave emersi nell'elaborato, in quanto il contesto legislativo risulta innovativo, ben articolato e garantista, la sua reale fruibilità è tuttora problematica, in quanto condizionata sia dal particolare stato di debolezza giuridica dei destinatari sia dalle problematiche erogative; quest'ultimo punto potrebbe essere riconducibile al decentramento regionale.

²² A. Cassese, *I diritti umani oggi*, Roma, 2005.

Dal concetto di salute e dunque di benessere psico-fisico, sono scesa nel dettaglio riflettendo sul disagio causato dalla mancanza di salute e più precisamente sul problema della disabilità riportando un pilastro normativo, quale la legge n. 104 del 1992, in cui vengono garantiti il rispetto della dignità umana, i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, viene inoltre promossa la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società. Nei soggetti aventi diritto si ricorda che la suddetta legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale; ho poi riportato l'ultimo d.lg n. 286/1998 in cui gli immigrati in condizioni di regolarità giuridica vengono inclusi a pieno titolo a parità di condizioni e opportunità, è stato importante far riferimento a questa legge in particolare, affinché appaia più chiaro il sentiero che stiamo percorrendo con le dovute limitazioni e opportunità, la salute viene garantita dallo Stato a tutti, senza badare alla nazionalità, piuttosto che alla lingua, piuttosto che alla cultura diversa, fondamentale è capire se tale principio viene effettivamente assicurato. Purtroppo le persone straniere senza regolare permesso di soggiorno si trovano in una condizione di doppio svantaggio, in quanto, oltre ad essere in un Paese che non è il loro, si trovano davanti al rischio di essere espulse perché categorizzate come clandestine.

Dalle testimonianze raccolte, poche ma a mio avviso significative, il problema della diversità culturale e linguistica riemerge spesso e non risultano essere questioni da tralasciare; il non capire completamente le parole dello specialista che ci sta di fronte e che ci sta spiegando un concetto delicato inerente la nostra salute, non può essere trattato marginalmente. È infatti compito degli Enti Locali, delle Province e delle Regioni diffondere informazioni utili per facilitare l'inserimento positivo nella società italiana, favorire attività per effettuare corsi di lingua e cultura di origine degli stranieri oltre che stipulare convenzioni con determinate associazioni per utilizzare all'interno dei propri uffici i mediatori interculturali; da alcuni di questi compiti elencati ho analizzato le azioni svolte dai servizi nel territorio di mio interesse, ho preso in esame quelli più accessibili e frequentati dal cittadino, il Distretto Sanitario, l'ospedale, l'azienda sanitaria, mi sono soffermata nel spiegare le modalità di accesso a tali strutture e quelle di scelta del medico di base e del pediatra per i più piccoli, dalle storie riportate emerge che sia il medico di medicina generale che l'assistente sociale in primis sono le figure chiave e più rilevanti nell'accompagnare il cittadino nel mondo più

articolato dei servizi pubblici. Le strutture sono facilmente visibili e accessibili anche con l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici, il punto di forza è dato dal fatto che la città di Udine è abbastanza piccola e non risultano difficoltosi i movimenti in città. Prima di aver preso in esame i servizi con le loro caratteristiche e fruibilità, ho riportato i dati raccolti dall'ultimo Piano di zona stilato dall'Ambito Socio Assistenziale Udinese, affinché fosse chiaro al lettore la composizione e la diversità del tessuto sociale, ne è emersa una popolazione relativamente anziana con un disequilibrio tra i minori più piccoli e gli anziani. Guardare al territorio con l'occhio analitico fornitoci dai dati, ci consente di mettere in relazione ciò che viene offerto ai cittadini residente in un particolare contesto e ci conduce nella comprensione, oltre che dell'offerta, dei bisogni di questi ultimi in quanto essi variano: a seconda dell'età, della nazionalità e dai luoghi in cui risiedono; implementare servizi piuttosto che altri è una mossa astuta per tutelare il cittadino, questo deve essere poi attivo nelle decisioni pubbliche e non risultare mero fruitore, importante il concetto di cittadinanza attiva conscia e preparata che sappia entrare in campo nei momenti decisivi che la riguardano; sul nostro territorio le informazioni e le possibilità di partecipazione vengono tenute in considerazione, specialmente dopo la legge 328 del 2000, che come importante innovazione vanta l'elaborazione dei Piani di zona, in cui viene riportata la partecipazione e il coinvolgimento di diversi attori quali operatori di servizi socio-sanitari, il terzo settore e i cittadini. Solo attraverso la consapevolezza si arriverà ad una maggiore accettazione e rispettosità nei confronti del cittadino straniero che risiede nel nostro territorio e che usufruisce di Servizi al quale anche loro contribuiscono attraverso la manodopera che rafforza non poco il capitale umano del nostro sistema di sicurezza sociale.

La presenza di utenza immigrata, nei servizi e nelle strutture per la salute, determina delle trasformazioni che riguardano le pratiche di cura: il modello di funzionamento delle organizzazioni nelle sue diverse dimensioni, le professioni per la salute, nonché le culture organizzative. Inoltre accedere a strutture di welfare sanitario in un nuovo contesto incide direttamente sui comportamenti di salute dei singoli immigrati²³.

Questi rappresentano inoltre una sfida notevole per le organizzazioni sanitarie, le quali per rispondere a nuove necessità, sono chiamate ad adeguarsi sul piano della prassi e

²³ Tognetti Bordogna M, *gli immigrati tra innovazione organizzativa e cambiamenti culturali*, in Sociologia del Lavoro, 2011.

delle procedure, mettendo in atto a volte comportamenti virtuosi, altre volte comportamenti di irrigidimento operativo allontanando i nuovi utenti.

Nei sistemi sanitari la presenza di quelli che chiamiamo nuovi utenti, cioè gli immigrati, ha prodotto e determinato, in molte realtà organizzative, una forte innovazione, sul versante delle procedure come nelle pratiche operative, , nelle modalità di interazione tra pazienti ed operatori, nell'importanza di fare rete tra sistemi, anche di natura diversa. Tale presenza spinge dunque i sistemi organizzativi e i diversi attori, che in essi operano, ad un ripensamento, sia delle modalità di funzionamento, sia del sapere professionale esperienziale, ed a mettere in atto strategie di negoziazione, non solo nei confronti dell'utenza, ma anche dei colleghi e delle singole unità operative. Vanno poi adottate nuove strategie di collaborazione e condivisione di saperi, non tanto per neutralizzare l'utenza ma per accoglierla in modo più adeguato e culturalmente coerente.

Gli utenti immigrati dei servizi, oltre a costituire una novità di per sé, rappresentano anche per il tipo di relazione che intrattengono con i servizi sanitari un elemento di innovazione per i sistemi organizzativi. I Servizi vivono una importante occasione di apprendimento di nuove regole organizzative e di conformazione di comportamenti sanitari e partecipativi. La differenza in positivo o in negativo, è determinata dagli operatori i quali agiscono in modo flessibile o in modo rigido respingendo l'utenza, richiamandosi a protocolli predefiniti o fingendo di dimenticarsi di essi, evidenziando così non solo una forte flessibilità o rigidità organizzativa ma anche le capacità delle organizzazioni di apprendere continuamente. Alcuni servizi infatti colgono l'occasione della nuova utenza per mettere in atto strategie di ripensamento e di riorganizzazione, altri invece elevano barriere protettive di tipo burocratico. Più disponibili e aperti i servizi di base, meno propensi i servizi specialistici o di urgenza²⁴.

Rileggendo e soffermandomi poi, sui fattori di rischio che possono interessare la popolazione straniera del territorio nazionale non possiamo tralasciare il fatto che sia indubbio che essi incontrino numerosi ostacoli nell'accedere alle cure sanitarie, sono presenti barriere giuridiche, culturali ed economiche.

Le persone che mi hanno offerto il loro contributo per la stesura dell'elaborato, non hanno avuto timore nell'affermare e nel confermare tali barriere, Sergio sottolinea il

²⁴ Tognetti Bordogna M., *i colori del welfare*, Milano, FrancoAngeli, 2004.

problema della lingua e della difficoltà nell'apprendere determinati concetti, Valeria ricorda l'importanza di avere una persona di fiducia a cui rivolgersi nel momento del bisogno, nel suo caso un medico conosciuto e stimato nell'ambiente ospedaliero, dalle sue parole è chiaro che se non avesse avuto il suo "angelo custode" la sua malattia non sarebbe stata presa in considerazione come avrebbe invece dovuto essere; Daniela ricorda con rancore e tristezza la separazione dal figlio e l'attesa dei documenti necessari per effettuare il ricongiungimento familiare, la sua storia è intensa e commovente, la certezza di avere un figlio con la patologia dell'xfragile l'ha segnata profondamente, nel suo caso specifico non si denota un'aperta fiducia nel personale medico, ci sono rimproveri dovuti, a suo avviso, alla mancanza di professionalità e interesse nei confronti del piccolo, qui oltre ad emergere un problema culturale riaffiora l'indiscusso legame tra madre e figlio, una madre disposta a rinunciare a tutto, al suo paese d'origine, alla sua casa, per intraprendere un viaggio verso l'ignoto con l'unico obiettivo di dare una chance in più al piccolo Antonio, essere poi travolti da una diagnosi così devastante e definitiva penso non sia facile per nessuna madre al mondo, indipendentemente dalla nazionalità, dalla cultura e dalla lingua. Entrambe le donne protagoniste sono state inizialmente aidate da vicini di casa e conoscenti, poi introdotte nel mondo dei servizi, prima nel Comune con l'assistente sociale, poi nell'ambiente sanitario. Unanime la decisione di restare in Italia per ricevere le cure necessarie, dopo un lungo periodo di permanenza sul nostro territorio risulta inutile se non impossibile tornare indietro nel proprio Paese d'origine in cui la sanità è a pagamento e non sempre garantita, le strutture all'avanguardia sono poche ed inaccessibili e i medicinali hanno un costo non irrisorio. Riaffiora nelle loro parole la difficoltà di adattamento soprattutto nei periodi iniziali, quando risulta tutto nuovo e anche più complicato del previsto. La presenza di una persona disponibile ed amica è senza dubbio fondamentale per imparare a conoscere il territorio e le figure professionali a cui rivolgersi, saranno poi queste ultime a dimostrare la capacità di instaurare un rapporto basato sulla fiducia e il rispetto.

Nei racconti riportati mi ha stupito la forza di volontà di queste persone, la capacità di far fronte al dolore, alla sofferenza e alle difficoltà, in loro è sempre viva la speranza che la situazioni miglino e che tutti gli sforzi da loro compiuti non siano stati vani. Specialmente Daniela e Valeria hanno dimostrato una forza interiore notevole, una

fiducia nel futuro per i loro figli, affinché possano essere felici e ben integrati. Il rapporto tra i tre protagonisti e le strutture prese in esame è stato intenso e costante, nonostante alcune perplessità hanno confermato di essere soddisfatti del sistema sanitario nazionale e questo penso sia dovuto al fatto che loro in primis possono permettersi di fare confronti con quelli presenti nel Paese d'origine, hanno tutti ribadito, specialmente Daniela e Valeria, l'importanza di avere una persona amica a cui confidarsi e chiedere aiuto.

Concludendo si può affermare che le storie citate sono state utili a fornire, sia alla sottoscritta che penso e spero al lettore, un punto di vista diverso, uno sguardo distinto su ciò che il nostro territorio offre, potendo paragonarlo al loro; si è compreso che di fronte alla malattia siamo tutti, indistintamente, spaventati, preoccupati e dubbiosi e questo non è un concetto da tralasciare, è vero, ci possono essere ostacoli economici, giuridici e culturali ma saldo è il mio pensiero e la mia idea che la salute sia un bene indiscutibile, un diritto da garantire a tutti gli essere umani, ognuno di noi dovrebbe soffermarsi sulla fortuna di possedere un bene così prezioso da conservare e difendere, ognuno di noi dovrebbe credere che tale diritto debba essere esteso a tutti, non deve essere un documento piuttosto che una amicizia piuttosto che un'incomprensione linguistica a limitare tale diritto.

11. Appendice

1. POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE N. 4.5 DELL'UDINESE 2006/2011

COMUNE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Var.% pop. tra 2006 e 2011
CAMPOFORMIDO	7.458	7.562	7.628	7.676	7.771	7.755	4,0
MARTIGNACCO	5.821	6.111	6.305	6.620	6.752	6.848	17,6
PAGNACCO	4.858	4.868	4.916	5.002	5.037	5.055	4,1
PASIAN DI PRATO	8.945	9.080	9.187	9.264	9.317	9.432	5,4
PAVIA DI UDINE	5.665	5.734	5.772	5.813	5.736	5.740	1,3
POZZUOLO DEL FRIULI	6.722	6.808	6.934	6.937	6.909	6.895	2,6
PRADAMANO	3.310	3.430	3.479	3.552	3.566	3.560	7,6
TAVAGNACCO	13.783	13.985	14.205	14.290	14.441	14.620	6,1
UDINE	96.750	97.880	99.071	99.439	99.627	99.910	3,3
Totale Ambito	153.312	155.458	157.497	158.593	159.156	159.815	4,2

Fonti: elaborazione Osservatorio Politiche Sociali Provincia di Udine su dati Demo Istat per il periodo 2006-2010; Comuni dell'Ambito Distrettuale dell'Udinese per il 2011.

Note: dati al 31 dicembre di ciascun anno

2. DETTAGLIO SU MACRO FASCE D'ETA' DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI DELL'AMBITO 4.5 DI UDINE. DATI 2011

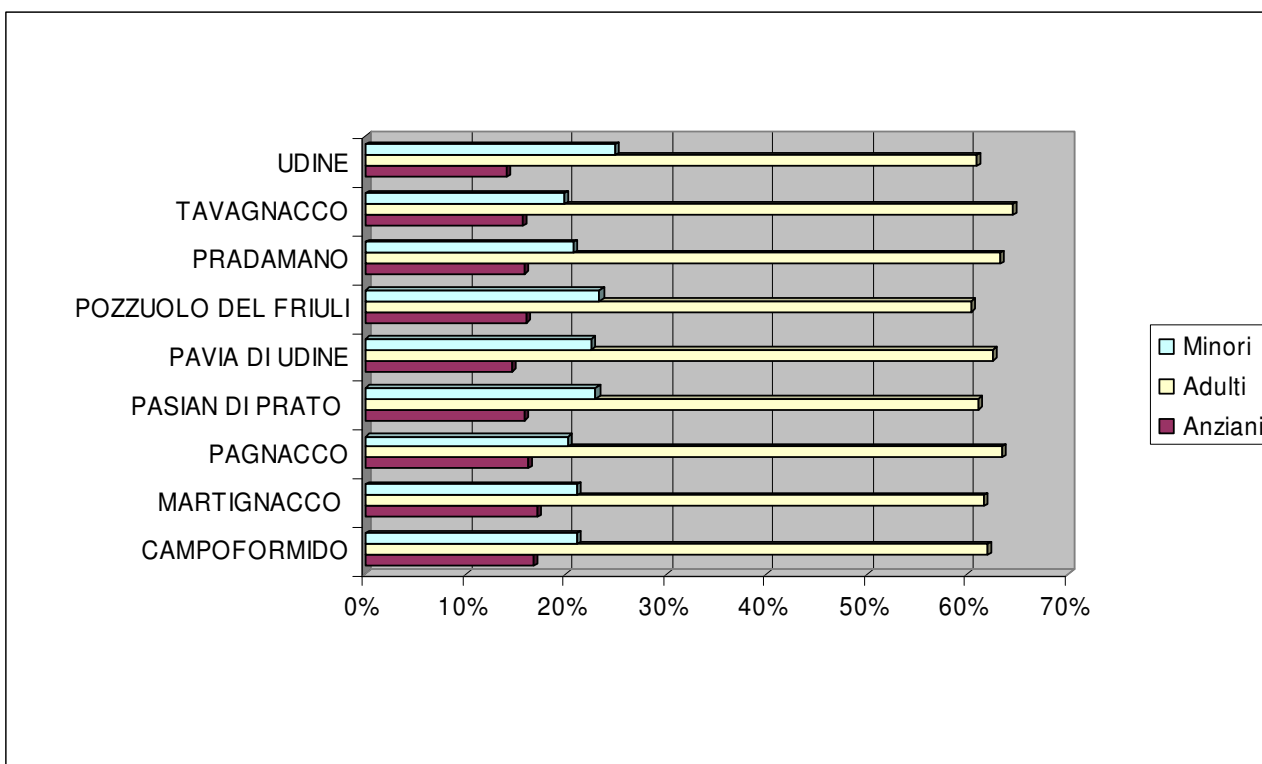
1. Fasce d'età in valore assoluto per ogni Comune

	MINORI	ADULTI	ANZIANI	TOTALE
CAMPOFORMIDO	1301	4809	1645	7755
MARTIGNACCO	1179	4218	1451	6848
PAGNACCO	821	3207	1027	5055
PASIAN DI PRATO	1497	5763	2172	9432
PAVIA DI UDINE	846	3594	1300	5740
POZZUOLO DEL FRIULI	1114	4168	1613	6895
PRADAMANO	568	2254	738	3560
TAVAGNACCO	2294	9428	2898	14620
UDINE	14118	60929	24863	99910
AMBITO	23738	98370	37707	159815

2. Fasce d'età in valore percentuale per ogni Comune

2. Fasce d'età in valore percentuale per ogni Comune

	MINORI %	ADULTI %	ANZIANI%	TOTALE
CAMPOFORMIDO	17%	62%	21%	100%
MARTIGNACCO	17%	62%	21%	100%
PAGNACCO	16%	63%	20%	100%
PASIAN DI PRATO	16%	61%	23%	100%
PAVIA DI UDINE	15%	63%	23%	100%
POZZUOLO DEL FRIULI	16%	60%	23%	100%
PRADAMANO	16%	63%	21%	100%
TAVAGNACCO	16%	64%	20%	100%
UDINE	14%	61%	25%	100%
AMBITO	15%	62%	24%	100%



3. Fasce d'età in valore percentuale di ogni Comune rispetto all'Ambito

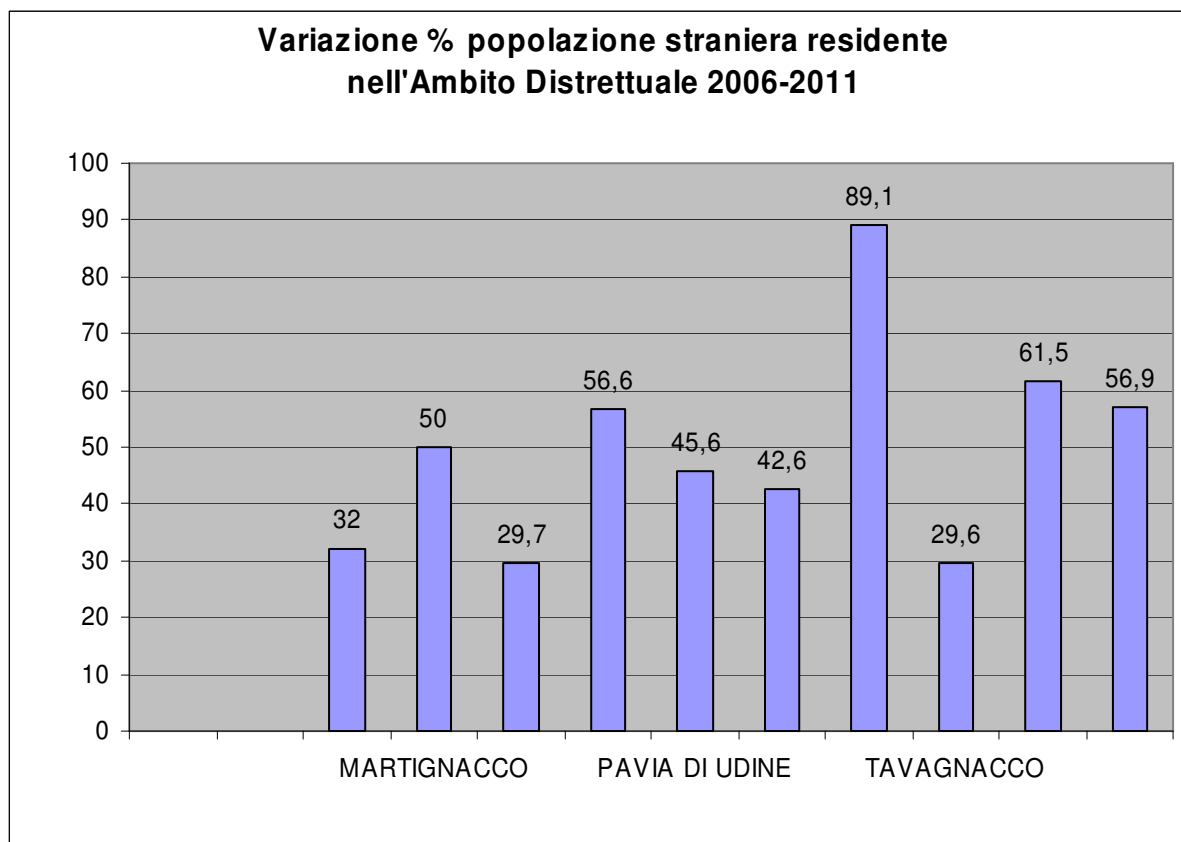
	MINORI %	ADULTI %	ANZIANI%
CAMPOFORMIDO	5,5%	4,9%	4,4%
MARTIGNACCO	5,0%	4,3%	3,8%
PAGNACCO	3,5%	3,3%	2,7%
PASIAN DI PRATO	6,3%	5,9%	5,8%
PAVIA DI UDINE	3,6%	3,7%	3,4%
POZZUOLO DEL FRIULI	4,7%	4,2%	4,3%
PRADAMANO	2,4%	2,3%	2,0%
TAVAGNACCO	9,7%	9,6%	7,7%
UDINE	59,5%	61,9%	65,9%
AMBITO	100,0%	100,0%	100,0%

4. POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE NEI COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE N. 4.5 DELL'UDINESE 2006-2011

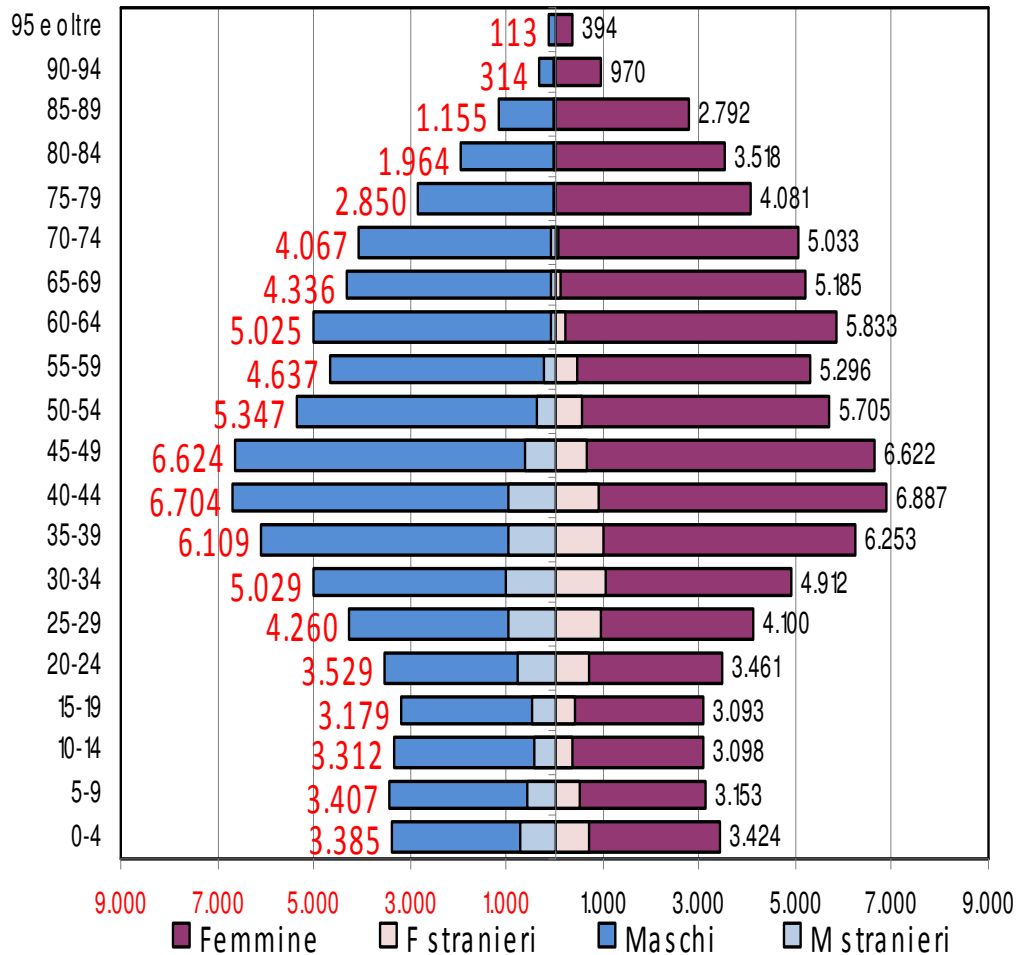
COMUNE	2006	2010		Var. ass. stranieri 2006-2010	Var. % stranieri 2006-2010
		Stranieri	% stranieri su tot. pop.		
CAMPOFORMIDO	372	518	6,7	146	39,2
MARTIGNACCO	198	288	4,3	90	45,5
PAGNACCO	118	145	2,9	27	22,9
PASIAN DI PRATO	470	670	7,2	200	42,6
PAVIA DI UDINE	270	388	6,8	118	43,7
POZZUOLO DEL FRIULI	378	517	7,5	139	36,8
PRADAMANO	92	169	4,7	77	83,7
TAVAGNACCO	751	920	6,4	169	22,5
UDINE	8.812	13.488	13,5	4676	53,1
Totale Ambito	11.461	17.103	10,7	5.642	49,2
Provincia di Udine	26.680	39.326	7,3	12.646	47,4
Regione FVG	72.462	105.286	8,5	32.824	45,3

Fonte: elaborazione Osservatorio Politiche Sociali Provincia di Udine su dati Demo Istat

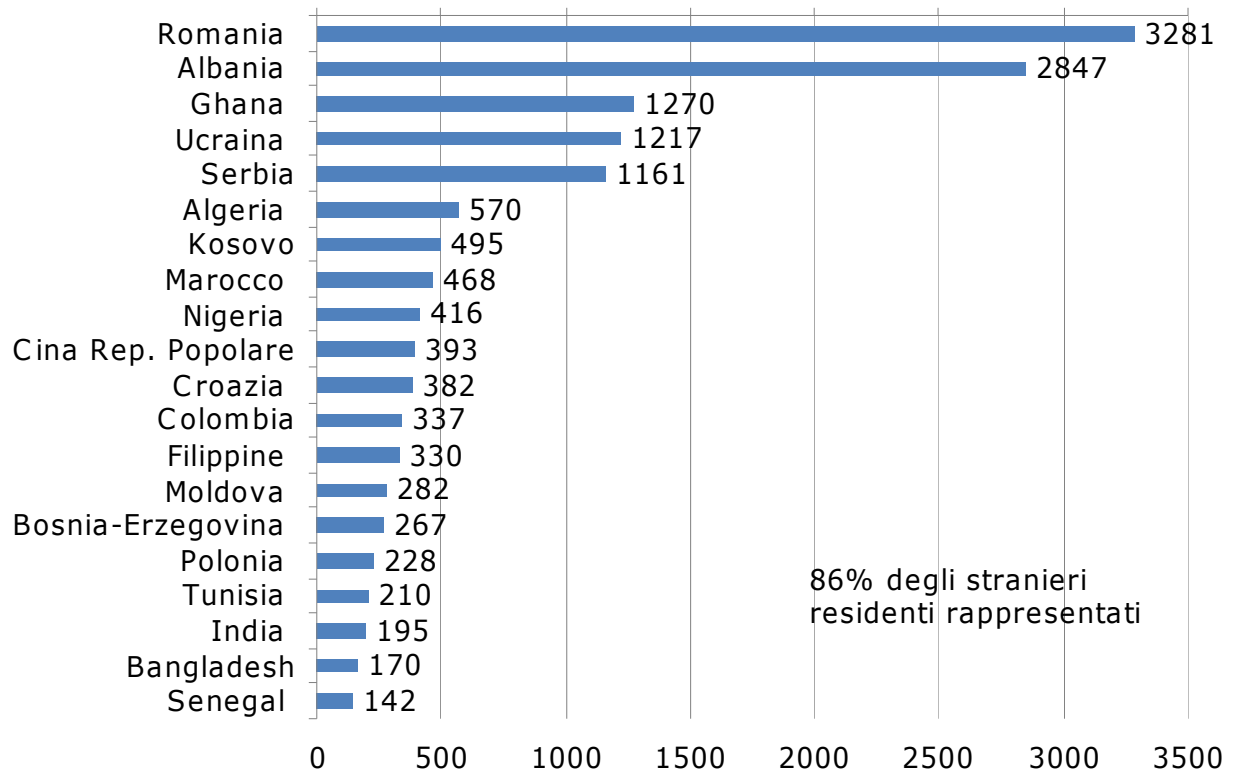
COMUNE	2006	2011		Var. ass. stranieri 2006-2011	Var. % stranieri 2006-2011	tot. pop. resid.
		Stranieri res.	% stranieri su tot. pop.			
CAMPOFORMIDO	372	491	6,3	119	32,0	7.755
MARTIGNACCO	198	297	4,3	99	50	6.848
PAGNACCO	118	153	3,0	35	29,7	5.055
PASIAN DI PRATO	470	736	7,8	266	56,6	9.432
PAVIA DI UDINE	270	393	6,8	123	45,6	5.740
POZZUOLO DEL FRIULI	378	539	7,8	161	42,6	6.895
PRADAMANO	92	174	4,9	82	89,1	3.560
TAVAGNACCO	751	973	6,7	222	29,6	14.620
UDINE	8.812	14.229	14,2	5.417	61,5	99.910
Totale Ambito	11.461	17.985	11,3	5.642	56,9	159.815



**5. PIRAMIDE DELL'ETA' DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE
NELL'AMBITO DISTRETTUALE 4.5 DI UDINE, DI CUI STRANIERI AL
CENTRO, AL 31 DICEMBRE 2010**



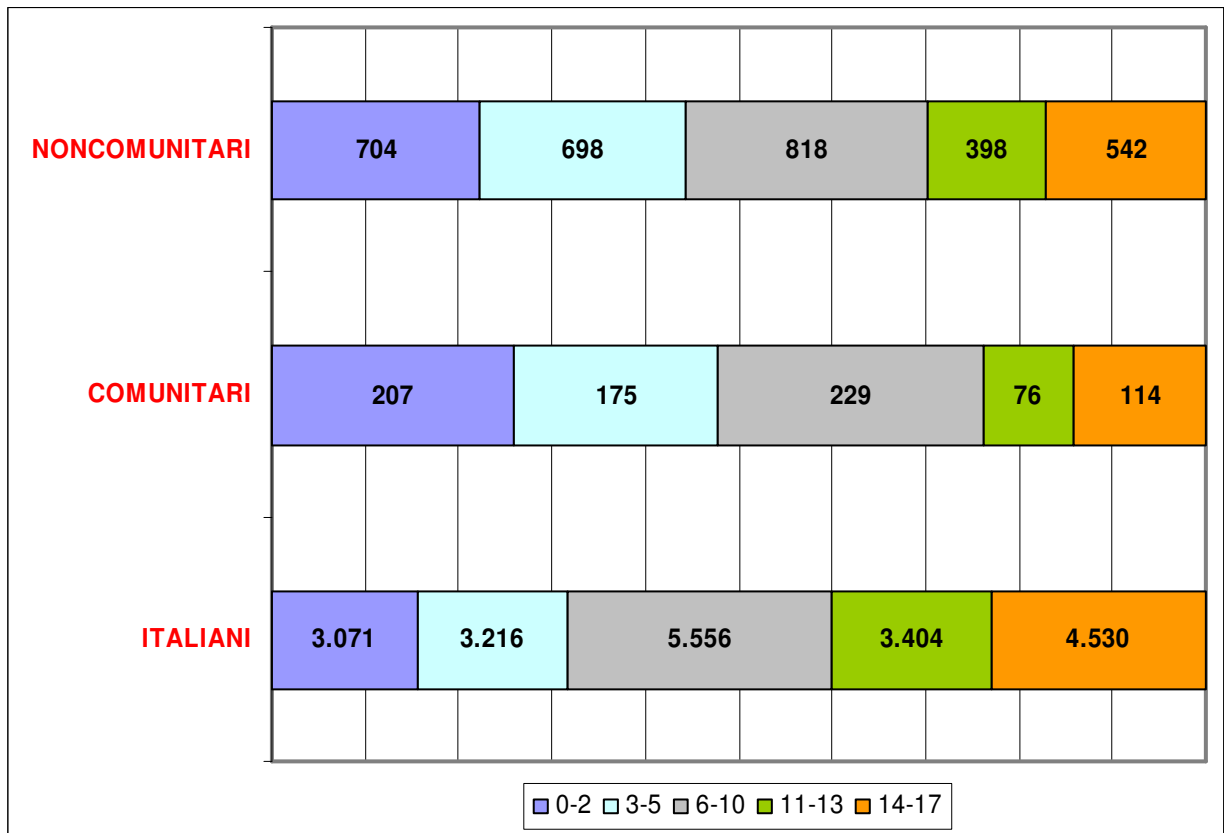
**6. PRINCIPALI NAZIONALITA' DELLA POPOLAZIONE STRANIERA
RESIDENTE NELL'AMBITO DISTRETTUALE N. 4.5 DELL'UDINESE - ANNO
2010**



Fonte: elaborazione Osservatorio Politiche Sociali Provincia di Udine su dati Demo Istat

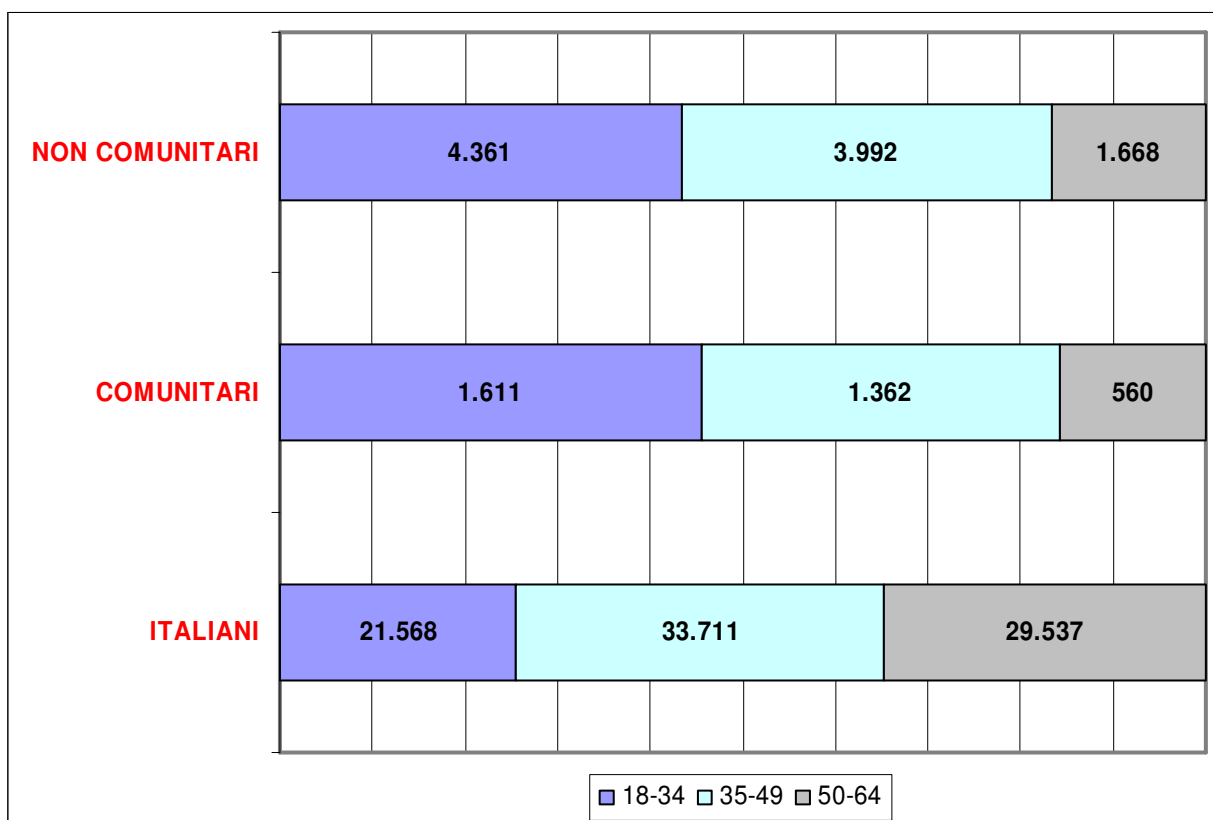
MINORI DELL'AMBITO PER FASCE D'ETA' E PER CITTADINANZA

COMUNITARI	NONCOMUNITARI	TOT
207	704	3.982
175	698	4.089
229	818	6.603
76	398	3.878
114	542	5.186
801	3.160	23.738



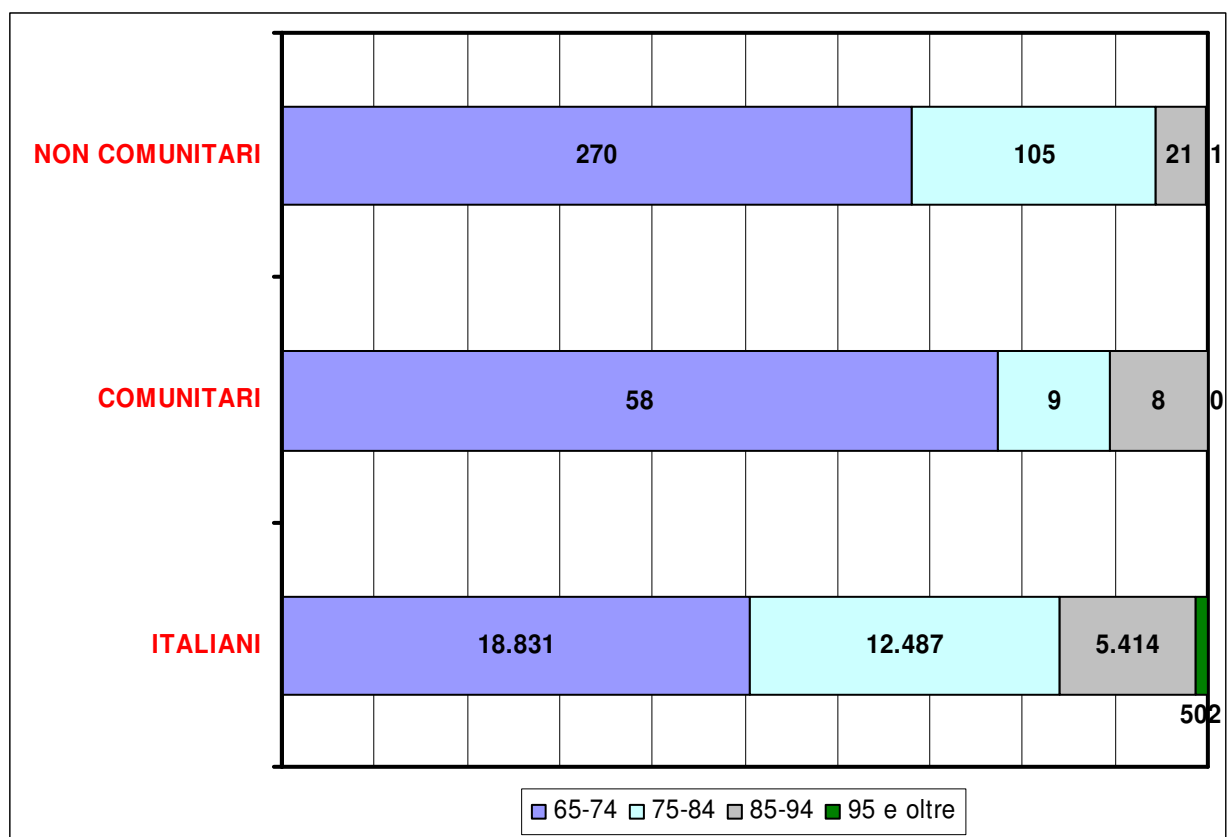
ADULTI DELL'AMBITO PER FASCE D'ETA' E PER CITTADINANZA

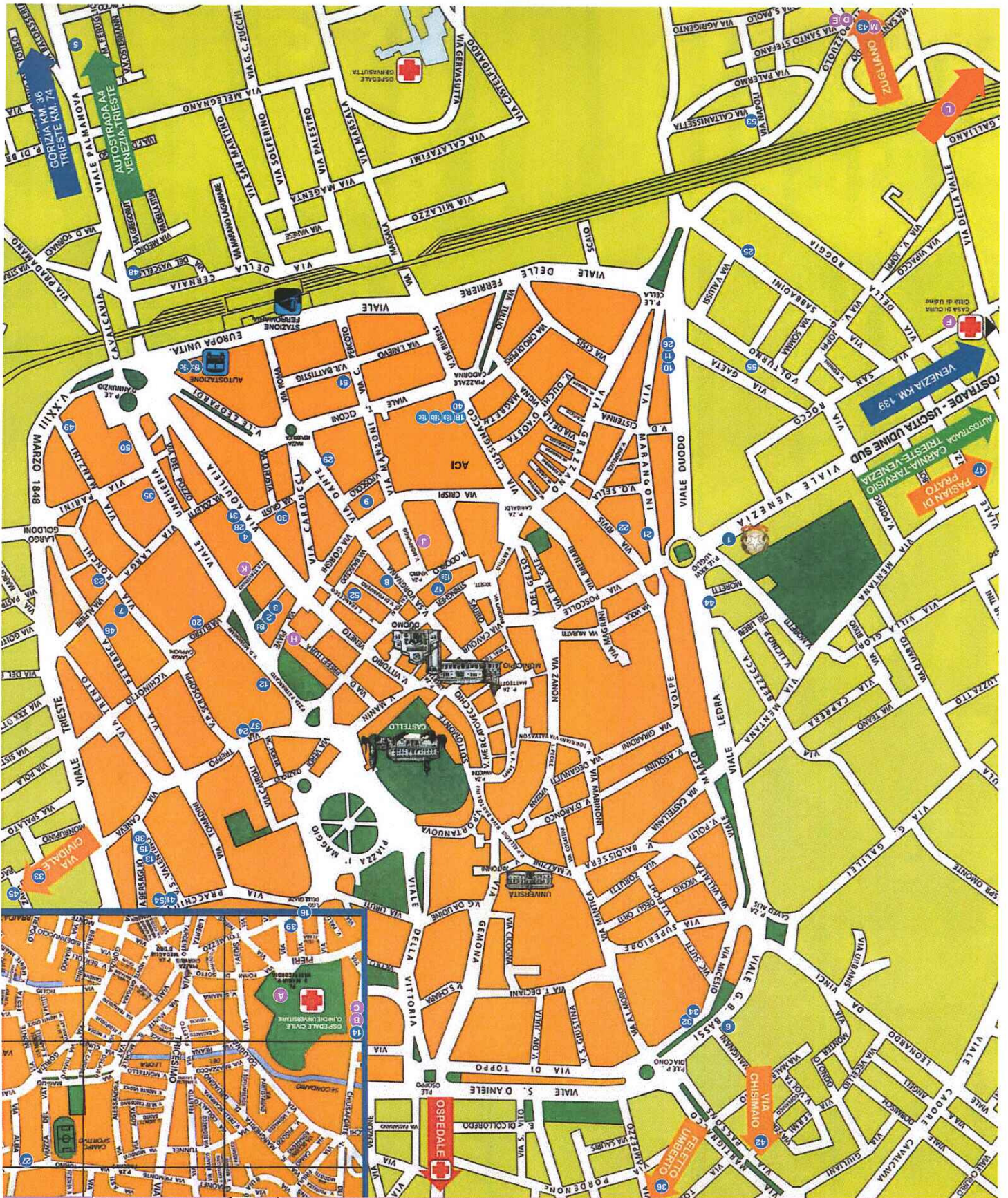
COMUNITARI	NON COMUNITARI	TOT
1.611	4.361	27.540
1.362	3.992	39.065
560	1.668	31.765
3.533	10.021	98.370



ANZIANI DELL'AMBITO PER FASCE D'ETA' E PER CITTADINANZA

COMUNITARI	NON COMUNITARI	TOT
58	270	19.159
9	105	12.601
8	21	5.443
0	1	503
75	397	37.706





SERVIZI
SPORTELLI
NUMERI UTILI

Guida ai Servizi
con mappa della città di Udine

NUMERI UTILI

GIUSTIZIA PENALE
Ufficio di Udine
Via F.lli. Rossini, 100 | Tel. 0432/806776 | Fax 0432/806773
Servizi telefonici dalle 9:00 alle 19:00

FORNITURA GAS
Energia Gas Udine
Primo intervento 0432/525257
Numero verde 800-000000
Chiamata gratuita al numero verde 800-000000

EMERGENZA SANITARIA
In caso di grave emergenza
Numero verde 800-015555

CAMERABILI
Primo intervento 119
Numero verde 800-015555

POLIZIA DI STATO
Primo intervento 115
Numero verde 800-015555
www.poliziadistato.it

NUMERI UTILI
Primo intervento 115
Numero verde 800-015555
www.numeriutili.it

ENERGIA ELETTRICA
Primo intervento 115
Numero verde 800-015555
www.energiaditalia.it

TRASPORTI PUBBLICI
Primo intervento 115
Numero verde 800-015555
www.tsp.it

TIEMM (bonifiche private)
Primo intervento 115
Numero verde 800-015555
www.tiemm.it

DIPARTIMENTO PIRE OPPIUMITALIA
Primo intervento 115
Numero verde 800-015555
www.pireoppiumitalia.it

1522
Primo intervento 115
Numero verde 800-015555
www.1522.it

ANTITUMULTI
Primo intervento 115
Numero verde 800-015555
www.antitumulti.it

Informazioni e supporto alle vittime di discriminazione sessuale, lavoro, violenza, omosessualità, transessualità
www.1522.it
www.1522.it
www.1522.it

12. Ringraziamenti

Un ringraziamento di cuore è rivolto ai miei genitori, per l'affetto, la comprensione, la stima e la fiducia che mi hanno dimostrato e che dimostrano tutt'ora, la loro presenza è per me indispensabile e vitale, senza il loro supporto non avrei portato a termine iniziative intraprese in passato. L'elaborato tratta il concetto di salute, un bene importante che tutti noi dovremmo apprezzare e conservare, per questo, parte di esso è dedicato a mia madre e a tutti coloro i quali nel corso della vita hanno provato personalmente la mancanza di questo bene così prezioso, che hanno avuto paura, che hanno sofferto ma che alla fine combattendo e stringendo i denti sono riusciti a superare le difficoltà, il dolore, l'angoscia.

Ringrazio le persone che si sono rese disponibili nel raccontare la propria storia di vita, senza il loro contributo non sarei riuscita a portare a termine questo scritto. Ringrazio la collega e amica Dott.ssa Danila D'Antonio per la sua comprensione, disponibilità e prontezza, per la fiducia nelle mie capacità, per la volontà innata di aiutare e credere nel prossimo.

Un grazie è rivolto a Matteo, il solo averlo accanto è per me indispensabile nell'affrontare i momenti più difficili e tristi in cui sarebbe più semplice gettare la spugna e abbandonare tutto, piuttosto che continuare a lottare ed andare avanti.

Ringrazio il Dott. Mauro Ferrari e la Dott.ssa Anna Colloredo per la disponibilità e per i consigli utili e preziosi.

13. Bibliografia

- A. Cassese, *I diritti umani oggi*, Roma, 2005.
- Battistella A., Ugo De Ambrogio, Emanuele Ranci Ortigosa, *Il Piano di zona, Costruzione, gestione, valutazione*, Roma, Carocci, 2011.
- Bianchi E., Dal Pra Ponticelli M. (a cura di), *Storie di lavoro nel servizio sociale*, Milano, Angeli, 1994
- Bonizzoni M., *Famiglie globali, le frontiere della maternità*, Novara, UTET, 2009.
- Caritas e Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione – 22° rapporto 2012*, Roma, 2012.
- CESPI, *Migrazioni di cura: l'impatto sul welfare e le risposte delle politiche*, Working Paper, 40/2008.
- Corradi L., *Salute e ambiente diversità e disuguaglianze sociali*, Roma, Carocci, 2008.
- Distretto di Udine, *Piano di zona 2009-2011*, Udine 2011.
- Geraci, S., *La sindrome di Salgari 20 anni dopo*, Janus.Medicina: cultura, culture,(2006).
- Geraci S., *la medicina delle migrazioni in Italia*, Studi Emigrazione, 2005.
- Giunti S., *Jura Gentium*, rivista filosofica del diritto internazionale e della politica globale, 2011.
- Mauro Ferrari, *La frontiera interna, welfare locale e politiche sociali*, Accademia Universa.
- Morozzo della Rocca P. (a cura di), *Immigrazione e cittadinanza, profili normativi e orientamenti giurisprudenziali*, Milano, UTET, 2008.
- Nascimbene, “*Diritto degli stranieri*”, Padova, 2004.
- R. Catanzaro e A. Colombo, *Badanti and Co. il lavoro domestico straniero in Italia*, il Mulino, Bologna, 2009
- R. Libanora (a cura di), *Immigrazione e salute: politiche sanitarie inclusive ed il nodo dell'accessibilità*, Dossier Umanamente, 2010.
- Sayad A. *La doppia assenza*, Milano, Il Saggiatore, 2002.
- Scavi M., *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Milano, Bruno Mondadori, 2003.

Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, art. 41, d.lg. 25.7.1998, n. 286.

Tognetti Bordogna M, *gli immigrati tra innovazione organizzativa e cambiamenti culturali*, in Sociologia del Lavoro, 2011.

Tognetti Bordogna M., *I colori del welfare*, Milano, FrancoAngeli, 2004.