

*Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali*

A. Corcione, D. Maddaloni, M. Pipolo, G. Ponzini

**Welfare locale e servizi per gli immigrati in Italia:
la Campania**

*Paper presentato al convegno
“In Italia da terre lontane”
Roma, 12-13 maggio 2003*

1. Introduzione

Questo paper riporta sinteticamente i risultati di una ricerca sul tema dei servizi di welfare per gli immigrati, condotta nell'ambito del progetto coordinato "la stabilizzazione dell'immigrazione in Italia: indicatori, prospettive, politiche sociali", finanziato dal programma Agenzia 2000¹.

L'indagine è stata condotta attraverso l'effettuazione di alcune interviste, parte ad esperti del settore e parte ad operatori dei servizi rivolti agli immigrati. L'elenco degli intervistati è riportato alla fine del testo. Nelle pagine che seguono, il riferimento alle interviste è indicato riportando, tra parentesi, il numero d'ordine dell'intervista citata.

Il lavoro è diviso in tre parti, dedicate rispettivamente alle politiche regionali per l'immigrazione (curata da D. Maddaloni), alla tutela sanitaria per gli immigrati (curata da A. Corcione) ed ai servizi specificamente rivolti agli immigrati (curata da M. Pipolo). G. Ponzini ha coordinato l'intera ricerca ed ha curato la stesura definitiva del testo.

2. Il caso della Campania

Come è noto, l'ordinamento vigente in materia di integrazione sociale degli immigrati attribuisce alla Regione un ruolo cruciale nel definire i lineamenti fondamentali della politica sociale delle autonomie locali in questo settore. Ruolo cruciale dal momento che, come è stato posto in rilievo da alcuni (Caponio 2002) l'*immigrant policy* costituisce un oggetto estremamente complesso, non potendo essere né definita, né attuata, né valutata se non mediante la pratica costante dell'interdipendenza tra più livelli istituzionali – lo Stato, le Regioni, le Asl, le Province, i Comuni ecc. – e tra più settori della protezione sociale – l'abitazione, la sanità, il lavoro, l'educazione, l'assistenza ecc. -. Sotto entrambi i profili appare con evidenza il fatto che la Regione detiene una posizione fondamentale, già presidiata almeno a partire dagli anni '90 allorché, in seguito alla l. 39 del 1990, si registrò un primo momento di delega statale in materia di accoglienza e di inserimento lavorativo e sociale di immigrati e rifugiati, e dunque una prima ondata di innovazioni legislative regionali nel campo della politica sociale per gli immigrati.

In questo senso la Campania non costituisce affatto un'eccezione, dal momento che la legge regionale ancora vigente in materia di immigrazione, la n. 33 del 1994, è appunto il risultato di quello stadio di attivazione degli ordinamenti regionali. Va, peraltro, osservato che, come anche altre Regioni del nostro Paese e in particolare del Mezzogiorno, la Campania già disponeva di una legislazione in materia di immigrazione *ed emigrazione*, risalente al 1984, reperto di un'epoca storica ormai passata eppure recente, nella quale fonte di disagio sociale e di preoccupazione politica era la mobilità territoriale degli Italiani, e in particolare dei meridionali, piuttosto che quella di cittadini di altri Paesi (Golini 2000; Pugliese 2002). Non a caso la legge in questione in realtà si occupava soprattutto della tutela dei cittadini della Campania all'estero, in sostanza trascurando le questioni legate all'immigrazione nella regione, che assumeranno rilevanza solamente nel corso degli anni '80 e, ancora più, degli anni

¹ Il progetto "la stabilizzazione dell'immigrazione in Italia: indicatori, prospettive, politiche sociali" è stato coordinato e diretto da Enrico Pugliese. L'unità operativa costituita presso la sezione Sistemi di welfare e politiche sociali dell'Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali del Cnr, che ha sviluppato l'indagine presentata in queste pagine, è stata composta da G. Ponzini (coordinatore), A. Corcione, D. Maddaloni e M. Pipolo.

'90, quando anche nelle regioni meridionali del nostro Paese si sarà formata una stabile presenza straniera .

Comunque, la ripartizione delle competenze in materia di *immigrant policy* tra lo Stato, la Regione e gli enti locali, se da una parte senza dubbio costituisce un fattore di complicazione nella formulazione, nella realizzazione, nella valutazione delle politiche (Mingione e Pugliese 2003), dall'altra altrettanto indubbiamente offre, nella logica che la Zincone (2000) ha definito "dell'integrazione indiretta", l'opportunità di modulare l'intensità e le caratteristiche degli interventi sociali in funzione delle esigenze espresse dal contesto sociale territoriale. Per esaminare la politica della Regione Campania sull'immigrazione, converrà dunque innanzitutto identificare quali attori sociali abbiano titoli per concorrere alla definizione, alla realizzazione, alla valutazione (in senso politico) delle misure rivolte all'integrazione degli immigrati in ambito regionale e, ancora più, locale.

Questi attori possono essere identificati innanzitutto nelle *coalizioni*, nei *partiti*, nei singoli *imprenditori politici* che offrono "soluzioni" al problema "immigrazione", le quali soluzioni tendono a distribuirsi lungo l'asse Destra/Sinistra, pur con qualche distinzione di grande rilevanza (Caponio 2002)². In secondo luogo è necessario considerare gli *apparati burocratici e di servizio* incaricati di realizzare le politiche, a proposito dei quali può essere forse ancora rilevante la classica distinzione tra modelli di azione universalistici e particolaristici, che nella letteratura sul Mezzogiorno è impiegata almeno dai tempi delle indagini sulla modernizzazione degli anni '60, e che in generale connota il sistema italiano di welfare in senso particolaristico, con un accesso ai benefici diversificato in ragione della famiglia, della rete di parentela o della clientela politica di appartenenza (Ascoli, a cura di, 1984). In terzo luogo occorrerà esaminare la *società civile*, etichetta generica che comprende in realtà una serie di attori di varia natura e diversa entità, e quindi con una differente capacità di influenzare le politiche pubbliche, e con interessi talvolta convergenti, qualche volta opposti. Qui è necessario considerare i *sindacati* orientati alla repressione del lavoro irregolare ed all'estensione delle tutele e dei diritti all'universalità dei lavoratori; gli *imprenditori* cui interessa la massima disponibilità di manodopera a basso costo, per quanto spesso possano essere interessati anche a livelli elevati di istruzione e di qualificazione; i *disoccupati* che temono, a torto o a ragione, la concorrenza degli immigrati in un mercato del lavoro che, nelle regioni del Sud, rimane ampiamente dominato dalla domanda; le *organizzazioni no profit* spinte dal movimento di *welfare retrenchment* da tempo in corso nelle società avanzate ad assumere una funzione di supplenza delle strutture pubbliche sempre più estesa ed articolata; per finire con le medesime *comunità degli immigrati*, che da una parte esprimono in maniera naturale specifici, sempre più diversificati modelli di emigrazione/immigrazione (Carchedi *et al.* 1999), dall'altra possono/non possono diventare snodi obbligati nella raccolta e nell'espressione della domanda sociale di inserimento e di partecipazione di cui gli immigrati paiono essere portatori.

A queste considerazioni occorre aggiungere che l'interazione storica tra le prime 4 classi di attori sociali – le forze politiche, gli apparati gestionali, i sindacati, gli imprenditori – ha generato, come già osservato altrove (cfr. sopra, paragrafo 1), un regime di protezione sociale fortemente centrato sulle garanzie associate al lavoro dipendente regolare. In sostanza, il modello italiano di welfare appare connotato sia

² Ad esempio, osserva la Caponio (ibidem), a destra vi può essere una dialettica vivace tra una posizione conservatrice orientata alla difesa dell'"identità" della nazione ed una invece liberale, polemica nei confronti di qualunque confine sia posto ai progetti individuali. A sinistra invece vi può essere competizione tra l'internazionalismo, tradizionale nel movimento operaio, ed atteggiamenti ed opinioni più attente alla difesa dello status giuridico e dei livelli di reddito dei lavoratori autoctoni.

dalla sua matrice “occupazionale mista” (Ferrera 1993) in termini di contributi, prestazioni e benefici, sia – come pure si è già detto sopra - dalla sua connotazione “particolaristico-clientelare” relativamente alla *policy implementation*.

Da ciò scaturiscono importanti conseguenze, che appaiono evidenti soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno “in ritardo di sviluppo” e “ad elevata disoccupazione” e in particolare in Campania. Dal primo aspetto deriva una tendenziale riduzione delle tutele e dei sostegni per i soggetti, sia cittadini italiani sia immigrati extracomunitari, che non possono vantare la relazione “normale” con il sistema di welfare assicurata dall’essere titolari di una posizione lavorativa stabile nell’economia regolare (3, 5, 6, 8, 14)³. Dal secondo aspetto deriva una ridotta presenza di attività di servizio – in quanto contrapposte a quelle amministrative – e di competenze professionali specifiche – in quanto contrapposte a quelle generiche -, in parte compensate dalla “buona volontà” di singoli esponenti politici, funzionari, impiegati, operatori dei servizi sociali, che sfruttano gli enormi ambiti di discrezionalità che si aprono nell’amministrazione di prestazioni e benefici, specialmente nei settori della sanità e dell’assistenza (Accorinti 2003)⁴. Ciò a fronte di una domanda sociale che, sulla problematica dell’immigrazione, rimane ampiamente inespressa, a causa della gracilità sia del terzo settore, il cui sviluppo a sua volta sembra molto legato ai favori delle autorità politiche e degli apparati amministrativi; sia delle comunità degli immigrati, che appaiono realtà tanto intraprendenti nel mondo dell’economia informale e sommersa quanto incapaci di intervenire positivamente nel dibattito politico regionale in materia di inclusione degli immigrati (2, 3, 5).

E’ in un simile contesto che si colloca la politica della Regione Campania nei confronti dell’immigrazione, che andremo ora ad esaminare con maggiore dettaglio. Come è noto, in seguito alle elezioni amministrative del 2000 la Campania è amministrata da una coalizione di centrosinistra guidata da Antonio Bassolino, esponente dei Democratici di Sinistra e già sindaco di Napoli. Nella Giunta regionale le competenze in materia di politiche sociali e del lavoro, comprese le questioni relative all’integrazione degli immigrati, sono di Adriana Buffardi, già dirigente dell’IRES-CGIL. Come già avvenuto nella sua precedente esperienza di governo al Comune di Napoli (Caponio 2002), Bassolino sembra attribuire una priorità elevata all’innovazione politica in materia di welfare e le novità, anche nel settore dell’immigrazione, non si fanno attendere. Tra il 2001 e il 2002 si varano 4 Piani d’intervento a favore delle immigrate e degli immigrati extracomunitari, che vengono riferiti agli anni finanziari 1999, 2000, 2001, 2002 e che impegnano le risorse del Fondo nazionale per le politiche d’integrazione previsto dal d. lgs. 286/1998 nella misura di circa 2,5 milioni di euro per ciascuna singola annualità. I Piani propongono un ventaglio di iniziative che cercano di coprire tutte le aree di potenziale disagio e rischio di esclusione, dalla prima accoglienza all’informazione sui diritti, dalla promozione culturale all’inserimento lavorativo, dalle pari opportunità alla

³ Da ciò nasce un “deficit di cittadinanza” giuridica, ma anche economica, sociale, culturale (Carchedi 2000) che sembra accomunare in una precarietà diffusa sia i vasti gruppi sociali di cittadini a rischio di esclusione sia gli immigrati extracomunitari. E’ importante notare che ciò non sembra produrre una spontanea, reciproca integrazione, quanto una convivenza (8) fondata sulla comunanza di condizioni e su qualche possibilità di attivare circuiti economici informali o illegali, ad esempio nel mercato delle abitazioni dei centri storici in degrado (6, 13) o nell’industria del falso (15), ma che non esclude né lo sfruttamento camorristico degli immigrati (3, 5) né episodi di intolleranza connessi alla crescita del disagio giovanile (7, 9, 13).

⁴ E’ importante ricordare che esiste anche il rovescio della medaglia. I margini di discrezionalità accordati, di diritto o per prassi, a strutture ed a funzionari pubblici che non appaiono soggetti ad una selezione e ad una valutazione basate sulla qualità delle prestazioni offerte e dei servizi erogati, si possono infatti tradurre sia in “normali” manifestazioni di incapacità professionale sia anche, di fronte a soggetti in condizioni di grande debolezza quali gli immigrati, in episodi di autentica discriminazione (1, 2, 3, 6, 12; cfr. anche Maddaloni 2001).

tutela dei minori, per finire più di recente con il sostegno alle associazioni di rappresentanza ed alla partecipazione. Essi prevedono inoltre la costituzione di un nucleo di monitoraggio con la finalità esplicita di confrontare i progetti inseriti nei Piani d'intervento con le realizzazioni concrete. Oltre a ciò, stando alle dichiarazioni pubbliche dei suoi esponenti sulla materia, la Giunta Bassolino, e in particolare l'Assessorato alle politiche sociali, sta elaborando una nuova legge sull'integrazione sociale degli immigrati, con il riconoscimento professionale del ruolo cruciale svolto dai mediatori socioculturali per un'efficace realizzazione degli interventi, e sta intervenendo presso le altre Regioni e il governo nazionale per il rifinanziamento del Fondo e per un maggiore impegno nel coordinamento degli interventi per l'inclusione degli immigrati (Buffardi 2002).

A confronto con l'inazione dei governi regionali precedenti, si tratta di una serie di misure e di iniziative politiche di grande rilievo, che certamente qualificano il processo di mutamento del sistema regionale di protezione sociale in senso innovatore, sia nel richiamo costante all'interdipendenza tra i momenti della programmazione e della verifica e tra livelli istituzionali ed agenzie coinvolte nella realizzazione degli interventi, sia nella connessione postulata, evidente già nell'accentramento delle competenze nelle mani della Buffardi, tra la politica sociale per gli immigrati e quella per i cittadini ed in maniera particolare per le fasce a rischio di esclusione sociale. Non vi è dubbio, insomma, che si tratti di una politica "di sinistra", fortemente connotata nel senso dell'estensione dei diritti di cittadinanza sociale a tutti i residenti, e che in questo caso il *cleavage* politico Destra/Sinistra funzioni ancora quale criterio di analisi del processo di sviluppo della politica sociale pubblica.

Tuttavia, per quanto sia ancora molto presto per azzardare giudizi dettagliati in merito all'efficienza ed all'efficacia degli interventi predisposti ed attuati in ambito regionale in materia di inclusione sociale degli immigrati – in concreto è soltanto in questi giorni che giungono ad esaurirsi i progetti finanziati con le risorse del primo Piano d'intervento, quello che avrebbe dovuto riguardare l'anno 1999 -, non è forse presto per offrire qualche primo elemento di valutazione fondato sull'esperienza diretta di esperti, di esponenti delle associazioni e di operatori dei servizi sociali.

In questa prospettiva i punti critici che emergono dall'avvio, anche in Campania, di un'esperienza di politica d'integrazione degli immigrati sembrano riguardare, in primo luogo, la difficoltà degli apparati istituzionali ad uscire da una logica meramente burocratica, incapace di attivarsi a sostegno di iniziative concrete di soddisfazione dei bisogni e delle domande sociali ad eccezione degli episodi di emergenza conclamata (4, 7, 13). Ciò determina non soltanto una discrasia temporale tra la progettazione e l'esecuzione degli interventi che può andare a discapito dell'efficacia, ma anche una potenziale discontinuità nell'erogazione dei servizi sociali (2, 8, 12), che a sua volta appare riflesso dello strumento prescelto per la politica d'inclusione degli immigrati, la programmazione per obiettivi con delega alle autonomie locali ed alle organizzazioni no profit per la realizzazione delle misure previste, senza alcun intervento strutturale sul sistema esistente di protezione sociale⁵.

Inoltre, la scelta, in parte imposta dalla normativa nazionale e regionale vigente, di praticare ad oltranza il metodo concertativo per la programmazione e la valutazione degli interventi da realizzare fa sorgere problemi di coordinamento e di interazione tra

⁵ Va ricordato peraltro che quest'ultimo – e cioè la previdenza, la sanità, l'istruzione - ha, ai sensi del d.lgs. 286/1998, il dovere giuridico di erogare prestazioni e servizi agli "aventi diritto" senza riguardo per la nazionalità. In questo senso il sistema di welfare, in Campania come in Italia, ha realmente conseguito una parità di condizioni e di titoli tra cittadini italiani e di altri Paesi. A condizione, tuttavia, che appartengano alla minoranza degli "aventi diritto" che conoscono i diritti di cui possono beneficiare. Minoranza che nel caso degli immigrati in Campania, per la perdurante carenza di una politica regionale dell'informazione sui diritti di cittadinanza sociale, è piuttosto ridotta.

le istituzioni e le associazioni variamente interessate alla politica in questione che rendono evidente la difficoltà di superare il modello della sperimentazione della “buona prassi” (8) o quello della gestione dell’emergenza locale (4). Una mancanza di coordinamento che sembra trasparire già dalla formulazione dei Piani d’intervento, di cui da più parti (1, 2) si denuncia il carattere generico, e che rende evidente la difficoltà delle innovazioni nella politica sociale della Campania a raggiungere una “massa critica” che potrebbe consentire un “salto di qualità” di natura sistemica.

Da ciò deriva un ultimo punto di criticità, la tendenziale delega della potestà pubblica al terzo settore (1, 3, 5), una delega praticata sia nella rappresentanza politica degli interessi degli immigrati, stanti la scarsa rappresentatività delle associazioni etniche in Campania (2, 3, 5) e la marginalità del ruolo svolto dalla Consulta regionale dell’immigrazione (1, 6), sia nella progettazione dettagliata e nella realizzazione degli interventi di politica sociale. Un problema che rischia di creare dei circuiti potenzialmente viziosi tra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni no profit, e che non impedisce che un settore di grande rilievo nell’intervento sociale per l’inclusione degli immigrati, la politica dell’abitazione, sia quasi del tutto privo di un presidio (2).

In sintesi, nonostante il grande e positivo impulso all’innovazione in materia di politica sociale per gli immigrati che sembra essersi avuto con il cambio di maggioranza alla Regione e il governo Bassolino, l’inserimento lavorativo e sociale degli immigrati in Campania sembra ancora affidato a processi che lo IARD (2002) ha definito di “integrazione implicita”. Processi fondati su una concezione dell’immigrazione che la considera non necessaria, salvo tollerare la presenza straniera in particolare nel lavoro sommerso e irregolare; su un rapporto ambiguo con la popolazione autoctona, perché fondato sulla confusione tra l’accoglienza umanitaria, la tolleranza reciproca e l’insofferenza; su un accesso difficile allo status di cittadino; su politiche sociali poco sviluppate, in larga misura affidate alla “buona volontà” degli enti locali e del terzo settore, quando c’è.

3. Salute degli immigrati e assistenza sanitaria

Il nuovo corso di politica sanitaria per lo straniero, inaugurato nel 1998 (T. U. 286/98 e successivo regolamento), ha l’obiettivo dichiarato di promuovere l’inclusione del cittadino straniero *immigrato regolare* nel sistema dei diritti e doveri di cittadinanza, alle stesse condizioni e con le medesime opportunità offerte al cittadino italiano. Inoltre, anche *all’immigrato irregolare o clandestino*, è comunque garantita l’assistenza per cure urgenti ed essenziali (ambulatoriali ed ospedaliere per malattia e infortunio), nonché per interventi di medicina preventiva (gravidanza, maternità, salute infantile, etc.). La legge prevede che le prestazioni siano erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti, qualora privi di risorse economiche sufficienti. A tal proposito allo straniero non in regola viene assegnato un codice regionale a sigla STP (*Straniero Temporaneamente Presente*). E’ necessario sottolineare che l’accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non deve comportare alcuna segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, come per il cittadino italiano.

Pur nella eterogeneità del fenomeno immigratorio, si può affermare che coloro che emigrano sono soprattutto persone giovani, con un buon livello di istruzione, provenienti da paesi in via di sviluppo ma anche dai paesi dell’est. In letteratura, si parla di “*effetto migrante sano*” per indicare una selezione alla partenza di individui sani e giovani, dotati di intraprendenza e spirito di iniziativa, che realizzano un progetto migratorio (Geraci 1995). Il capitale di salute fisica e psicologica del migrante (spesso

suo unico capitale), oltre un certo “*intervallo di benessere*” comincia a impoverirsi per una serie di fattori di rischio: mancanza di lavoro e di reddito, occupazioni faticose e rischiose, condizioni abitative ed igieniche degradate, assenza di supporto familiare, clima ed abitudini alimentari diverse, cattiva nutrizione, difficoltà di accesso ai servizi sanitari, malessere psicologico legato a tutto questo ed in generale alla condizione di radicamento dell’immigrato. Questi fattori sono così responsabili di quelle che vengono definite *malattie da disagio o da degrado* (Geraci 1995 e bibl. ivi cit.).

In generale, *le maggiori aree critiche per la salute degli immigrati possono essere individuate nell’area materno-infantile (con alti tassi di ricorso all’IVG, aborto indotto, complicanze del parto, basso peso alla nascita, etc.), nell’infortunistica sul lavoro, e in particolari gruppi che vivono particolari situazioni di disagio e degrado, quali prostituzione, detenzione, dipendenze (HIV, alcoolismo, tossicodipendenze)* (Cnel 2000).

Quindi l’immigrato non è (necessariamente) portatore di “malattie da importazione”, ma si ammala spesso nel paese ospite per le situazioni di disagio in cui vive (ibidem). Ciò che invece aggrava le situazioni patologiche emerse, di per sé non gravi, è lo scarso e ritardato accesso alle cure sanitarie, e la insufficiente compliance alle stesse cure, difficoltà dovute in parte a barriere comunicative e a scarsa informazione sui servizi da parte degli immigrati, in parte però anche a ostacoli dovuti alla disponibilità, accessibilità e fruibilità dei servizi stessi..

A tal proposito, la Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati ha rilevato (1999 e 2000) come la conoscenza dell’assistenza da potere/dovere fornire agli immigrati risulti scarsa non solo per gli stessi immigrati - anche tra coloro che ne hanno il diritto/obbligo, solo una parte si iscrive al Servizio sanitario - ma paradossalmente anche per le stesse aziende sanitarie che dovrebbero fornirla. Tale lacuna rivela non solo resistenze di tipo non solo culturale, visto che molte aziende sanitarie ed anche molti assessorati regionali, non hanno saputo o comunque hanno trascurato di utilizzare i fondi che il Cipe metteva a disposizione per l’assistenza agli stranieri irregolari (Cnel 2000).

La situazione in Campania

La disciplina della materia è ferma al 1994 (L. R. n. 33/94). Quindi la Campania è tra quelle regioni che non hanno recepito con propria normativa le nuove disposizioni nazionali (Geraci, Martinelli 2002). Tuttavia, alcune iniziative, relativamente recenti, testimoniano una certa attenzione alle problematiche socio-sanitarie degli immigrati.

Prima di parlare delle specifiche iniziative delle Asl campane, è opportuno ricordare che il “grosso” dell’immigrazione della regione, quantificabile in 63.681 soggiornanti al dicembre 2001 (Caritas 2002), si concentra appunto nella provincia di Napoli (64,8%), seguito dalla provincia di Caserta (17%), Salerno (11,4%), Avellino (4,9%), Benevento (1,9%), mentre per la componente irregolare, per la quale non si dispone di dati certi, si può ipotizzare una distribuzione analoga.

Una simile, notevole concentrazione di immigrati Napoli e provincia (con 5 Asl), seguita a distanza dalla provincia di Caserta (2 Asl), ha evidentemente generato il fenomeno di una massa critica di immigrati, potenziali utenti secondo le norme vigenti, che rende improrogabile, qui più che altrove, la necessità di un nuovo orientamento dei servizi, finora molto spesso disatteso.

E questo, qui come in tante altre parti d’Italia, come già rilevato, significa in primo luogo *aprire i servizi agli/per immigrati*, visto che molto spesso gli operatori sanitari, quando non le stesse aziende sanitarie, ignorano le garanzie di cura previste dalla normativa, o comunque la applicano in maniera da scoraggiare l’accesso ai servizi. In

secondo luogo, è necessario *avvicinare gli immigrati ai servizi*, visto che lo straniero ha difficoltà – informative, linguistiche, culturali, legate allo status giuridico, che lo tengono lontano dai servizi, se non per casi di urgenza (1).

Di seguito presentiamo alcuni interventi promossi da Regione ed Asl.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2000-2002 della Regione Campania

Il PSR dedica specifica attenzione a stranieri ed immigrati, individuando vari filoni di attività da sviluppare nel futuro, che vanno dalla sperimentazione di interventi *integrati* per una risposta globale ai bisogni degli immigrati, all'attivazione di osservatori territoriali e banche dati per il monitoraggio dello stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali e la diffusione di pratiche di accoglienza e di assistenza che si siano dimostrate efficaci. Da notare che sono state individuate 4 aree di utenza immigrata. Per gli *extracomunitari regolari* (sia occupati che disoccupati) si raccomanda *“la definizione di indirizzi che permettano la fruizione paritaria del servizio sanitario regionale...con modalità esplicative sulle procedure che lascino poco spazio a interpretazioni disomogenee sul territorio regionale”*. Per specifiche *“aree critiche”* della popolazione immigrata (dipendenza, prostituzione, detenzione) si sottolinea la necessità di interventi di educazione sanitaria e medicina preventiva, insieme alla copertura vaccinale ed alla sorveglianza delle malattie infettive per la popolazione infantile. Per *“aree definite di utenza”*, non meglio specificate, portatrici di specifici bisogni, si richiama la necessità di attivare programmi di intervento con la medicina di base in collaborazione con il volontariato. Infine, per *“l'area critica degli irregolari e dei clandestini”* si suggerisce l'attivazione di un programma di controllo sulla qualità dell'assistenza, soprattutto in ragione del fatto che, secondo gli estensori del PSR, costoro rappresentano un gruppo ad alto rischio per infezione da HIV e malattia tubercolare, per cui è necessario assicurarsi che la già prevista distribuzione gratuita di farmaci per la cura di tali malattie si realizzi effettivamente.

Il Piano Sociale di Zona (PSZ) 2003 della Città di Napoli

In uno dei documenti preliminari del PSZ vengono illustrate le attività svolte dal Servizio Attività Sociosanitarie per cittadini immigrati e senza fissa dimora (AA. VV., Atti SIQAS 2002b) del Dipartimento Sociosanitario della Asl Napoli 1 (l'azienda sanitaria cittadina), al suo primo anno di lavoro, in risposta ai problemi riscontrati. Questi possono essere individuati nel difficile *accesso* ai servizi (sia per gli immigrati regolari che irregolari) per ostacoli di tipo linguistico, e per la scarsa informazione sul tipo e il luogo di erogazione dei servizi, e negli ostacoli all'*effettiva fruibilità* dei servizi stessi a causa degli assetti e delle rigidità organizzative delle strutture.

Tali problemi sono stati affrontati da un lato predisponendo e distribuendo nei punti chiave un *“Foglio informativo per l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi sanitari”*, in diverse lingue, dall'altro attivando nei dieci Distretti sanitari della Asl i cosiddetti *“ambulatori dedicati”* agli stranieri temporaneamente presenti (STP). Inoltre si è provveduto a riorganizzare il servizio anagrafe della Asl in modo tale da avere per il futuro un profilo più disaggregato dell'utenza immigrata.

Secondo gli ultimi dati disponibili (novembre 2002) presso tale Asl risultano assistiti circa 16.000 immigrati, di cui 12500 regolarmente iscritti al SSN e circa 3500 stranieri irregolari (STP, aumentati di circa 1.000 unità rispetto all'anno precedente). Per quanto riguarda i cittadini stranieri regolari, bisogna dire che il numero di iscritti al SSN supera addirittura il numero di persone iscritte all'anagrafe comunale (11772), fenomeno non nuovo in verità neanche per gli iscritti ed i residenti italiani, per il noto problema

dell'aggiornamento dei dati (cancellazioni, decessi, trasferimenti). Comunque, anagrafi e loro confrontabilità a parte, sulla base di questi dati, a grandi linee si può dire che qui gli immigrati regolari si iscrivono al SSN, cosa che non è scontata come sembrerebbe (Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati, 1999 e 2000).

Rispetto agli immigrati irregolari, per il problema di ignoranza del denominatore, non è possibile capire in che misura questi richiedano ed ottengano il rilascio del codice STP necessario per l'assistenza ad irregolari e clandestini. Quello che è dato sapere, è che gli stranieri irregolari rappresentano una quota consistente del totale, e che si concentrano nei quartieri dove è più facile per loro trovare casa (i Quartieri Spagnoli, la Sanità, Piazza Carlo III, Secondigliano, Pianura, San Giovanni, Barra, Ponticelli), mentre la parte stabile è rappresentata dalla componente femminile impegnata in lavoro domestici e di cura, nei quartieri alti (Posillipo, Chiaia, Vomero).

E' interessante notare che gli estensori del report si dicono preoccupati dei possibili effetti che la nuova legge sull'immigrazione potrà verosimilmente avere sul rapporto immigrati irregolari/servizi /salute, in quanto le modifiche restrittive ai requisiti per la permanenza presumibilmente faranno aumentare l'area della clandestinità, e di conseguenza un maggiore timore da parte degli irregolari ad avvicinarsi ai servizi, per paura di essere intercettati ed immediatamente espulsi, la qual cosa dipenderà a sua volta dal "grado di tolleranza istituzionale" locale.

Per quanto riguarda gli interventi previsti per il futuro, vengono genericamente individuati degli ambiti prioritari di intervento, quali la formazione degli operatori sanitari, sociali e del terzo settore; l'inserimento del ruolo di mediatore culturale e il potenziamento dell'informazione nei distretti sanitari; lo sviluppo di progetti e metodi per il monitoraggio del profilo sociale e sanitario dell'utenza immigrata.

Il programma "Salute per tutti" dell'Asl Napoli 4⁶

La Asl Napoli 4 di Pomigliano D'Arco ha avviato dal 1999 il programma "Salute per tutti – Servizi sanitari per la popolazione immigrata", a cui ha aderito successivamente nel novembre del 2000 la Provincia di Napoli. Nel maggio del 2002 la convenzione è stata rinnovata e rifinanziata.

Per capire il contesto in cui il progetto nasce, è eloquente riportare un passaggio di uno dei documenti preparatori: *"Negli ultimi tempi è stata avviata un'estesa azione di contatto e collegamento con varie istituzioni (Comuni, Prefettura, Regione, etc.) e strutture assistenziali, soprattutto del Terzo settore (Caritas diocesane, Sindacati) e sanitarie (presidi e distretti dell'Azienda, cliniche, etc.), al fine di poter valutare l'attuale impatto della presenza della popolazione immigrata sul territorio dell'Asl. I dati sono frammentari e dimostrano l'assoluta mancanza di coordinamento generale, ma quel che più preoccupa è la negligente assenza di ogni pianificazione sanitaria"* (ASL Na 4 – Area di Coordinamento Materno-Infantile- Progetto Salute Per Tutti).

In sintesi, il progetto prevede:

- l'istituzione di un servizio di informazione e consulenza, attraverso convenzioni con associazioni di volontariato, in ciascuna delle cinque Aziende Sanitarie Locali della provincia di Napoli;

⁶ La Asl Napoli 4 è una delle cinque Asl napoletane, e copre 35 comuni (tra cui Pomigliano D'arco, Acerra, Casalnuovo, Nola, Roccarainola, Somma Vesuviana, S. Giuseppe Vesuviano, Palma Campania, Poggioreale), per un totale di 540.000 abitanti. La popolazione immigrata regolare ammonta a circa 7000 unità, mentre quella irregolare è stimata intorno alle 2100-2450 unità, come si rileva dai dati forniti dalla stessa Asl su fonte Caritas. Gli immigrati sono impiegati soprattutto nel lavoro agricolo stagionale e nella produzione di abbigliamento.

- l'istituzione di un Centro di documentazione sulla salute degli immigrati (costruzione di una banca dati, in collaborazione con altre istituzioni, e di un Osservatorio epidemiologico sulle patologie emergenti e riemergenti);
- la garanzia dell'accesso e della fruibilità effettiva dei servizi sanitari da parte degli immigrati, attraverso specifiche iniziative.

Allo stato attuale, la Asl Napoli 4 sta lavorando attivamente per la realizzazione dei punti del progetto. Ad esempio ha provveduto a stabilire dei protocolli di intesa con alcuni Comuni del proprio comprensorio; ha predisposto *materiale informativo* multilingue da distribuire agli immigrati, ha editato una specifica "*Carta dei Servizi per gli Immigrati*". Inoltre ha realizzato due corsi di formazione degli operatori, aventi ad oggetto la "Tutela della salute femminile e procreazione per una utenza multietnica" e la "Medicina delle Migrazioni"

Tra le altre iniziative, è da mettere in rilievo la *istituzione di servizi in via sperimentale*, quali gli ambulatori di Medicina Generale per i cittadini temporaneamente presenti nel territorio dell'Azienda⁷, e la possibilità anche per gli immigrati non regolari di poter accedere alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie.

Il Progetto "Estrella" delle Asl Napoli 2 e Caserta 2

Il progetto, realizzato dalle Asl Napoli 2 e Caserta 2, si rivolge agli extracomunitari irregolari e clandestini, posto che l'immigrazione proveniente soprattutto dai paesi poveri sta provocando un'emergenza sotto il profilo sanitario nella regione. Infatti per gli immigrati non in regola la inadeguata assistenza sanitaria rischia di aggravarne i problemi, affrontati dai pochissimi servizi socio-assistenziali presenti sul territorio e garantiti peraltro con grandi difficoltà dal privato sociale. L'iniziativa, finalizzata all'erogazione di assistenza sanitaria di base e specialistica, prevede "*interventi integrati di lavoro di strada, accoglienza e supporto ai percorsi di inclusione sociale rivolti agli immigrati ed immigrate extracomunitari, in particolare attraverso servizi mirati alla prevenzione, riassorbimento e superamento delle situazioni di marginalità ed esclusione*"(AA. VV., Atti SIQAS 2002a).

Il Progetto "Safya" dell'Asl Napoli 3

Il progetto prevede la realizzazione di "interventi in favore di immigrati presenti sul territorio della Asl Napoli 3, con la creazione di 2 centri di aggregazione, 1 centro di documentazione, 1 ufficio di coordinamento e avviamento al lavoro, 1 casa di accoglienza per donne immigrate momentaneamente in difficoltà, 1 casa di accoglienza per vittime della tratta nonché la mediazione culturale nell'ambito dei distretti sanitari da attuare in partenariato con l'ambito territoriale n. 5, la Associazione Dadaa Ghezo - Calandrino (Na), la Caritas di Aversa (CE), il Centro Astalli Sud di Grumo Nevano (Na), il Comune di Melito di Napoli ed il Consorzio di Cooperative "CO.RE" (BURC n. 60 del 2/12/2002). La regione Campania, con una delibera dell'ottobre 2002, ha accolto e finanziato in parte il progetto con i fondi del programma regionale "Politiche di governo dei flussi migratori e di supporto all'inclusione sociale degli immigrati ed immigrate"- esercizio finanziario 1999 (finanziamento della regione pari a

⁷ Per inciso notiamo che il servizio apre dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 10.00, e il giovedì dalle 15.00 alle 18.00. L'apertura del servizio il giovedì pomeriggio, in genere giornata libera per gli immigrati, soprattutto se occupati nei servizi domestici e nel terziario, mostra di seguire quelle indicazioni di flessibilità dell'orario e compatibilità con i tempi di lavoro degli immigrati, indicazioni elementari molto spesso raccomandate in letteratura.

Euro160.876; finanziamento a carico di Asl e partner: Euro 333.114; costo totale del progetto Euro 493.990, pari a lire 956.500.000).

Paradossalmente, questa iniziativa così importante ed impegnativa, dal punto di vista degli interventi previsti, dell'impegno finanziario e delle sinergie tra vari attori, ha avuto degli effetti perversi. La cronaca de "Il Manifesto" del 10 novembre 2002 (Pilla 2002) ha riportato infatti la notizia della denuncia di un consigliere di Rifondazione Comunista e membro della commissione sanità della regione, secondo la quale agli immigrati che si erano rivolti all'Asl 3 di Afragola era stato negato il rilascio della tessera STP, indirizzandoli a S. Antimo, dall'altra parte della provincia napoletana. La segnalazione del ripetersi dell'episodio fu confermata dai rappresentanti di due associazioni di immigrati. Il responsabile della Asl, chiamato in causa, Di Falco, spiegava che "sin dallo scorso anno, a seguito delle linee guida regionali per l'assistenza alla popolazione immigrata, la Asl Napoli 3 ha stipulato un'apposita convenzione con il centro "Dadaa Ghezo", costituita da immigrati e legalmente riconosciuta". Per cui, continua il giornalista "tutti gli immigrati senza permesso sono <dirottati> in questa sorta di <ghetto sanitario>, invece di ottenere l'automatico rilascio dell'STP previsto in ogni Asl. Ma c'è di più. Di Falco ha spiegato anche che nel luglio scorso era stato deciso di estendere la possibilità del rilascio ad altri distretti del territorio, ma il progetto è stato sospeso proprio dall'associazione Ghezo che considerava un <danno> la proposta. Un <danno> per chi? Non certo per i malati che dovrebbero ricevere assistenza diretta in ogni centro".

Le iniziative dell'Asl Caserta 2

A seguito dell'istituzione, da parte del Prefetto della Provincia di Caserta, del "Gruppo permanente per i problemi dell'immigrazione", è nato un accordo di programma tra tutte le istituzioni partecipanti al sottogruppo che si occupa dei problemi dell'assistenza sanitaria (Prefettura, Asl, associazioni di volontariato casertane quali Comunità Ruth, Nero e non solo, Cidis, Caritas Diocesana, comuni di Caserta, Maddaloni, Marcianise, S. Felice a Cancellò, S. Nicola La Strada) per la realizzazione di uno specifico progetto. I problemi individuati in fase di analisi vanno dalla difficoltà di accesso ai servizi sanitari per gli immigrati sia irregolari che regolari (dovuti sia alle difficoltà linguistiche e culturali che alla scarsa conoscenza dei percorsi burocratici per accedere all'assistenza), alle condizioni di marginalità lavorativa e sociale in cui versano gli immigrati locali. D'altro canto, lo stesso progetto rileva la necessità di una appropriata formazione degli operatori sanitari, posto che "gli operatori stessi, ignorando alcuni elementi normativi e relazionali sui diritti degli extracomunitari e i doveri del SSN nei loro confronti, non sono in grado di rispondere in un'ottica appropriata alla domanda dell'utenza immigrata"(Asl Caserta 1, 2000).

Tra le iniziative realizzate vi sono: la distribuzione di un pieghevole informativo in cinque lingue rivolto ai cittadini immigrati; l'invio a mezzo posta, ai cittadini stranieri in regola con il permesso di soggiorno, dell'invito ad iscriversi al SSN; l'invio periodico di una scheda per la rilevazione dei bisogni degli immigrati ai presidi sanitari locali (consultori familiari, pronto soccorso ospedalieri, unità operative di assistenza di base) in vista della costituzione di un Osservatorio Psico-Sociale e Sanitario. Il progetto prevede inoltre l'attivazione di un Ambulatorio di Medicina Generale destinato agli stranieri irregolari (che non hanno diritto all'assistenza del medico di base). Per gli operatori, il progetto ha previsto un corso di formazione dell'Istituto Superiore di Sanità, in tre moduli per 60 partecipanti.

L'opinione degli intervistati

Per completare il quadro, possiamo sinteticamente riferire i principali elementi che sono emersi dalle interviste effettuate ad operatori ed esperti:

- i servizi sanitari per gli immigrati sono scarsi (3, 10,, 11, 12, 15);
- anche se si promuovono e realizzano dei progetti per potenziarli, essi sono di portata e impatto limitato (3, 10, 11);
- i progetti portati avanti dalle Asl non dovrebbero essere finanziati con il fondo regionale per l'immigrazione, sottraendo risorse destinate a politiche di inclusione sociale (3);
- negli ambulatori gestiti da associazioni di volontariato si crea un rapporto più umano con l'utente immigrato, cosa che spesso non avviene nei presidi pubblici (4);
- alle associazioni, la richiesta di mediazione culturale viene non solo dagli immigrati, quanto dalle istituzioni (10);
- gli stranieri in condizione di irregolarità hanno paura di avvicinarsi ai servizi, e per diffidenza non richiedono il rilascio del tesserino STP, necessario per ricevere assistenza (11);
- addirittura in molti casi neanche gli immigrati regolari si iscrivono al SSN (11);
- nonostante l'importanza di misure quali l'STP, che permette allo straniero irregolare di ottenere l'assistenza sanitaria essenziale, un vero ed efficace processo di inclusione sociale passa per la normalità, quindi solo se lo straniero può iscriversi al SSN senza restrizioni ha la possibilità di ottenere dei servizi (15).

4. I servizi per gli immigrati in alcune realtà locali della Campania

In Italia la legge sull'immigrazione n. 40 del 1998, la cosiddetta "Turco-Napolitano", può essere considerata il primo provvedimento in cui si introducono elementi di politica sociale all'interno di un quadro organico d'integrazione degli immigrati (Mingione e Pugliese 2003). Difatti il Testo Unico che riassume la legge del 1998, emanato con il d.lgs. 286/1998, riconosce i diritti fondamentali della persona umana agli stranieri presenti nel territorio; a tutti gli immigrati è attribuito il diritto di accesso ai servizi pubblici. Le piene garanzie sono concesse ai regolari, i quali sono posti allo stesso livello dei cittadini anche per una serie di diritti sociali. Con la nuova legge Bossi-Fini si introducono elementi basati sulla repressione della clandestinità e il diritto di residenza, ma le norme relative alle politiche sociali non evidenziano dei cambiamenti rispetto al modello previsto nel precedente Testo Unico.

In questo quadro legislativo sull'immigrazione si rileva che un dibattito ancora aperto riguarda l'effettivo accesso ai servizi ed il modo in cui gli enti locali garantiscono i diritti sociali agli immigrati. Come sostengono Pugliese e Mingione (2003), e come già notato altrove nel testo, ci si trova di fronte al fatto che le decisioni generali sui flussi migratori sono prese a livello nazionale, mentre la traduzione applicativa è di competenza delle Regione, ma più direttamente delle autorità locali.

In Campania i risultati tangibili delle leggi italiane sull'immigrazione si traducono in un modello gestionale dei servizi sociali dominato dalle istituzioni e da organizzazioni no profit e queste ultime concorrono alla determinazione del sistema di offerta sociale locale (Carchedi 2003). In alcune circostanze, l'ente sovvenzionatore è la Regione

Campania, mentre l'ente attuatore è il Comune che affida direttamente la gestione del servizio sociale ad organizzazioni no profit singole od eventualmente associate (12)⁸. Riguardo al rapporto fra la domanda ed offerta dei servizi sociali nella regione Campania, dalle interviste realizzate emerge un forte squilibrio, poiché il numero di strutture per gli immigrati e il ventaglio dei servizi offerti si rivelano inferiori alla domanda. I motivi di questa sproporzione si possono attribuire non soltanto alla macchina burocratica degli enti locali, con la quale sia le associazioni di volontariato sia gli immigrati trovano difficile interagire (11), ma anche al fatto che la richiesta di prestazioni e benefici è elevata ed i servizi presenti nel territorio non riescono a gestire efficacemente un'utenza in crescita. Questo è il caso delle scuole d'italiano gestite da organizzazioni di Terzo Settore, che molte volte devono chiudere le iscrizioni ai corsi di italiano come lingua straniera a causa dell'elevata sproporzione tra la domanda e l'offerta di tale servizio (9). Inoltre, in molti casi le strutture sono dislocate in maniera disomogenea, concentrati come sono soprattutto nei grandi centri urbani della regione e in particolare a Napoli, e la loro scarsità può essere attribuita anche ad una diminuzione della spesa sociale da parte delle autorità locali, a causa delle crescenti difficoltà dei bilanci pubblici. E ancora, una serie di servizi presenti spesso non riescono a raggiungere l'utenza, proprio perché non è prevista una progettazione partecipata con gli stessi beneficiari dell'attività, né un'azione di comunicazione istituzionale e in particolare di informazione relativa ai diritti di cittadinanza ed alla presenza di servizi sociali nel territorio. Non appare casuale che, all'opposto, allorché gli immigrati vengono informati della possibilità di accedere a strutture aperte in maniera universalistica a tutti i residenti in una determinata area, o dei servizi pubblici attivati allo scopo di soddisfare le loro esigenze in uno specifico contesto, cerchino di usufruire il più possibile di tali strutture (4). E' importante osservare che la carenza di informazioni non riguarda soltanto gli utenti ma è riferita anche agli operatori, che spesso legano l'accesso ai servizi da parte degli immigrati al processo di regolarizzazione degli stessi quanto a titolo di soggiorno.

Un'area di intervento sociale particolarmente carente in Campania, così come nella maggioranza delle regioni (Tosi 2001), è quella relativa alle condizioni abitative, che comincia già con la grande scarsità di centri di prima accoglienza. Gli immigrati hanno difficoltà a trovare una stabilità abitativa, nonostante l'attuale legislazione garantisca agli immigrati un equo accesso, rispetto alla comunità autoctona, a diritti sociali come l'iscrizione alle liste di edilizia residenziale pubblica. Non va dimenticato, peraltro, che la carenza degli alloggi evidenzia i ritardi ed i problemi caratteristici della politica abitativa del nostro Paese, senza riguardo per la nazionalità delle persone in condizioni di bisogno; e che molto spesso il problema dell'alloggio è risolto grazie all'attivazione dei reticoli di solidarietà tra gli immigrati ed anche grazie all'impulso che la domanda di abitazioni generata dalla presenza straniera ha indotto nel mercato edilizio dei centri storici degradati (11).

Nella regione la carenza di servizi si riferisce anche ad iniziative "di secondo livello", che favoriscano l'aumento di un'immigrazione stanziale (10, 11); non va dimenticato, infatti, che gli stessi immigrati ormai richiedono l'accesso ad iniziative di istruzione o di formazione professionale, ad esempio di alfabetizzazione informatica. Ciò è dovuto anche al fatto che gli immigrati presentano già in partenza un livello d'istruzione più elevato rispetto al passato. La scarsità di servizi riguarda non soltanto gli immigrati regolari, ma anche quella parte della popolazione immigrata che vive in maniera irregolare o clandestina nel territorio in condizioni di emarginazione sociale se non di

⁸ Il servizio in cui l'intervistata si riferisce è una casa di accoglienza per donne immigrate realizzata dalla cooperativa Dedalus, insieme ad altre organizzazioni di volontariato, in collaborazione con il Comune di Napoli, nell'area di Piscinola.

vera e propria esclusione. La carenza dunque riguarda anche quei servizi "a bassa soglia" che garantiscono quei diritti fondamentali ed inalienabili associati alla condizione umana e non invece allo status di cittadinanza (Mingione e Pugliese 2003). Di seguito saranno descritti i servizi analizzati durante la ricerca empirica, che risultano gestiti da organizzazioni no profit a cui è stato affidato un ruolo intermediario tra le istituzioni ed il fenomeno migratorio (Carchedi 2003). Ciò è confermato dal fatto che molto spesso le autorità pubbliche ancora usano come interlocutori, per la definizione e la realizzazione in ambito locale dei servizi sociali, le associazioni di volontariato che si frappongono tra istituzioni e comunità d'immigrati, il che sembra avere ampiamente impoverito il ruolo dell'associazionismo spontaneo tra gli stranieri (3). Inoltre dalle interviste effettuate ad operatori e volontari del terzo settore è emersa l'esistenza di due tipi di rapporti tra pubblico e privato sociale, in ragione dei diversi caratteri delle esperienze e del territorio in cui intervengono. Da un lato infatti è possibile notare un comportamento di scarico delle responsabilità pubbliche sul privato sociale da parte delle autorità locali - è il caso, ad esempio, del Centro per gli immigrati sorto nel Comune di Grumo Nevano, nell'area a Nord di Napoli, per iniziativa di una Comunità di vita cristiana (4, 5)⁹ -. Dall'altro lato si nota invece lo sviluppo di un atteggiamento di critica dell'attività/inattività delle istituzioni pubbliche da parte delle organizzazioni no profit (11), ciò che in alcuni casi ne rafforza il carattere non governativo (Zucchetti 2000).

I servizi per gli immigrati più diffusi nella regione Campania sono gli sportelli informativi e di orientamento, i corsi di italiano come seconda lingua e gli interventi d'intercultura nella scuola dell'obbligo. Gli *sportelli informativi* svolgono tuttora un ruolo cruciale, dal momento che cercano di soddisfare i bisogni più immediati degli immigrati, il che li può rendere un utile strumento di osservazione in vista della progettazione "dal basso" di nuove strutture e di nuove iniziative (10). Questo tipo di servizio ha lo scopo d'informare innanzitutto gli immigrati sui loro *diritti sociali*, anche se l'informazione sulla presenza degli sportelli e sulle attività da questi svolte è piuttosto scarsa e quindi molto spesso accade che gli immigrati non siano a conoscenza della presenza di questi centri. Alcuni sportelli informativi, come quelli presenti nel Comune di Napoli, forniscono anche informazioni in merito alla regolarizzazione giuridica degli immigrati, attraverso una semplificazione dei contenuti dell'ultima legge sull'immigrazione in Italia. Connessa a ciò è l'attività di *assistenza all'interazione con gli enti pubblici*, che sono sempre, per gli stranieri, degli interlocutori difficili da comprendere, e che è svolta con l'impiego di mediatori socioculturali. Molte volte, per raggiungere direttamente l'utenza potenziale, una parte del lavoro è svolta direttamente per strada, anche con l'impiego di unità mobili che operano direttamente nelle aree a maggior concentrazione di rifugiati e di immigrati, come nel caso di un Centro servizi attivato nel quartiere di Ponticelli, alla periferia di Napoli, e gestito anch'esso da un'associazione di volontariato (11). Altra funzione attribuita agli sportelli è quella dell'orientamento, che appare rivolta non soltanto alle opportunità che si offrono in materia di diritti sociali ma anche a favorire l'inserimento lavorativo della popolazione immigrata. Questa funzione è svolta soprattutto dalle associazioni legate ai sindacati, in cui si forniscono agli immigrati informazioni relative alle norme sul lavoro e si cerca di aiutare l'immigrato a formulare un progetto lavorativo, assistendolo sin dal suo avvio, ad esempio attraverso la stesura di un "bilancio delle competenze", in modo da assicurargli il raggiungimento di un'autonomia economica nel più breve tempo possibile (7).

⁹ Le Comunità di vita cristiana, o CVX, costituiscono la forma di "evangelizzazione dei laici" scelta e praticata dalla Compagnia di Gesù.

Un importante servizio d'integrazione gestito in larga misura da associazioni di volontariato si rivela essere i *corsi di lingua italiana per gli stranieri*, o italiano come seconda lingua (L2), che si basano sul principio che non soltanto l'alloggio, il lavoro o la salute, ma anche l'istruzione è un bene primario (9). I modelli di organizzazione dei corsi risultano piuttosto diversificati, dal momento che accanto alla scuola d'italiano più tradizionale, nella quale gli immigrati sono divisi in classi a seconda dei livelli di conoscenza della lingua, e che rispecchia un po' la struttura del sistema scolastico, ci sono organizzazioni che offrono dei corsi di alfabetizzazione sociolinguistica, in cui si prende spunto dalle più comuni situazioni della vita quotidiana per inscenare delle interazioni il cui scopo è quello di insegnare la lingua come strumento non soltanto di comunicazione in vista dell'inserimento lavorativo, ma anche quale aspetto cruciale della cultura del Paese ospitante e per meglio comprendere i diritti e i doveri della popolazione straniera (10). Ne deriva allora che spesso i corsi d'italiano sono divisi in unità didattiche linguistiche ed in altre relative alla conoscenza delle norme relative sull'immigrazione o dei servizi di cui gli immigrati possono usufruire. In materia di educazione va comunque osservato che in questi ultimi anni un ruolo sempre più attivo è svolto anche in Campania dalle scuole pubbliche, dal momento che alcuni istituti sono diventati dei Centri Territoriali Permanenti (CTP) che in collaborazione con le organizzazioni no profit rilasciano un titolo di studio, riconosciuto dallo Stato (Accorinti 2003)¹⁰. Tuttavia, in armonia con quanto già sostenuto (cfr. sopra, paragrafo 2), la realizzazione dei corsi d'italiano per stranieri da parte delle scuole pubbliche è ancora dipendente dalla "buona volontà" degli insegnanti, più che un diritto riconosciuto alla popolazione straniera (11).

Infine la maggior parte delle organizzazioni no profit attuano degli *interventi d'interculturalità*, che avvengono soprattutto nelle scuole, dal momento che vengono intesi non tanto quali momenti di conoscenza reciproca quanto nella forma di strumenti per favorire l'inserimento dei minori immigrati nei corsi ordinari d'istruzione formale (13). Rimane il fatto che dei segnali positivi lungo la strada dell'interazione tra le culture provengano comunque dal mondo della scuola, dove la presenza di minori immigrati sta condizionando le dinamiche interne alle coorti in età minorile ed alle organizzazioni scolastiche (Accorinti 2003).

Da questo excursus sui servizi per gli immigrati diffusi in Campania si ricava l'esigenza di un maggiore coordinamento tra i servizi e le iniziative e tra le istituzioni pubbliche ed il Terzo Settore. Si è già notato che questo tipo di interventi non può avere una continuità o prospettive di sviluppo in quanto dipendente da procedure complesse di decisione e di realizzazione e da lenti meccanismi di erogazione dei fondi. Infine alcuni servizi, come gli sportelli informativi, nascono su modelli d'intervento per affrontare l'emergenza, ossia l'esplosione del problema migratorio¹¹. Uscire dall'emergenza, o dall'attivazione di iniziative a carattere sperimentale, per creare un sistema integrato di interventi, è senza dubbio la sfida da affrontare nel campo delle politiche sociali per gli immigrati.

5. Conclusioni

Le conclusioni che possiamo sinteticamente trarre dal lavoro presentato in queste pagine sono riconducibili a tre punti principali.

¹⁰ Dalle interviste effettuate i progetti in collaborazione tra gli CTP ed associazioni di volontariato si stanno svolgendo a Grumo Nevano, Sant'Antimo e Ponticelli.

¹¹ Ad esempio l'approvazione della legge Bossi-Fini, nel mese di agosto 2002, ha provocato l'attivazione degli sportelli anche nel periodo estivo (12).

Il primo punto riguarda il fatto che il sistema italiano di welfare, come già osservato di carattere particolaristico e dunque sostanzialmente orientato a proteggere gli occupati piuttosto che i cittadini in quanto tali, offre di fatto ampie garanzie anche agli immigrati, purché in possesso di un lavoro regolare. Ne offre invece assai meno laddove gli immigrati non abbiano un lavoro, o non abbiano un lavoro regolare. Esiste inoltre un problema di informazione, nel senso che gli immigrati spesso non sanno esattamente quali sono (o potrebbero essere) i loro diritti, e quindi non ne usufruiscono. Ma, come è emerso dall'indagine, le stesse amministrazioni e le strutture dei servizi di welfare talvolta non sanno, o preferiscono non rendersi conto, che esistono diritti sociali pienamente esigibili da parte degli immigrati. Occorrerebbe quindi un doppio impegno sul versante dell'informazione, sia nei confronti degli immigrati, sia nei confronti dei servizi e degli operatori.

Il secondo punto riguarda le politiche regionali per l'immigrazione che - almeno in Campania - sono abbastanza ben progettate, ma che peraltro sono state varate (e finanziate) solo da pochissimo tempo, e non hanno quindi ancora sortito effetti apprezzabili.

Il terzo punto riguarda la dicotomia tra ruolo della regione, cui spetta la funzione programmatica, e ruolo degli enti locali, cui spetta la funzione attuativa. Se si passa dal piano delle politiche a quello degli interventi, lo scenario appare confuso e frammentato e spesso i limiti organizzativi e di capacità (anche finanziaria) di intervento da parte dei comuni pesano negativamente.

Riferimenti bibliografici

AA. VV. 2002a

L'immigrato "povero": quale possibile offerta di salute da parte della sanità in Campania?, atti del Convegno Regionale Campano della SIQuAS – Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, 21-22 giugno – Atripalda (AV).

AA. VV. 2002b

Riconoscimento dei bisogni socio-formativi dei cittadini immigrati e percorsi formativi integrati per gli operatori, atti del Convegno Regionale Campano della SIQuAS – Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, 21-22 giugno – Atripalda (AV).

Accorinti, M. 2003

Immigrazione e welfare in Italia, in P. Calza Bini - E. Pugliese (a cura di), *Lo Stato sociale in Italia. Rapporto CNR-IRPPS 2003*, Donzelli, Roma.

Ascoli, U. (a cura di) 1984

Welfare State all'italiana, Laterza, Bari.

Buffardi, A. 2002

Buio a Mezzogiorno? L'immigrazione in cerca di visibilità e il caso della Regione Campania, in G. Baronio - A. E. Carbone (a cura di), *Il lavoro degli immigrati: programmazione dei flussi e politiche d'inserimento*, Isfol, Roma, <http://www.isfol.it>.

Caponio, T. 2002

Policy networks e immigrazione: le politiche sociali a Milano e a Napoli, in A. Colombo -G. Sciortino (a cura di), *Stranieri in Italia. Assimilati ed esclusi*, Il mulino, Bologna.

Carchedi, F. 2000

La condizione degli immigrati in Italia, in Agenzia romana per la preparazione del Giubileo, *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*, Roma.

Carchedi, F. 2003

Le politiche sociali per gli immigrati e la fruizione dei servizi sociali in Italia, in "La critica sociologica", 143-144, autunno-inverno 2002/2003.

Carchedi, F. et alii 1999

Povert  e immigrazione, in E. Mingione (a cura di), *Le sfide dell'esclusione. Metodi, luoghi, soggetti*, Il mulino, Bologna.

Caritas 2002

Dossier Statistico Immigrazione 2002, Roma.

Cnel 2000

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, Rapporto del gruppo di lavoro su *Salute ed immigrazione*, Roma.

Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati 1999

Primo Rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia – Sintesi - Cap. IV "La salute", Roma.

Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati 2000

Secondo Rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia – Cap. II.3 "La salute", Roma.

Ferrera, M. 1993

Modelli di solidariet , Il mulino, Bologna.

Geraci, S. 1995

La salute degli immigrati in Italia, in Morrone A., (a cura di).

Geraci, S. - Martinelli, B. 2002

Politiche locali per il diritto alla salute degli immigrati, Area Sanitaria Caritas Roma.

Golini, A. 2000

L'emigrazione italiana all'estero e la demografia dell'immigrazione straniera in Italia, in Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati, *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, a cura di G. Zincone, Il mulino, Bologna.

IARD 2002

Politiche sociali e politiche del lavoro: l'integrazione socio-lavorativa degli stranieri in Lombardia, report finale, a cura di M. Ambrosini, <http://www.iard.it>.

Maddaloni, D. 2001

Per un'economia politica dell'inserimento lavorativo degli immigrati in Campania: alcune riflessioni dalla ricerca sul mercato e le politiche del lavoro, relazione al Seminario di studi su "Nord e Sud", Istituto Universitario Orientale, 12 dicembre 2001, <http://www.igidiss.sa.cnr.it>.

Mingione, E.- Pugliese, E. 2003

Immigrati e welfare: Europa e USA, in "La critica sociologica", 143-144, autunno-inverno 2002/2003, numero speciale su *Immigrazione e politiche migratorie in prospettiva comparata: USA-Europa*.

Morrone, A. (a cura di) 1995

Salute e società multiculturale, Raffaello Cortina Editore.

Pilla, F. 2002

A Napoli migranti senza cure. Denunciati comportamenti discriminatori in diverse Asl partenopee, in "Il Manifesto", 10 novembre.

Pugliese, E. 2002

L'Italia tra migrazioni internazionali e migrazioni interne, Il mulino, Bologna.

Tosi, A. 2003

L'abitazione, in Zincone G. (a cura di), *Secondo Rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati in Italia, il Mulino, Bologna, 2001.

Zincone, G. 2000

Introduzione e sintesi. Un modello d'integrazione ragionevole, in Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati, *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, cit.

Zucchetti, E. 2000

Amministrazioni Locali e servizi agli immigrati, in ISMU, *Quinto Rapporto sulle Immigrazioni 1999*, Franco Angeli, Milano, 2000.

Elenco degli intervistati

- 1) responsabile cooperativa sociale Dedalus, Napoli;
- 2) dirigente CIDIS Alisei, Caserta;
- 3) responsabile UIL Campania per le politiche migratorie, Napoli;
- 4) operatrice Centro Astalli Sud, Grumo Nevano (Napoli);
- 5) presidente Centro Astalli Sud, Grumo Nevano (Napoli);
- 6) responsabile CISL Campania per le politiche migratorie, Napoli;
- 7) operatore ANOLF, Scafati (Salerno);
- 8) dottore di ricerca in Antropologia culturale, Napoli;
- 9) operatore Comunità di S. Egidio, Napoli;
- 10) coordinatrice servizi per gli immigrati CIDIS Alisei, Caserta;
- 11) operatrice sportello informativo N:EA, Napoli;
- 12) operatrice casa di accoglienza "Incontro", Napoli;
- 13) volontaria associazione Dadaa Ghezze, Sant'Antimo (Napoli);
- 14) responsabile CGIL Campania per le politiche migratorie, Napoli;
- 15) ricercatore di Geografia politica ed economica, Napoli.