

LA LEGISLAZIONE SLOVENA E I DIRITTI SANITARI DEI MIGRANTI

Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak e Zorana Medarić
Centro di Ricerche Scientifiche di Capodistria

Poiché la legislazione slovena non regola esplicitamente la salute riproduttiva e la violenza di genere, l'esposizione delle disposizioni è trattata a livello generale.

L'accesso all'assistenza sanitaria pubblica in Slovenia dipende dall'assicurazione sanitaria individuale obbligatoria, finanziata principalmente dalle imposte, obbligatoria per i cittadini sloveni con residenza permanente in Slovenia, che però non copre tutti i costi dei trattamenti sanitari. L'assicurazione sanitaria a copertura totale è assicurata solo per i minori, gli studenti regolarmente iscritti al di sotto dei 26 anni e per determinate malattie e condizioni. L'assicurazione sanitaria obbligatoria è fornita dall'Istituto di assicurazione sanitaria della Slovenia. I contributi sono rapportati al reddito (da lavoro, pensione, etc.). I premi delle assicurazioni sanitarie integrative (facoltative) offerte da altri istituti assicurativi, invece, non lo sono, il che penalizza le persone a basso reddito. Le persone senza assicurazione sanitaria complementare devono pagare la maggior parte dei servizi medici. Per acquisire l'assicurazione sanitaria complementare, la persona deve avere un'assicurazione sanitaria obbligatoria.

1. Migranti inclusi nel sistema di assicurazione sanitaria

I migranti con lo status di residenti temporanei e permanenti possono essere coperti dallo stesso sistema dei cittadini se sono assunti con contratto regolare (a tempo determinato o indeterminato). In base all'art. 20 della legge slovena sull'assistenza e sull'assicurazione sanitaria, possono essere assicurati come familiari:

a) Familiari stretti:

1. coniuge,
2. figli (anche adottati);

b) Familiari estesi:

1. figli nati da altre relazioni a carico dell'assicurato;
2. nipoti, fratelli, sorelle e altri bambini senza genitori a carico dell'assicurato alle condizioni stabilite dalla legge che sull'assicurazione sanitaria;
3. genitori (padre e madre, coniuge o partner del padre o della madre, genitore adottivo) che vivono nella stessa famiglia, sono a carico dell'assicurato e non hanno risorse proprie sufficienti (eccetto i casi di cui all'articolo 15, primo paragrafo, punto 24 della legge sull'assicurazione sanitaria)

Per "bambini senza genitori" si intendono anche i bambini i cui genitori sono completamente e permanentemente inabili al lavoro o non possono provvedere al mantenimento per altri motivi. I membri della famiglia possono essere assicurati se sono stabilmente residenti in Slovenia, salvo diverse disposizioni riguardanti i familiari stretti stabilite da accordi internazionali.

È inoltre necessario chiarire che l'assicurazione sanitaria dei familiari dei migranti stabilmente residenti è regolato dall'articolo 15 della legge sull'assicurazione sanitaria, che stabilisce che essi debbano ottenere lo status di residenti temporanei in Slovenia, mentre i membri della famiglia estesa dei migranti legali possono essere assicurati solo dopo aver ottenuto lo status di residenti permanenti.

In Slovenia una quota significativa di donne migranti, a causa delle proprie tradizioni culturali,

sono disoccupate e non cercano attivamente lavoro. Dimostrare di essere attivamente alla ricerca di un lavoro consente di ricevere l'indennità di disoccupazione per i familiari di cittadini sloveni con un permesso di soggiorno temporaneo, agli stranieri con un permesso di soggiorno permanente e ai rifugiati.

2. Migranti non inclusi nel sistema di assicurazione sanitaria

I migranti non inclusi nel sistema di assicurazione sanitaria hanno diritto ai servizi di assistenza sanitaria di emergenza, un diritto universale di tutte le persone che vivono in Slovenia o che attraversano il suo territorio (art. 7 della legge sull'assicurazione sanitaria). Le situazioni considerate di emergenza sono, in base all'art. 103 del regolamento sull'assicurazione sanitaria obbligatoria: manovre di rianimazione e i servizi necessari per il mantenimento delle funzioni vitali e per la prevenzione di un grave deterioramento delle condizioni di salute nelle malattie acute o croniche o in caso di infortunio. Tali servizi sono assicurati fino alla stabilizzazione delle funzioni vitali ovvero fino all'inizio di un percorso di cura in luogo adeguato. Il trasporto in ambulanza è compreso nei servizi urgenti.

I migranti privi di documenti hanno diritto solo alle cure mediche di emergenza. Secondo la legge slovena sulla protezione internazionale (art. 86), i richiedenti asilo hanno diritto all'assistenza sanitaria d'urgenza, che comprende:

- cure mediche di emergenza e trasporti in ambulanza su decisione del medico curante nonché cure odontoiatriche urgenti
- trattamenti urgenti su decisione del medico curante
- assistenza sanitaria per le donne: contraccezione, IVG, assistenza sanitaria durante la gravidanza e durante il parto
- I richiedenti asilo minorenni o minori non accompagnati, hanno diritto all'assistenza sanitaria in misura eguale rispetto ai minori che godono dell'assicurazione sanitaria in quanto membri della famiglia di un assicurato. Allo stesso modo hanno diritto all'assistenza sanitaria anche i bambini che frequentano la scuola fino ai 18 anni d'età o fino al termine del percorso scolastico (al massimo fino al ventiseiesimo anno compiuto)

Sebbene l'assistenza sanitaria durante la gravidanza e al momento del parto sia assicurata, la pratica dimostra che la maggior parte delle donne migranti senza assicurazione deve pagare per questo tipo di servizi.

3. Disposizioni sulla salute riproduttiva

La Costituzione della Repubblica di Slovenia prevede, all'art. 55, che “la decisione di avere figli è libera. Lo stato offre opportunità per esercitare questa libertà e crea condizioni tali da consentire ai genitori di avere figli”. Questo diritto è regolato dalla legge sulle misure sanitarie per la realizzazione del diritto di libera scelta nell'avere figli, che disciplina il diritto alla prevenzione del concepimento (titolo II), dell'aborto (titolo III), alla diagnosi e al trattamento dell'infertilità (titolo IV).

Un altro importante documento è il regolamento in materia di assistenza sanitaria preventiva a livello primario, nel cui incipit è dichiarato che la salute riproduttiva garantisce “il diritto a una vita sessuale sicura e soddisfacente, a decidere liberamente di avere figli, a un accesso equo alle informazioni sulla pianificazione familiare e sulla salute riproduttiva a prescindere dal genere, a metodi sicuri ed efficaci di pianificazione familiare; il diritto a servizi sanitari che assicurino alle donne una gravidanza e un parto sicuri; un'efficace prevenzione e diagnosi precoce di malattie che causano morbilità e mortalità premature”.

Inoltre, il documento definisce i seguenti settori della salute riproduttiva:

- il contenuto dei programmi di prevenzione (pianificazione familiare, uso di contraccettivi, infezioni sessualmente trasmissibili e successiva infertilità, esami preventivi durante la gravidanza, esami e consulenza dopo il parto, interruzioni spontanee e volontarie di gravidanza e gravidanza extrauterina, attività preventive per la protezione della salute riproduttiva nell'attività infermieristica, screening preventivo per i diversi tipi di cancro);
- educazione sanitaria programmata e promozione della salute nell'assistenza sanitaria di base per le donne (linee guida per la protezione della salute riproduttiva di gruppi di popolazione a maggiore rischio, linee guida per l'educazione sanitaria dei giovani e delle donne prima e dopo l'IVG, educazione alla salute prenatale);
- soggetti che eseguono i programmi di prevenzione della salute riproduttiva (metodi di attuazione, coordinamento e controllo).

Come è evidente da quanto sopra, le donne migranti non sono menzionate esplicitamente in alcun documento legislativo nazionale riguardante la salute riproduttiva.

4. Violenza di genere

La Repubblica di Slovenia ha sottoscritto tutte le più importanti dichiarazioni, convenzioni e accordi internazionali che regolano il tema della violenza contro le donne e della violenza di genere.

La *legge sulla prevenzione della violenza in famiglia* del 2008 è la prima legge in Slovenia a identificare chiaramente diversi tipi di violenza domestica (art. 3) e familiare (art. 2), determinare il ruolo e i compiti degli organismi statali e delle organizzazioni non governative nell'affrontare la violenza domestica e definire misure per la protezione delle vittime (art. 10). L'articolo 6 riguarda l'obbligo di denunciare la violenza e l'art. 26 afferma che le vittime hanno diritto all'assistenza legale gratuita.

La *Risoluzione sul programma nazionale di violenza familiare 2009-2014* (2009) presta particolare attenzione alla violenza contro i gruppi vulnerabili: bambini, donne, anziani, disabili e persone che per diverse circostanze non sono in grado di badare a sé stesse. Il documento prende in considerazione i bisogni specifici delle vittime e le loro situazioni personali.

I principi e le linee guida per il contrasto alla violenza domestica citati nel documento adottato dall'Assemblea Nazionale della Repubblica di Slovenia sono:

- la violenza contro un'altra persona è una violazione dei diritti umani fondamentali e deve essere e opportunamente trattata e sanzionata, poiché non vi è un limite al di sotto del quale la violenza possa essere accettabile o lecita;
- la violenza domestica è un problema sociale, basato su una distribuzione ineguale del potere sociale tra generi, e tra più deboli e più forti;
- la violenza familiare causata da partner legali, conviventi o ex partner e da genitori o tutori, deve essere trattata dallo Stato con lo stesso rigore di quella commesso da sconosciuti;
- lo Stato adotterà misure per prevenire la violenza e garantire la protezione delle vittime, indipendentemente dal responsabile.

Specifici compiti e attività dovrebbero essere definite in piani d'azione ogni due anni. Finora è stato attivato solo il *Piano d'azione per la prevenzione della violenza domestica 2012-2013*.

In merito all'argomento è necessario infine citare anche la *Risoluzione* sul programma di assistenza nazionale per il periodo 2013-2020, che nel capitolo dedicato a obiettivi strategie sottolinea come negli anni più recenti si osservi una crescita della domanda per attività legate all'ambito della violenza domestica e di altre forme di violenza. Tra le misure per affrontare questo problema, la risoluzione prevede un aumento del numero di centri di crisi per le vittime e di programmi di prevenzione, informazione, sostegno e assistenza.

LEGGI ITALIANE E SERVIZI SANITARI TRIESTINI RIVOLTI ALLE DONNE IMMIGRATE

Roberta Altin e Veronica Saba

Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Trieste

1. Le leggi italiane in materia di accesso al diritto alla salute per cittadini comunitari ed extracomunitari

L'art. 32 della Costituzione riconosce il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Come inoltre regolamentato nel TU Immigrazione agli artt. 34, 35, 36, il diritto alla salute è formalmente garantito dallo Stato italiano ed è esteso, al pari dei cittadini e cittadine italiane, sia ai comunitari sia ai non comunitari, siano essi regolari o irregolari, così come ai loro figli minori.

Per quanto riguarda le donne, in particolare, all'art.35 comma 3¹ emerge che "L'assistenza sanitaria è garantita a tutte, per: tutela della *gravidanza* e della *maternità*; tutela della salute del *minore*; *vaccinazioni* nell'ambito di campagne di prevenzione collettiva; profilassi, diagnosi e cura delle *malattie infettive*. Gli stranieri *irregolari* possono accedere ai servizi sanitari attraverso il codice *STP (Straniero Temporaneamente Presente)* valido su tutto il territorio italiano"².

Oltre a ciò, l'Italia prevede per le persone straniere vittime di violenza e di grave sfruttamento un programma di assistenza e integrazione sociale, così come stabilito dall'art.18 TU Immigrazione, che sancisce il rilascio di un particolare permesso di soggiorno "per motivi di protezione sociale"; con l'inserimento del soggetto a rischio nel programma di protezione sociale, previ accertamenti delle autorità competenti³, ne si garantisce "l'accesso ai servizi assistenziali e allo studio, nonché l'iscrizione nelle liste di collocamento e lo svolgimento di lavoro subordinato, fatti salvi i requisiti minimi di età"⁴. Come stabilito dai dati dell'OIM, e del GRETA- Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings⁵, molte delle persone inserite in questi programmi sono donne e ragazze adolescenti. I servizi socio-sanitari possono svolgere un ruolo fondamentale nell'intercettare potenziali vittime presso gli sportelli di ascolto, il pronto soccorso, il consultorio familiare.

Nonostante la legislazione, tanto sul piano nazionale che su quello regionale⁶ sancisca l'accesso all'assistenza sanitaria con pari diritti per cittadini italiani e stranieri, come emerge dalla letteratura⁷ e dai report di Asgi⁸, Sistema centrale Sprar⁹, Naga Onlus e Simm (Società italiana di medicina delle migrazioni)¹⁰, vi sono tutt'oggi alcune gravi limitazioni all'accesso, dovute, in alcuni casi, ad

¹ Al sopracitato articolo del TU Immigrazione si dichiara che: "a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176", in: <http://www.meltingpot.org/Testo-unico-sull-immigrazione-art-34-36-8a-parte.html#.Wy-kv6czaM8>.

² Si veda: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=193&area=Servizi_per_persono_o_situazioni_speciali.

³ Sono previsti degli indicatori condivisi, che permettono di individuare le vittime di tratta. Si veda: https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2017/11/notratata-web_DEFINITIVO_10_06_15.pdf e <https://www.un-hcr.it/wp-content/uploads/2018/02/Linee-Guida-identificazione-vittime-di-tratta.pdf>.

⁴ Si veda l'art.18 co.4 del TU Immigrazione. Fonte: <https://www.meltingpot.org/Testo-unico-sull-immigrazione-art-18-20-5a-parte.html#.W5ewAQgzaM8>.

⁵ Si vedano a tal proposito i report: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806edf35>; https://italy.iom.int/sites/default/files/news-documentsRAPPORTO_OIM_Vittime_di_tratta_0.pdf.

⁶ La Legge Regionale n.31/2015, all'art. 21, recita: "1. In attuazione della normativa in materia di tutela della salute, la Regione garantisce ai cittadini stranieri regolarmente presenti nel territorio regionale i servizi sanitari in condizioni di parità di trattamento e di piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani, in conformità all'articolo 34 del decreto legislativo 286/1998 e sulla base degli accordi Stato - Regioni".

⁷ Il sito dell'Istituto Superiore di Sanità raccoglie i principali dossier statistici riguardanti la presa in carico sanitaria dei cittadini stranieri in Italia: <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/DocumentazioneItalia.asp>.

⁸ L'Asgi ha spesso documentato varie negligenze ed abusi, specie rispetto alla presa in carico dei soggetti irregolarmente soggiornanti e dei loro figli: <https://www.asgi.it/ingresso-soggiorno/illegittimo-negare-cure-mediche-essen-ziali-perso-na-privato-permesso-soggiorno/>; <https://www.asgi.it/asilo-e-protezione-internazionale/discriminatorio-chie-dere-un-certificato-medico-presentare-la-riciesta-asilo/>; <https://www.asgi.it/lavoro-dirittisociali/il-divieto-di-segnalazione-dello-straniero-in-condizioni-di-irregolarita-di-soggiorno-che-accede-ai-servizi-sanitari-alla-luce-delle-nuove-disposizioni-del-cosiddetto-pacchetto-sicurezza/>.

⁹ Si veda il report del 9/01/2018 del Servizio Centrale Sprar al link: <http://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/03/Dossier-TUTELA-DELLA-SALUTE-2018.pdf>.

¹⁰ Si veda il documento disponibile al link: http://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/Legislazione.pdf.

anomalie di funzionamento del sistema: lungaggini burocratiche, tempi d'attesa dilatati, uso, da parte del personale sanitario, di tecnicismi linguistici inaccessibili, cui si sommano, nel caso dei cittadini stranieri, episodi di razzismo istituzionale che aumenta la sfiducia nell'approcciarsi ai servizi. A partire da questi elementi, in questo report si cercherà di mettere in luce la discrepanza tra le possibilità di accesso formali e l'accesso sostanziale, chiedendosi quale possa essere, nel caso delle donne straniere, la traiettoria compiuta per accedervi e quali gli strumenti di orientamento a loro disposizione.

2. I servizi dedicati alla salute riproduttiva delle donne migranti e native sul territorio triestino

La rete territoriale dei servizi sanitari di Trieste è organizzata già dagli anni '90 in un sistema distrettuale, in forza della Legge Regionale n.12/1994 che ridisegnava la struttura operativa dei servizi sanitari regionali in Distretti. Successivamente, con la L. Regionale 23/2004, si affidavano agli enti locali, sia pubblici che del privato sociale, competenze maggiori al fine di fornire risposte integrate ai bisogni della popolazione¹¹.

Secondo questa logica, e nonostante le più recenti riforme e revisioni di spesa¹², dal 1996 l'area triestina è suddivisa in quattro Distretti territoriali, ognuno dei quali comprende più rioni e circoscrizioni. Ogni Distretto è riferimento per circa 60 mila abitanti. Su ciascuno di essi è presente un consultorio familiare¹³.

Per quanto riguarda le specificità connesse alla presa in carico sanitaria della popolazione straniera, con l'aumentare dei flussi migratori, ovvero a partire dal periodo dei conflitti nella vicina area Balcanica fino ad oggi, il dibattito all'interno delle istituzioni ha portato alla costituzione dal 2000 di un tavolo regionale di confronto. In conseguenza a ciò, si è arrivati alla creazione di un Osservatorio Regionale per la Salute dei Migranti, cercando quindi di lavorare al fine di rimuovere gli ostacoli di fruizione dei servizi sanitari da parte dell'utenza straniera, creando più prossimità tra l'utenza e il personale sanitario sul territorio, nella collaborazione con gli enti del privato sociale presenti. Come riportato da Giannoni, con esso inoltre v'è la finalità di "realizzare un progetto specificatamente mirato alla tutela e promozione della salute della donna e del bambino, con una particolare attenzione ai problemi della prostituzione, della marginalità e dello sfruttamento della donna immigrata e ad alcune problematiche più strettamente sanitarie quali quelle relative a IVG¹⁴ e MTS"¹⁵. Per quanto riguarda inoltre specifiche problematiche connesse alla salute riproduttiva, l'Ospedale Materno-Infantile Burlo Garofalo ha attivato un servizio dedicato alle Mutilazioni genitali femminili che comprende lo sviluppo di una "rete di contatti con strutture sanitarie ostetrico-ginecologiche operanti nell'area regionale e con le Associazioni che operano a livello regionale, i cui interessi sono congrui con lo scopo del presente progetto e provvederà al monitoraggio in ambito regionale della entità del fenomeno delle MGF e delle patologie correlate (HIV)"¹⁶.

Oltre all'Ospedale Materno-Infantile, alle altre strutture comprese nella rete ospedaliera cittadina e alla rete dei Consultori pubblici, sono presenti sul territorio diversi altri soggetti, afferenti al privato sociale, che possono fungere da ponte nell'informare le donne sulle strutture e i servizi a disposizione.

Rimanendo in ambito pubblico, come emerso da un'intervista svolta a un'operatrice specializzata in assistenza all'allattamento, gli ambulatori pediatrici sono luoghi che possono svolgere un'importante funzione di orientamento alle molte madri migranti che vi si rivolgono. La stessa

¹¹ Per una breve panoramica dell'evoluzione storica della struttura organizzativa dei servizi del territorio, si veda: <https://www.cardfvg.com/assodis>.

¹² Si veda: <http://ilpiccolo.gelocal.it/trieste/cronaca/2014/07/17/news/la-riforma-della-sanita-taglia-i-distretti-1.9611159>.

¹³ Per un quadro complessivo della distribuzione dei consultori territoriali si veda: http://www.asuits.sanita.fvg.it/it/_materiale_informativo/interruzione_volontaria_gravidanza.html.

¹⁴ Per quanto riguarda il ricorso all'IVG, per le donne che ne facciano un uso frequente è previsto, su base regionale, un percorso di orientamento alla pianificazione familiare presso i consultori.

¹⁵ Si veda: <https://www.simmweb.it/gris-friuli-venezia-giulia>.

¹⁶ Si veda: <http://www.burlo.trieste.it/ricerca/mutilazioni-genitali-femminili-donne-immigrate-progetto-formazione-sostegno-integrato-alla-persona>.

questione mi viene riportata da una ginecologa del Consultorio Familiare del Distretto n.1: ai fini di favorire la fruizione dei servizi, è centrale lavorare insieme alle donne sulla consapevolezza, nell'importanza di una relazione medico-paziente di qualità, fondata sul rispetto e ascolto attivo, e non sulla mera biomedicalizzazione.

Questo tipo d'intervento svolge quindi una funzione che va molto al di là della relazione clinica, presupponendo una presa in carico di carattere olistico, che nel caso dell'ambulatorio pediatrico è mirata non solo alla salute del bambino, ma anche all'ascolto dei bisogni della donna e della famiglia.

L'impatto coi servizi sanitari per le donne migranti è spesso il primo momento di contatto con l'istituzione italiana e per questo si rivela particolarmente importante, specie nelle situazioni a maggior rischio di vulnerabilità¹⁷.

Dal confronto con gli operatori di consultori e ambulatori pediatrici, emerge quindi un dato importante: nella dimensione del presidio territoriale, è possibile instaurare un rapporto diretto e di fiducia, in grado di svolgere un importante fattore protettivo e di orientamento, con risposte di salute efficaci.

Sul territorio, oltre alla presenza di questi ambulatori, sono molti gli attori impegnati nel creare reti di supporto alle donne: la Casa internazionale delle donne di Trieste¹⁸ svolge da tempo un lavoro importante per incrementare il benessere, la consapevolezza e la salute delle donne, native e migranti, presenti sul territorio, svolgendo incontri di formazione e informazione su varie tematiche.

Oltre a ciò, il "Centro Antiviolenza Goap" è un punto di riferimento per le questioni legate alle problematiche di genere e alla violenza. Per quanto riguarda lo sfruttamento del corpo femminile, sono inoltre attivi il "Comitato per i Diritti Civili delle prostitute Onlus"¹⁹, presente sul territorio dal 1984, che prevede al proprio interno dal 1999 il "Progetto Stella Polare", a sostegno delle vittime di tratta²⁰. Quest'ultimo, in collaborazione con i servizi sanitari territoriali e l'"Osservatorio Regionale per la Salute dei Migranti", prevede tra le sue azioni a sostegno della salute delle vittime di tratta l'applicazione dell'Azione 19 del Programma Immigrazione 2017. Esso è inserito nella cornice del programma regionale "FVG in rete contro la tratta", che oltre ad implementare interventi per l'emersione e percorsi di protezione sociale ex art.18 TU Immigrazione, prevede una specifica presa in carico sanitaria delle donne intercettate. Gli stessi servizi socio-sanitari, prestando attenzione ad alcuni indicatori condivisi su base internazionale²¹, possono intercettare potenziali vittime presso gli sportelli di ascolto, il pronto soccorso, il consultorio familiare, collaborando nella segnalazione al progetto.

Oltre a ciò, l'associazione per la mediazione linguistico-culturale "Interethnos", oltre a collaborare con i servizi sanitari del territorio, organizza periodicamente incontri con le comunità etnico-nazionali presenti, al fine di ragionare sulle strategie da mettere in atto per ridurre le distanze tra esse e il contesto ospitante. In particolare, nell'ultimo periodo quest'associazione ha organizzato, in partnership con l'associazione culturale "Benkadi"²², il progetto "La Tenda", Il Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute Onlus, l'associazione "L'una e L'altra", un incontro aperto alla cittadinanza dal titolo "Educare alle differenze nel contesto interculturale e interreligioso"²³.

Per quanto riguarda l'accoglienza delle persone richiedenti asilo e rifugiate, "ICS - Consorzio

¹⁷ L'orientamento e il lavoro sulla consapevolezza si rivelano fondamentali al fine di far emergere particolari situazioni di rischio, sia connesse alla salute sia relative alla situazione familiare della donna. Vi sono molti progetti che lavorano in questa direzione, si vedano ad esempio i progetti "BEFORE-Best practices to empower women against female genital mutilation, Operating for Rights and legal Efficacy" e "WEIP Women Empowerment Integration Participation" del Centro Antiviolenza Differenza Donna di Roma, <http://www.differenzadonna.org/progetti-internazionali/>.

¹⁸ In particolare si veda: <http://www.casainternazionaledonnetrieste.org/salute.php>.

¹⁹ Si veda: www.lucciole.org.

²⁰ Per approfondimenti si vedano: <http://www.regione.fvg.it/rafv/cms/RAVFG/cultura-sport/immigrazione/FOGLIA3/> e http://autonomielocali.regione.fvg.it/aall/opencms/AALL/Polizia_Locale_e_sicurezza/Formazione/Seminari/allegati/2_Progetto_FVG_in_rete.pdf.

²¹ Si veda: <https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/09/Vittime-di-tratta-Linee-guida-compresso.pdf>.

²² Si veda: <http://benkadi.it/>.

²³ Si veda: <http://www.casainternazionaledonnetrieste.org/private/downloadfile.php?fileId=480>.

italiano di solidarietà” e “*Caritas*” sono gli enti che organizzano le strutture sul territorio. Gli operatori svolgono all’interno di esse, specie nei casi più vulnerabili, accompagnamenti ai servizi sanitari.

Caritas ha inoltre uno sportello immigrazione²⁴, aperto a tutta la popolazione straniera, che orienta su molteplici aspetti e bisogni sociali.

Tutte queste realtà presenti sul territorio, sono attori importanti poiché costituiscono un collante tra utenza e servizi, potendo diffondere strumenti e sensibilizzare la popolazione sull’offerta esistente.

In ogni distretto della città inoltre sono presenti dal 2005 le Microaree, un progetto che coinvolge enti pubblici e privati intervenendo su 5 settori determinanti per la salute: la sanità, l’educazione, l’habitat, il lavoro e la democrazia locale.

L’intento di questo progetto è quello di “favorire la partecipazione attiva dei cittadini per produrre benessere. Le Microaree costituiscono un osservatorio del territorio, un punto di raccolta di bisogni e necessità, un laboratorio per la ricerca di possibili soluzioni”²⁵. In alcuni quartieri della città, particolarmente complessi dal punto di vista socio-economico, questi interventi si rivelano quindi fondamentali per intercettare bisogni sociali e sanitari specifici, e per evitare l’isolamento dei soggetti più fragili.

Questi elementi di contesto possono chiarificare circa lo scenario entro cui le donne straniere si trovano ad agire nell’accedere ai servizi sanitari triestini. L’offerta del territorio presenta potenzialità e vari esempi di buone prassi. Tuttavia, come si descriverà nel prossimo paragrafo, questi elementi talvolta non bastano a garantire un accesso ottimale ai servizi: di seguito, a partire dai dati raccolti dal questionario e dalle interviste agli operatori, si proverà ad evidenziare i punti su cui ancora ci sarebbe bisogno d’intervenire.

²⁴ Si veda: <https://www.caritastrieste.it/immigrazione/>.

²⁵ Si veda: http://www.asuits.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/direzione_sanitaria/dat_dipartimento_assistenza_territoriale/distretto_3/microaree/struttura.html.