

### 3.6. Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze di Maurizio Marceca\*, Salvatore Geraci\*\*, Ardigò Martino\*\*\*

#### *Premessa*

L'obiettivo di questo capitolo è quello di approfondire la relazione esistente tra l'esperienza migratoria e le possibili disuguaglianze nella salute nel mondo e, in particolare, in Italia.

Questa prospettiva è resa problematica, in primo luogo, dal fatto che il fenomeno migratorio presenta caratteristiche storiche, demografiche, sociali e antropologiche diverse nelle diverse parti del globo. Molta della letteratura scientifica disponibile fa riferimento ad un'area, quella nordamericana, in cui l'esperienza migratoria si distacca marcatamente da quella europea e nazionale, come è verificabile anche attraverso l'analisi della altrettanto ricca letteratura inglese, che fotografa una situazione difforme<sup>1</sup>.

Tali differenze hanno ripercussioni nelle stesse scelte linguistiche – sia sotto l'aspetto giuridico e scientifico che sotto quello più propriamente semantico – atte a definire l'oggetto di interesse.

Abbiamo finito per scegliere tale titolo perché il termine di *minoranze etniche*, oggettivamente prevalente nella letteratura di riferimento, nella nostra area culturale induce non poche perplessità (soprattutto per le sue implicazioni antropologico-culturali). Tale termine rimanda comunque alla lunga esperienza migratoria di tante comunità che, nel loro percorso storico-sociale in una data area geografica, hanno finito per occupare uno spazio socio-economico minoritario.

Altri termini di riferimento possono, evidentemente, essere assunti, ed in parte lo saranno, come quello di 'straniero', 'migrante' o 'immigrato' (o loro sottoinsiemi, come quelli di 'richiedente asilo',

\* Università La Sapienza, Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

\*\* Caritas Diocesana di Roma - Area sanitaria; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

\*\*\* Medico in formazione specialistica.

‘rifugiato’, ‘rom’, etc.). Tali termini sono maggiormente utilizzati in aree dove l’esperienza migratoria è più recente, come in quella europea, e ha dato luogo, mediamente, a due o tre generazioni successive a partire dall’esperienza migratoria iniziale.

Nel nostro Paese il termine che prevale in questa fase storica è quello di *straniero*, scelto, nella stesura della L. 40/98, per definire “i cittadini di Stati non appartenenti all’Unione Europea e gli apolidi”. Questa scelta di lessico giuridico, che forse incorre in minori rischi discriminatori, non riesce comunque a ricomporre la grande dinamicità e complessità del fenomeno migratorio, ed include, ad esempio, i turisti o gli uomini d’affari non europei, che, evidentemente, non caratterizzano la popolazione di nostro prevalente interesse in questa sede. Riassumendo, ciò che accomuna, in tutte le parti del mondo, il nostro approfondimento, è quello di un possibile legame tra l’appartenenza ad una comunità che è stata, o è attualmente, protagonista di una migrazione, e le caratteristiche di salute dei membri di questa comunità rispetto a quelle della comunità ‘autoctona’ (sempre che questa possa essere facilmente identificata).

Il ragionamento con cui ci proponiamo di stimolare una riflessione critica richiede quindi, da parte del lettore, una contestualizzazione successiva di cui potremo, per motivi di spazio, solo sottolineare le principali coordinate. Tra le più importanti, segnaliamo il complesso delle dinamiche di inclusione sociale, sia sotto l’aspetto della possibilità di acquisire la cittadinanza ed i diritti a questa collegati (tra cui l’eventuale diritto all’assistenza sanitaria pubblicamente finanziata), sia sotto l’aspetto di una emancipazione economica che consenta di tutelare effettivamente la propria salute.

Anticipiamo che il dibattito scientifico è finora ruotato intorno al fatto se tra l’appartenza a un ‘gruppo etnico minoritario’ (o, diremmo noi, l’esperienza passata o recente della migrazione nella propria famiglia) e il riscontro di ‘disuguaglianze di salute’ esista una relazione effettivamente causale o se il fattore realmente discriminante sia la condizione socio-economica, cui la “questione etnica” sarebbe collegata strettamente. Sembra attualmente prevalere l’orientamento per cui la discriminazione razziale aggrava ed oltrepassa le disuguaglianze causate dalla condizione socio-economica. Premettiamo infine che, per non incorrere in semplificazioni e superficialità eccessi-

ve, abbiamo deliberatamente scelto di non approfondire alcune condizioni molto specifiche (e anch'esse diverse da paese a paese), come, su tutte, quella dei rifugiati e quella dei Rom ed altre comunità con passato nomadico.

### *Gli scenari internazionale e locale del fenomeno migratorio*

All'inizio del 21° secolo, circa 175 milioni di persone, il 48% donne, vivono al di fuori del loro paese di nascita, il che corrisponde (al 2001) a poco meno del 3% della popolazione mondiale, ovvero a una persona su 35.

Contrariamente a quanto si pensa, i migranti sono concentrati più nei cosiddetti 'Paesi in via di sviluppo' - PVS (98,7 milioni, pari al 56,3%) che nei cosiddetti 'Paesi a sviluppo avanzato' - PSA (76,4 milioni, pari al 43,7%). Il più rilevante polo migratorio nel mondo è comunque l'Europa, con oltre 55 milioni di migranti, poco meno della metà presenti nell'Unione Europea dove rappresentano il 5,2% della popolazione residente (vedi **Tabella. 1**).

<i>Area</i>	<i>Popolazione in migliaia</i>	<i>Ripartizione %</i>	<i>Migranti in migliaia</i>	<i>Ripartizione %</i>	<i>Incidenza % su popolazione totale</i>
MONDO	6.067.447	100,0	175.119	100,0	2,9
<b><i>Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA)</i></b>	<b>861.187</b>	14,2	<b>76.441</b>	43,7	<b>8,9</b>
<i>di cui Unione Europea*</i>	<b>446.600</b>	-	<b>23.988,50</b>	-	<b>5,2</b>
<b><i>Paesi in via di sviluppo (PVS)</i></b>	<b>5.206.260</b>	85,8	<b>98.678</b>	56,3	<b>1,9</b>

dati al 31.12.2003 sui 25 Paesi dell'Unione

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati ONU, OECD, Council of Europe e altri.

*Tabella 1.*

Migranti nel mondo: ripartizione per PSA e PVS (2000)

Circa il 10% dei migranti (vale a dire quasi 16 milioni) sono rifugiati, per quasi l'85% dislocati nei PVS, con un rifugiato ogni 7 migranti, rispetto ad un rifugiato ogni 31 immigrati nei paesi a sviluppo avanzato.

Negli anni '70 il nostro paese era il primo esportatore di manodopera in Europa, ed il numero degli italiani che ogni anno emigravano era superiore a quello degli stranieri soggiornanti. Da allora le statistiche mostrano un costante aumento delle presenze straniere: circa 300.000 all'inizio degli anni '80, più che raddoppiate all'inizio degli anni '90 (circa 650.000) ed ancora raddoppiate nel 2000 (oltre 1.340.000). Nel 2003, per effetto della regolarizzazione disposta nell'anno precedente dalla legge 'Bossi-Fini' (ben 700.000 domande), sono stati ampiamente superati i due milioni di presenze ed oggi, con quasi tre milioni di presenze (2.730.000 a fine 2004)<sup>2</sup> l'Italia è diventata un grande paese di immigrazione, con segni distintivi di una tendenza all'insediamento stabile. Infatti, rispetto agli altri paesi europei, ci collochiamo dietro Germania e Francia, con rispettivamente 7,3 e 3,5 milioni di presenze, ed all'incirca allo stesso livello di Spagna e Gran Bretagna. Insieme alla Spagna il nostro paese è lo Stato UE caratterizzato da ritmi d'aumento più consistenti; va comunque considerato che diversi criteri di attribuzione della cittadinanza (in Italia procedimenti complessi e lunghi) non rendono comparabili questi dati.

Ad influire maggiormente sull'incremento della presenza immigrata in Italia sono tre fattori strettamente collegati: la peculiare collocazione geografica – con confini molto estesi – in un'area a forte pressione migratoria; una programmazione dei flussi quantitativamente debole e operativamente inefficace; il realistico recupero, attraverso le regolarizzazioni, degli immigrati sprovvisti di permesso di soggiorno ma già inseriti nell'area del lavoro nero.

Sintetizzando gli ultimi dati resi disponibili dal Ministero dell'Interno e dall'ISTAT (fine 2004) possiamo notare come quasi il 65% degli immigrati regolari abbia un'età compresa tra 19 e 40 anni (circa il 49% donne). Il 37% proviene da paesi europei extra UE, il 24% dall'Africa (oltre il 16% da quella occidentale), il 17% dall'Asia (quasi il 9% da quella Orientale) ed oltre l'11% dall'America (poco meno del 9% dall'America Latina). La comunità albanese ha

superato le 316.000 unità (42,5% di donne); altre due comunità hanno raggiunto le 200.000 presenze (marocchina e rumena, rispettivamente con il 38% ed il 50% di donne). I cinesi hanno abbondantemente superato quota 100.000 (111.712, con 46,5% femmine) e gli ucraini hanno avuto l'incremento maggiore, attestandosi a oltre 93.000 unità ma con una presenza femminile di oltre l'83%. Complessivamente, sono quasi 190 le nazionalità rappresentate. Oltre il 66% degli immigrati in Italia è presente per motivi di lavoro, circa il 24% per motivi di famiglia, e per quasi il 7% per vari motivi (adozione, motivi religiosi, residenza elettiva): nel complesso si tratta di quasi il 97% del totale dei permessi di soggiorno, dato che caratterizza il fenomeno migratorio come componente strutturale del tessuto sociale, economico e culturale del nostro paese.

La componente migratoria irregolare è invece difficilmente quantificabile in maniera attendibile. Si stima che gli ingressi in Europa siano pari a circa 500.000 unità ogni anno. Dalle stime effettuate è emerso che il 75% degli immigrati irregolari è *overstayer*, cioè stranieri entrati con regolare permesso che permangono nel paese ospite anche dopo la scadenza; il 15% è invece entrato clandestinamente utilizzando documenti falsi o nascondendosi su mezzi di trasporto e, di questi, solo il 10% è composto da clandestini sbarcati sulle coste italiane. Un capitolo a parte riguarda i minori: da quando il loro numero è divenuto consistente (attualmente oltre mezzo milione), è fuorviante limitarsi a quelli registrati autonomamente dal Ministero dell'Interno; il suo archivio infatti, registra i minori, seppur non sistematicamente, solo in caso di ricongiungimento familiare o dopo il compimento del 14° anno d'età, tralasciando per esempio la registrazione delle diverse migliaia di nuovi nati ogni anno (circa la metà del totale). La presenza di minori e di famiglie ricongiunte, fa sì che si passi da una condizione di tendenziale invisibilità sociale ad una relazione più intensa con il paese d'accoglienza, imponendo un rapporto più serrato tra le culture.

### *Una revisione bibliografica internazionale: potenzialità e limiti*

Nella revisione della bibliografia gli spunti più interessanti sono venuti dal confronto tra la letteratura sanitaria e quella dell'area

umanistico-sociologica. Se consideriamo le disuguaglianze in salute è innegabile che alcune di queste, in particolari gruppi di individui, permangono dopo avere aggiustato i dati rispetto allo Status Socio Economico (d'ora in avanti SES)<sup>3 4 5</sup>. Questo lascia presupporre che esistano altri fattori responsabili delle disuguaglianze propri di quel gruppo, non assimilabili al SES. Nazroo<sup>6</sup> per esempio espone il caso della mortalità infantile dei bambini nati in USA da madri bianche e di colore. Pur esistendo un gradiente di mortalità crescente tra i nati da madri con basso e alto titolo di studio, i bambini nati dalle madri di colore hanno sempre una mortalità sensibilmente maggiore rispetto a quelli nati da madri bianche, tanto che i figli delle madri di colore più scolarizzate hanno comunque una mortalità superiore rispetto ai figli delle madri bianche meno scolarizzate. Alcuni autori finiscono pragmaticamente per ammettere che questo tipo di disuguaglianze evidenzino i limiti dell'integrazione fra diverse culture (e quindi difficoltà nella relazione tra servizi sanitari e gruppi culturali, maggiore esposizione a fattori di rischio, etc.), o aperti fenomeni di razzismo. Ciò che sembra evidente comunque è che essere di razza non bianca, di etnia differente, o non appartenere alla cultura dominante sia di per sé stesso un fattore di rischio. Verificare questi studi è molto più complesso del previsto, per due ordini di problemi: tecnici e concettuali. Le difficoltà tecniche risiedono nella raccolta di dati non affidabili, nel numero limitato di variabili in studio, nel loro valore istantaneo, nella disomogeneità e scarsa confrontabilità degli aspetti osservati<sup>4 5 6</sup>. I problemi concettuali, invece, risiedono nella mancanza di consenso sulle categorie in esame. Uno studio del 2004 pubblicato su *American Journal of Epidemiology* ha evidenziato come tra il 1996 e il 1999 siano stati pubblicati su due riviste statunitensi di epidemiologia 919 revisioni della letteratura in cui venivano utilizzate per esprimere concetti di razza o etnia 27 variabili differenti. Il 33,3% di queste combinava i due concetti in un unico termine<sup>7</sup>. Inoltre la letteratura umanistico-sociologica ha da tempo evidenziato la scarsa consistenza "epidemiologica" delle categorie di razza/etnia per via della loro elaborazione all'interno di processi politici (definizione dei diritti e dei doveri dei cittadini rispetto agli stranieri, individuazione di categorie soggette a legislazioni speciali). Sintetizzando si può affermare che è la necessità politica nella defi-

nire differenze che spinge a cercare caratteristiche fisiche o sociali capaci di manifestarle e non il contrario. Allo stesso modo appare ridimensionato anche il ruolo delle categorie culturali, che nel mondo globalizzato, sono soggette alla complessità ed alla rapidità delle relazioni tra persone. Di conseguenza sarebbe più corretto discutere di processi di inculturazione piuttosto che di categorie culturali, con le evidenti ricadute che questo comporta anche in ambito di ricerca<sup>8 9 10</sup>. Possiamo sintetizzare la questione “delle concretezze malriposte” con una frase di Alfred North Whitehead, logico matematico e filosofo della scienza: “Se noi pensiamo ad una scarpa come ad *una vera scarpa* non saremo in grado di usarla come un martello (quando non ci saranno martelli intorno a noi)”<sup>11</sup>. Ma il fatto che razza/etnia e cultura non delimitano categorie consolidate non mette affatto in dubbio la presenza delle disuguaglianze, sottolinea invece la presenza di processi sociali che discriminano direttamente alcune classi di persone ed in queste classi, più frequentemente, ritroviamo individui che hanno sperimentato una storia di migrazione. Sono questi processi, più che caratteristiche etnico/razziale o culturali tipiche degli immigrati quei fattori che influenzano la differente incidenza e gravità delle malattie e l’accessibilità ai servizi sanitari di questi gruppi rispetto alla media della popolazione generale. Questo tipo di disuguaglianze sono state verificate già nei rapporti Black<sup>12</sup> e Acheson<sup>13</sup> e via via confermate in una quantità studi successivi.<sup>14 15</sup>

I gruppi con pregressa esperienza migratoria hanno mediamente un’aspettativa di vita inferiore alla popolazione generale, una mortalità infantile maggiore, riportano più frequentemente una cattiva salute<sup>6 16</sup>, accedono più frequentemente in maniera scorretta ai servizi (sia sovra- che sottoutilizzo) e rischiano con maggior frequenza prestazioni inadeguate<sup>14</sup>. Per quanto riguarda l’esposizione a fattori di rischio, la letteratura rileva come questi gruppi tendono ad essere costretti a vivere in abitazioni di bassa qualità, sovraffollate, spesso confinati in aree urbane degradate, con meno servizi ed in cui è maggiore la criminalità.<sup>17</sup> Altro fattore di rischio rilevato in maniera consistente è senza dubbio la povertà. Le persone che hanno sperimentato la migrazione hanno mediamente, rispetto al resto della popolazione, tassi di povertà più elevati, tassi di disoccupazione più alti, ricevono salari più bassi e sono maggiormente dipendenti dal-

l'aiuto pubblico, quando esiste<sup>17</sup>. I lavoratori immigrati sono più frequentemente assunti con ruolo di 'non specializzati', in una situazione di irregolarità e sottopagati, e sono sottoposti a lavori ad alto rischio per via dell'esposizione a tossici o ad ambienti di lavoro insalubri, con misure di protezione o equipaggiamento inadeguate od assenti, con orari di lavoro prolungati e con tutela insufficiente. A questo vanno aggiunti i problemi di natura linguistica o culturale, che possono aumentare il rischio lavorativo. In effetti, il tasso di infortunio degli immigrati in Europa è circa doppio del tasso di infortunio dei "nativi"<sup>17</sup>. L'accessibilità ai servizi, dal canto suo, può essere fortemente condizionata da diversi fattori: lo status giuridico del soggetto, che riduce la possibilità di accesso legale, con diverse gradazioni, a vari servizi, compresi quelli sanitari e di sicurezza sociale; il costo, in rapporto alle possibilità economiche degli utenti ed alle loro necessità che negli immigrati risulta più frequentemente rilevante; la presenza di barriere fisiche all'accesso, dovute alla distanza, al collegamento mediante mezzi di trasporto pubblici, all'organizzazione (orari di apertura, numero di operatori, etc.), alla compatibilità con i ritmi di vita e di lavoro, e le disuguaglianze nell'informazione anche sanitaria, tutti fattori dipendenti dall'organizzazione sociale delle comunità e dal grado di integrazione nei networks locali.

In definitiva, le implicazioni concettuali e metodologiche rappresentano un potente stimolo per approfondire la conoscenza dei processi che in questo momento espongono in maniera consistente le popolazioni con esperienza migratoria a severe discriminazioni anche in ambito sanitario.

### *La salute degli stranieri immigrati: il caso Italia*

La progettualità migratoria si motiva e si orienta verso un ventaglio di diverse possibilità: lavoro, ricongiungimento familiare, studio, asilo politico, migrazione ulteriore, etc. Se ancora oggi il principale motivo di immigrazione in Italia è a fini di lavoro (nel 2004 oltre il 66% dei permessi di soggiorno rilasciati), progressivamente crescente è stata, a partire dal primo quinquennio degli anni '90, la migrazione per ricongiungimento familiare, tipica di una seconda fase di migrazione, quella in cui il resto della famiglia raggiunge l'im-

migrato, qualora questi sia riuscito a realizzare una qualche forma di inserimento sociale (i permessi di soggiorno per motivi familiari alla fine del 2004 erano quasi il 24%).

Quali che siano le motivazioni iniziali, appare evidente come il tentativo migratorio sia messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, hanno le massime possibilità di successo prevedibili, all'interno della comunità di riferimento, familiare o allargata. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che, come abbiamo visto, i 2/3 di chi emigra abbia un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un medio grado di istruzione (il 73% ha almeno il titolo medio-inferiore)<sup>18</sup>. Il fisico sano garantisce possibilità maggiori di inserimento sociale, che spesso, soprattutto nelle prime fasi della permanenza nel paese ospite, è particolarmente difficile e permette la possibilità di rispondere ad un mercato del lavoro che offre opportunità di mansioni spesso molto faticose ed usuranti sul piano fisico. Tali considerazioni sostengono quello che, nella letteratura di settore, è stato definito l'«effetto migrante sano», concetto di inusuale efficacia sintetica che è stato adottato anche da Lemma, Costa e coll., in quella che si può considerare la prima trattazione organica pubblicata in Italia nel 1990 sul tema in oggetto, nell'ambito del volume «La salute degli italiani»<sup>19</sup>.

Da qualche anno disponiamo di diverse fonti di dati a livello nazionale che ci forniscono importanti spunti per analisi e riflessioni. In particolare, ci sembrano significativi (seppur con alcuni limiti metodologici) i dati relativi all'ospedalizzazione, in quanto rappresentano una quota rilevante dell'assistenza sanitaria, soprattutto per questa popolazione. Gli ultimi dati disponibili si riferiscono a episodi di ricovero per acuti avvenuti nel 2003 (altre analisi pubblicate si riferivano agli anni 1998 e 2000), sia in regime ordinario che di day-hospital, erogati da quasi 1.400 ospedali pubblici e privati (accreditati e non) presenti in Italia. Gli stranieri sono stati identificati in base alla cittadinanza, e proprio il riferimento al 2003, a ridosso della conclusione dell'ultima regolarizzazione, farebbe supporre un baci-

no esiguo di irregolarità e quindi dati sufficientemente rappresentativi dell'immigrazione in Italia. Coerentemente con quanto già emerso negli anni precedenti, ancora una volta si evidenzia il ricorso all'assistenza ospedaliera per motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici (gravidanze) o accidentali (traumi), e ciò può indicare che la popolazione straniera gode ancora di un discreto stato di salute. L'incremento, anche se contenuto, dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative e cardiache o per chemioterapia, annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell'attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori (soprattutto dall'Europa dell'Est) e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione: ciò, insieme all'aumento nel numero di ricongiungimenti familiari con il possibile ingresso di membri della famiglia più vulnerabili, lascia prefigurare una riduzione progressiva nel tempo dell'impatto dell'effetto migrante sano<sup>20</sup>.

L'Italia, seppur tardivamente rispetto all'emersione del fenomeno immigratorio, si è dotata di una normativa sanitaria particolarmente attenta e lungimirante: regolata da alcune norme nazionali (Artt. 34-36 del D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: «*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*»; Artt. 42-44 del D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999 – suo Regolamento d'attuazione; Circolare 24 marzo 2000, n. 5 del Ministero della Sanità) e condizionata dalle politiche locali, tale normativa ha l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica, ed i loro familiari, nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene l'assistenza sanitaria, a parità di condizioni e di opportunità con i cittadini italiani. Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro che sono presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità, garantendogli, oltre le cure urgenti, anche quelle essenziali, ancorché continuative, ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia della presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

Questa impostazione, accompagnata da una crescente “disponibi-

lità” da parte degli amministratori locali e degli operatori sanitari, si sta traducendo in un progressivo aumento dell’accessibilità ai servizi e miglioramento delle condizioni di salute, almeno per alcuni ambiti<sup>21</sup>.

Significativa è una ricerca pubblicata dall’Istituto Superiore della Sanità<sup>22</sup>, che ha indagato e monitorato nel tempo alcuni punti critici del ‘percorso nascita’ tra le donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata raffrontandoli con le italiane. Lo studio, partito nel 1995-96, è stato riproposto nel 2000-01 al fine di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l’influenza della normativa introdotta nel 1998. In generale, con l’ultima rilevazione, si è osservato un miglioramento dell’assistenza in gravidanza, parto e puerperio. Ad esempio, è diminuita la percentuale di donne che ha effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero di ecografie ha raggiunto quello previsto dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere, in media, il 3° come tra le italiane. Recenti studi evidenziano come in alcuni contesti regionali, come l’Emilia Romagna, siano scomparse anche differenze relative agli esiti alla nascita.

Anche nell’ambito delle malattie infettive ci sembra opportuno sottolineare il dato di una sensibile riduzione dei tassi tra gli stranieri affetti da HIV: nel periodo 1992 – 2003 la diminuzione è risultata mediamente del 59% tra i maschi e del 21% tra le femmine. Tale diminuzione è stata particolarmente evidente a partire dal triennio 1998-2000 ed ha riguardato tutte le classi d’età, riflettendo il trend osservato tra gli italiani; a nostro avviso ciò potrebbe significare una maggiore accessibilità alle cure più efficaci<sup>23</sup>. Anche i ricoveri per tubercolosi si sono ridotti sia in numero assoluto che in percentuale passando da 1.109 (2,4% di tutti i ricoveri) nel 2000 a 791 (0,9%) nel 2003, dalla terza alla settima causa, forse per una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali per questa popolazione (meno ricoveri ripetuti). Infine l’evidenza di un trend di maggior ricorso al day hospital (+188% nel 2003 rispetto alla rilevazione di tre anni prima), potrebbe significare percorsi assistenziali più adeguati e quindi interventi sanitari più tempestivi ed efficaci<sup>2</sup>.

A fronte di ciò, i dati disponibili indicano però anche il persistere se non un’accentuazione della fragilità sociale di questa popolazione:

paradigmatici sono i casi delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e dell'infortunistica sul lavoro.

In particolare le IVG sono passate da 10.131 casi nel 1996 (7,4% del totale delle IVG), 21.201 (15,9%) nel 2000 a 31.836 (26%) nel 2003. Anche i tassi di abortività (che tengono conto di una popolazione specifica in continuo aumento) indicano un ricorso all'IVG significativamente maggiore tra le donne straniere rispetto all'italiane (rispettivamente 35,5 e 8,1 per 1.000 donne in età feconda nel 2002) ed in progressivo aumento (erano 28,0 e 9,1 nel 1996; 29,7 e 8,5 nel 2000)<sup>24</sup>.

Una recente indagine multicentrica che ha indagato sulle motivazioni all'IVG delle donne immigrate enfatizza la precarietà sociale e l'incerto livello d'accoglienza come elementi in grado di influenzare le scelte riproduttive e di tradursi in una maggiore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie.

Sempre a dinamiche di natura sociale (più frequente esposizione a lavoro irregolare, a mansioni più rischiose, minor protezione sindacale e sul lavoro, minor cultura preventiva occupazionale), sembrano riconducibili i dati relativi agli infortuni sul lavoro tra gli stranieri<sup>25</sup>. Le stime più recenti elaborate dai dati Inail parlano infatti di un rischio infortunistico pari ad oltre il 6,5%, cioè più che doppio rispetto a quello degli italiani, pur con differenziazioni per aree territoriali.

Riassumendo, a fronte di fattori protettivi quali la struttura anagrafica della popolazione immigrata e l'autoselezione alla partenza, si può riconoscere il rischio di una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabili a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative<sup>26 27</sup>.

### *Considerazioni e prospettive*

La particolare complessità, annunciata nelle premesse, inerente il tema affrontato (e le inevitabili lacune che ne hanno caratterizzato lo sviluppo), restringono l'orizzonte delle conclusioni ad alcune sottolineature e raccomandazioni.

Una prima considerazione riguarda il compito della scienza, e ci fa dire, con Nancy Krieger, che *“l’obiettivo più ampio è quello di sostenere lo sviluppo di una scienza più critica, riflessiva e rigorosa, capace di produrre evidenze utili a correggere – piuttosto che a perpetuare – le disparità sociali nella salute”* (2005). Una seconda, di carattere tecnico-metodologico, attiene la necessità di sostenere e ravvivare, attraverso il confronto tra i ricercatori, l’individuazione degli approcci e dei metodi che meglio possono consentire, nella lettura dei sistemi sanitari, l’individuazione delle possibili disuguaglianze nella salute e delle loro effettive cause. Ciò, viste le dimensioni del fenomeno migratorio in Europa, sarebbe auspicabile avvenisse sempre più a questo livello. Nel nostro paese, uno specifico orientamento di ricerca epidemiologica sulle disuguaglianze è stato, finora, ristretto ad un esiguo numero di studiosi: sarebbe quindi particolarmente opportuno che sia le istituzioni sanitarie, a livello nazionale e regionale, sia la comunità scientifica – includendo le società scientifiche insieme alle università – dimostrassero una maggiore sensibilità al tema.

Oltre al doveroso richiamo ad applicare le specifiche norme vigenti, una raccomandazione rivolta a tutti coloro che operano in sanità, spesso animati dalla volontà di assistere i pazienti stranieri secondo le loro migliori capacità professionali ma scoraggiati dalla sensazione di una sostanziale incomprensione reciproca, è quello di accettare la diversità senza farsene “schiacciare”. Diverse esperienze, anche in Italia, hanno infatti dimostrato che non occorre conoscere tutte le culture del mondo per poter assistere adeguatamente pazienti provenienti da tutto il mondo. Occorre piuttosto sviluppare una capacità di approccio che viene definito ‘transculturale’ proprio perché in grado di superare le difficoltà proposte dalle differenze culturali, verso cui si può gradualmente costruire una visione equilibrata, cioè capace di non sottovalutare né di sopravvalutare, anche nel campo della salute, il portato della diversità<sup>26</sup>. Questo percorso dovrebbe essere però sostenuto da una adeguata formazione di tutti gli operatori della salute, siano essi clinici o amministrativi, cui si raccomanda di richiederne l’organizzazione ai contesti in cui operano. Quello formativo rappresenta infatti il principale strumento di messa in moto delle risorse e delle dinamiche che, nel loro complesso, offrono la possibilità di operare una “mediazione di sistema”, in gra-

do di accogliere e trattare il paziente eteroculturale in modo da offrirgli le stesse opportunità degli altri pazienti. Un notevole aiuto a tale processo può essere offerto attraverso una maggiore integrazione di operatori sanitari stranieri a tutti i livelli, compreso quelli dirigenziali. Tale orientamento, per non correre il rischio di depauperamento delle già scarse risorse professionali di molti paesi di emigrazione (il cosiddetto *brain drain*), dovrebbe riguardare le persone già presenti sul territorio garantendo, con le opportune verifiche, il riconoscimento dei titoli professionali acquisiti nel paese di origine, e pari condizioni con i cittadini italiani per la formazione e la professionalizzazione sanitaria dei giovani.

In ultima analisi, se è innegabile che la sempre maggiore diversità alimentata dal fenomeno migratorio propone alla società elementi critici e complessi, dal nostro punto di vista la stessa diversità è, al contempo, occasione preziosa di stimolo a costruire una società più equa e solidale. Ciò presuppone però la capacità di promuovere ed attuare politiche di integrazione istituzionale e non istituzionale, anche nel campo della salute, dei 'nuovi' cittadini, in grado di favorire e di difendere lo sviluppo e la coesione sociale.

### *Note bibliografiche*

<sup>1</sup> Rawaf S, Bahl V. Assessing health needs of people from minority ethnic group. Department of Health, 1998.

<sup>2</sup> Caritas/Migrantes. Immigrazione Dossier statistico 2005 - XV Rapporto. Roma, Edizioni Nuova Anterem, 2005.

<sup>3</sup> Braveman P, Cubbin C, Egerter S et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fill all. JAMA 2005; 294 (22): 2879-2888.

<sup>4</sup> Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. Soc. Sci. Med. 1997; 45 (3): 485-496.

<sup>5</sup> Williams DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health: pattern and explanations. Ann Rev Sociology 1995; 21: 349-386.

<sup>6</sup> Nazroo, J.Y., Williams, D.R. The social determination of ethnic/racial inequalities in health. In: Social determinant of health. Oxford University press, 2006.

<sup>7</sup> Comstock, R.D., Castillo, E.M., Lindsay, S.P. Four-Year Review of the Use of Race and Ethnicity in Epidemiologic and Public Health Research. Am J Epidemiol 2004; 159: 611-619.

<sup>8</sup> Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. Ann Rev Public Health 1997; 18 (12): 341-378.

<sup>9</sup> Amselle J. Logiche Meticcie. aAntropologia dell'identità in africa e altrove. Torino,; Bollati Boringhieri editore,; 1999.

<sup>10</sup> Hannerz U. La complessità culturale, l'organizzazione sociale del significato. Bologna,; Società Editrice il Mulino,; 1998.

<sup>11</sup> Whitehead A. Process and reality. New York,; Harper,; 1929,; p.11.

<sup>12</sup> Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. Inequalities in health. Department of Health and Social Services. 1980. Disponibile al sito: <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

<sup>13</sup> Acheson D. Independent inquiry into inequality in health. The Stationery Office. 1998. Disponibile al sito: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm>

<sup>14</sup> Brian D. Smedley BD, Adrienne Y. Stith AY, Alan R. Nelson AR Eds. Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care., Unequal Treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care. Institute of Medicine. Washington, D.C., The National Academies Press, 2002. Disponibile al sito [www.iom.edu](http://www.iom.edu)

<sup>15</sup> Marmot M. The influence of Income on health: views of an epidemiologist. Does money really matter? Or is it a marker for something else? Health Affairs 2002; 21(2): 31-46.

<sup>16</sup> Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. Disease and Disadvantage in the United States and in England, JAMA 2006; 295: 2037-2045.

<sup>17</sup> WHO. International Migration, Health & Human Rights. 2003. Disponibile al sito: <http://www.who.int>

<sup>18</sup> Marceca M, Geraci S. Immigrazione e salute. In: Geddes M, Berlinguer G Eds. La salute in Italia. Rapporto 1997. Roma, Ediesse, 1997: 169-199.

<sup>19</sup> Lemma P, Costa G, Bandera L, Borgia P. Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema sanitario. In: Geddes M. La salute degli italiani. Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1990: 225-235.

<sup>20</sup> Geraci S, Baglio G., Salute delle popolazioni immigrate. Rapporto Osservasalute 2005. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore. Milano, Prex SpA., Milano, 2005; 169-: 186.

<sup>21</sup> Marceca M. La salute. In: Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005. Milano, FrancoAngeli, 2006: 187-201.

<sup>22</sup> Spinelli A, Grandolfo ME, Donati S et al. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze. A cura di Morrone A, Spinelli A, Geraci S et al. Rapporti Istisan 03/4, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2003; 11-23

<sup>23</sup> Cacciani L, Rosano A, Boros S et al. Andamento dei casi di AIDS diagnosticati in Italia tra gli stranieri (1992-2003). In: Atti della IX Consensus Conference sull'immigrazione e del VII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Palermo, 2006: 118-122.

<sup>24</sup> Forcella E, Baglio G, Guasticchi G et al. IVG e contraccezione nelle donne immigrate. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione, VII Congresso Nazionale SIMM, Palermo, 2006: 158-165.

<sup>25</sup> Marceca M. La salute. In: Zincone G, Ed. Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Bologna, il Mulino, 2001: 215-242.

<sup>26</sup> Geraci S, Maisano B, Mazzetti M. Migrazione e salute. Un lessico per capire. Studi Emigrazione. Roma, Centro Studi Emigrazione 2005; 157: 7-51.

<sup>27</sup> Vannoni F, Cois E. L'emarginazione sociale. In: Costa G, Spadea T, Cardano M Eds. Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiol Prev 2004; 3 (suppl.): 32-39.