

2.3 *La salute*

di *Maurizio Marceca*

Un recente editoriale di una delle più prestigiose riviste medico-scientifiche, *The Lancet*, intitolato “*Migrazione e salute: una relazione complessa*”, commentando un meeting da poco svoltosi a New York sotto l’egida delle Nazioni Unite, ricorda opportunamente come i potenziali benefici collegati alla migrazione in termini di maggiore libertà, eguaglianza e possibilità di avanzamento sociale dipendano dal fatto che la migrazione stessa sia avvenuta per libera scelta degli individui, e sottolinea in particolare il ruolo delle donne migranti, soprattutto per la maggiore capacità, rispetto al paese di origine, di tutelare la loro salute sessuale e riproduttiva. L’editoriale focalizza poi la sua attenzione sui fattori sociali (occupazioni rischiose e situazioni di sfruttamento sul lavoro, precarietà alloggiativa, etc.) in grado di rendere vulnerabili alle malattie gli immigrati benché questi presentino, di norma, buone condizioni iniziali di salute. Tale tendenza crescente alla vulnerabilità – per cui le famiglie di seconda generazione possono avere condizioni di salute peggiori di quelle dei loro connazionali non emigrati e aumento dei tassi di malattie croniche – viene collegata alle insufficienti capacità di tutela da parte dei paesi ospitanti e alle dinamiche di discriminazione esistenti, in particolare nell’accesso ai servizi sanitari. Più specificamente, *Lancet* giudica cruciale la possibilità che gli stranieri immigrati accedano ai servizi di prevenzione e all’informazione di interesse sanitario. Si interroga, infine, osservando i rischi collegati alla fuga per emigrazione crescente di medici, infermieri ed altri operatori sanitari dai paesi poveri, su come sia possibile massimizzare i benefici della migrazione e minimizzare i suoi possibili effetti negativi sugli individui.

La stessa pubblicazione di questo editoriale attesta l’attualità, oltre che la complessità, del tema affrontato in questo capitolo, con l’incoraggiante richiamo al fatto che, all’interno dello scenario internazionale, il nostro Paese si pone attualmente all’avanguardia, grazie alla definizione di politiche sanitarie ‘inclusive’. Tale situazione non è ovviamente scevra da criticità, come si cercherà di rappresentare attraverso l’illustrazione di alcune delle principali ricerche emerse in questo anno, la segnalazione di eventi di interesse ed alcune riflessioni di prospettiva.

2.3.1 I ricoveri degli stranieri in Italia: implicazioni epidemiologiche ed economiche

L'Agenzia per i servizi Sanitari Regionali (ASSR) ha recentemente pubblicato uno studio su 'I ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia', che riporta diverse elaborazioni tratte dal Flusso dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative all'anno 2004.

Come evincibile da quanto riportato nei precedenti rapporti della Fondazione ISMU, non si tratta della prima indagine di rilievo nazionale su questo tema; altre ne erano infatti state condotte nell'anno 2000 (con dati relativi al 1998), nell'anno 2002 (con dati relativi al 2000) e nell'anno 2005 (con dati relativi al 2003). Come sottolineato nel nostro Rapporto dello scorso anno, le informazioni relative al ricovero - pur non rappresentando l'intero percorso di assistenza attraverso la rete dei diversi servizi quanto piuttosto un isolato episodio assistenziale - rivestono uno specifico interesse, in particolare se analizzate in senso diacronico. La principale novità di questo studio dell'ASSR riguarda la scelta di analizzare gli episodi di ricovero, sia esso in regime ordinario che di day hospital, disaggregandoli per onere di degenza, cioè per tipologia di soggetto cui spetta corrispondere gli oneri economici relativi alle prestazioni di ricovero erogate a pazienti stranieri.

Nella tabella 1 è possibile osservare la distribuzione, per area continentale di appartenenza, dei ricoveri (circa 415.000) registrati nell'anno 2004 in pazienti non italiani (si ricorda che il "consolidamento" dei dati avviene usualmente con un ritardo di circa due anni dalla registrazione); si fa notare come il totale dei ricoveri complessivamente registrato per lo stesso anno riportato nelle tabelle successive sia maggiore, in quanto pari a oltre 432mila (gli stessi ricoveri erano stati poco meno di 400mila nel 2003, registrandosi così un aumento complessivo pari a quasi l'8%); la differenza è attribuibile al fatto che errori di codifica hanno impedito di effettuare in modo completo questa tipologia di disaggregazione. Considerando sia i ricoveri ordinari che in day hospital, la distribuzione vede: quasi il 40% dei ricoveri a favore di immigrati provenienti da paesi europei non appartenenti all'UE (era il 34% nel 2003); quasi il 27% a favore di immigrati africani (era oltre il 26% nel 2003); poco più del 13% a favore di immigrati asiatici (valore sovrapponibile a quello registrato nel 2003); poco meno del 13% a favore di immigrati provenienti dal continente americano, in larghissima prevalenza dell'America centro-meridionale (anche in questo caso stesso valore del 2003); per il 5% a favore di non italiani provenienti da stati dell'UE (era stato dell'11% nel 2003) e, per il restante 2,5%, a favore di cittadini apolidi o di immigrati provenienti dall'Oceania (con analogo contributo percentuale del 2003). La stessa tabella conferma come il regime di day hospital rappresenti oggi, a livello nazionale,

circa un quarto di tutti i ricoveri (26,1%), con un trend di crescita complessiva ed una variabilità a seconda dell'area di provenienza: poco sotto il 25% per gli europei appartenenti all'UE, gli africani e gli asiatici, poco sopra il 25% per europei non UE e immigrati dall'Oceania, fino a circa il 35% per gli immigrati latinoamericani.

Tab. 1 – Ricoveri ospedalieri registrati in Italia a carico di pazienti con cittadinanza estera distinti per aree continentali di appartenenza e per regime ordinario o di Day Hospital. Anno 2004: valori assoluti e percentuali.

<i>Aree continentali</i>	<i>Ricovero ordinario</i>	<i>V. % sul totale</i>	<i>Day Hospital</i>	<i>V. % sul totale</i>	<i>Totale ricoveri</i>	<i>V. % sul totale</i>	<i>V. % Day Hosp. su tot. ricoveri</i>
Europa UE	15.798	5,2	5.088	4,7	20.886	5,0	24,4
Europa non UE	119.964	39,1	44.553	41,0	164.517	39,6	27,1
Africa	85.701	27,9	25.765	23,7	111.466	26,8	23,1
America	34.760	11,3	18.293	16,8	53.053	12,8	34,5
Asia	42.507	13,9	12.712	11,7	55.219	13,3	23,0
Oceania	434	0,1	152	0,1	586	0,1	25,9
Apolide	7.486	2,4	2.009	1,9	9.495	2,3	21,2
Totale	306.650	100,0	108.572	100,0	415.222	100,0	26,1

Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. *Tutti i ricoveri per categoria diagnostica* – Anno 2004. In: Monitor, n. 18/2006 – originalmente elaborata

Nella tabella 2 è possibile osservare l'entità e la distribuzione, per ciascuna regione italiana e per grandi aree sovraregionali, dei ricoveri ospedalieri, distinti per regime ordinario o di Day Hospital, registrati a carico di pazienti non italiani nell'anno 2004.

Si può notare la seguente distribuzione geografica: 36% a nord-ovest, ove si registrano complessivamente oltre 156mila ricoveri (con netta prevalenza della Lombardia, ove se ne registrano quasi 104mila, cioè 9mila in più dell'anno precedente); 22% al centro-nord, ove si registrano complessivamente oltre 95mila ricoveri (di cui più di 45mila in Emilia

Romagna e più di 31mila in Toscana); 18% al centro-sud, ove si registrano complessivamente oltre 78mila ricoveri (con netta prevalenza del Lazio, ove se ne registrano quasi 54mila, cioè circa 6mila in più dell'anno precedente); 15,5% a nord-est, ove si registrano complessivamente quasi 68mila ricoveri (con netta prevalenza in Veneto, ove se ne registrano oltre 48mila ricoveri, cioè circa 6mila in più dell'anno precedente) e poco più dell'8% al sud e nelle isole, ove si registrano complessivamente quasi 36mila ricoveri (dove Puglia e Sicilia, con circa 13.000 ricoveri ciascuna, sono le regioni maggiormente interessate dal fenomeno).

Tab. 2 – Ricoveri ospedalieri registrati in Italia a carico di pazienti con cittadinanza estera distinti per regime ordinario o di Day Hospital e per Regione di assistenza. Anno 2004: valori assoluti e percentuali.

<i>Regione</i>	<i>Ricoveri ordinari</i>	<i>% sul totale</i>	<i>Ricoveri in Day Hospital</i>	<i>% sul totale</i>	<i>Totale ricoveri</i>	<i>% sul tot. ricoveri</i>
Piemonte	24.385	7,6	10.423	9,3	34.808	8,0
Val d'Aosta	689	0,2	178	0,2	867	0,2
Lombardia	77.929	24,3	25.677	22,8	103.606	23,9
Liguria	11.371	3,5	5.714	5,1	17.085	3,9
<i>Nord ovest</i>	114.374	35,7	41.992	37,3	156.366	36,1
P.A. Bolzano	4.677	1,5	769	0,7	5.446	1,3
P.A. Trento	3.349	1,0	1.019	0,9	4.368	1,0
Veneto	36.487	11,4	11.906	10,6	48.393	11,2
Friuli V. Giulia	6.749	2,1	2.131	1,9	8.880	2,0
<i>Nord est</i>	51.262	16,0	15.825	14,1	67.087	15,5
Emilia Romagna	34.975	10,9	10.044	8,9	45.019	10,4
Toscana	23.461	7,3	7.564	6,7	31.025	7,2
Umbria	6.665	2,1	2.328	2,1	8.993	2,1
Marche	8.317	2,6	1.852	1,6	10.169	2,4
<i>Centro nord</i>	73.418	22,9	21.788	19,4	95.206	22,0
Lazio	36.458	11,4	17.392	15,5	53.850	12,4
Abruzzo	4.653	1,5	1.593	1,4	6.246	1,4
Molise	273	0,09	82	0,07	355	0,08
Campania	13.320	4,2	4.376	3,9	17.696	4,1
<i>Centro sud</i>	54.704	17,1	23.443	20,8	78.147	18,1
Puglia	11.091	3,5	2.282	2,0	13.373	3,1
Basilicata	196	0,06	50	0,04	246	0,06
Calabria	3.513	1,1	1.316	1,2	4.829	1,1
Sicilia	8.239	2,6	4.343	3,9	12.582	2,9
Sardegna	3.320	1,0	1.409	1,2	4.729	1,1
<i>Sud e Isole</i>	26.359	8,2	9.400	8,4	35.759	8,3
<i>Italia</i>	<i>320.117</i>	<i>100,0</i>	<i>112.448</i>	<i>100,0</i>	<i>432.565</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. *Tutti i ricoveri per categoria diagnostica*
– Anno 2004. In: Monitor, n. 18/2006 – originalmente elaborata

Nella tabella 3 è fondamentale rappresentata la dimensione economica attribuibile - secondo i criteri vigenti di remunerazione tariffaria - alle diverse tipologie di ricoveri, distinti, come detto, sulla base dell'onere di degenza così come definito dalla normativa vigente (D.Lgs. 286/1998; D.P.R. 394/1999; Circ. Min. Sanità DPS - X- 40, n. 5/2000).

Prima di commentare i valori economici emersi, sottolineiamo come tale criterio di disaggregazione consenta di calcolare per alcune categorie, fatta salva la disponibilità di stime relative ai denominatori di riferimento, il tasso di ospedalizzazione (o di ricovero), cioè il numero di ricoveri registrati ogni 1.000 persone presenti, che è un indicatore epidemiologico correntemente utilizzato. Per calcolare tale tasso riferito a soggetti obbligatoriamente iscritti al SSN, si assume, con un certo grado di approssimazione, che tutti gli aventi diritto siano registrati come 'obbligatoriamente iscritti al SSN': come denominatore di riferimento l'ASSR ha utilizzato una popolazione di stranieri risultante dalla media di quella registrata all'inizio del 2004 con quella registrata (per effetto del completamento delle pratiche di regolarizzazione effettuate) all'inizio del 2005, ottenendo un tasso pari a 135 per 1.000; noi abbiamo ricalcolato tale tasso sottraendo a tale denominatore il numero di stranieri che il Ministero dell'Interno ha attribuito alle categorie di permesso di soggiorno che non prevedono l'iscrizione obbligatoria: per effetto di tale aggiustamento il tasso è risultato pari a XXX per 1.000. Lo stesso criterio è stato utilizzato per stimare, laddove possibile, i tassi relativi ad altre categorie. Per quanto riguarda le residue categorie indicate nella tabella, l'inevitabile incertezza relativa ai rispettivi denominatori di riferimento renderebbe piuttosto "avventuroso" il tentativo di calcolarne il tasso di ospedalizzazione. Come correttamente segnalato dall'Assr, per il confronto con il dato nazionale occorre tenere presente la diversa struttura demografica della popolazione italiana, in cui la componente anziana ha un peso molto maggiore, mentre tra i cittadini stranieri l'età media è inferiore ai 35 anni: il 67% dei ricoveri si riferisce, infatti, a cittadini in età compresa tra i 15 e i 44 anni.

Tornando agli aspetti economici, come schematizzato nell'ultima colonna, dalle elaborazioni risulta che, sul totale della valorizzazione attribuibile ai ricoveri ospedalieri complessivamente effettuati su persone con cittadinanza non italiana nel 2004: quasi l'80% sia rappresentato, economicamente, dai ricoveri erogati a soggetti obbligatoriamente iscritti al SSN e quindi a suo totale carico; meno del 7% dai ricoveri effettuati su soggetti con dichiarazione d'indigenza (che, in quanto possessori di tessera 'STP', dovrebbero corrispondere agli stranieri irregolarmente presenti), per la cui tipologia di prestazioni la normativa prevede che siano a totale carico del SSN; poco più del 5% dai ricoveri erogati a soggetti con dichiarazione d'indigenza per la cui tipologia di prestazioni la normativa prevede che siano a carico del Ministero dell'Interno; il 5% dai ricoveri effettuati su soggetti

provenienti da paesi esteri che hanno sottoscritto con l'Italia specifici accordi/convenzioni, ricoveri che sono a carico del SSN; poco più del 3% dai ricoveri erogati a persone che, non avendo obbligatorietà di iscrizione al SSN, possono scegliere tra il possesso di una assicurazione sanitaria valida nel nostro paese e l'iscrizione facoltativa a pagamento al SSN. Segnaliamo in particolare come la 'remunerazione tariffaria media per ricovero' risulti complessivamente inferiore a quella calcolata per i ricoveri dei cittadini italiani (2.450 euro), in particolare per la classe di maggior peso (quella dei ricoveri relativi a soggetti obbligatoriamente iscritti), ove risulta pari a 1.834 euro; le due categorie in cui la 'remunerazione tariffaria media per ricovero' risulta superiore a quella attribuibile agli italiani, assommando a circa il 9% del peso economico complessivo, sono quella dei soggetti 'volontariamente iscritti al SSN' o assicurati e quella dei ricoveri su soggetti indigenti a carico del Ministero dell'Interno. L'altra segnalazione specifica riguarda l'attuale distanza tra la quota (oltre 55 milioni di euro) complessivamente attribuibile ai ricoveri a carico del SSN erogati a soggetti indigenti, e la quota specificamente stanziata dal CIPE (Comitato interministeriale per la programmazione economica) come parte corrente del Fondo sanitario nazionale: la seconda infatti (circa 31 milioni di euro) ricopre attualmente solo il 56% dell'entità della prima; va però rimarcato come la somma annualmente deliberata dal CIPE¹ sia rimasta totalmente invariata negli ultimi 10 anni.

¹ L'ultimo stanziamento, relativo all'anno 2005, è stato approvato con Delibera del CIPE del 22 marzo 2006 ed ammonta esattamente a 30.990.000,00 euro.

Tab. 3 – Ricoveri ospedalieri in regime ordinario o di Day Hospital registrati in Italia a carico di pazienti con cittadinanza estera, distinti per onere di degenza e relativa valorizzazione economica e remunerazione tariffaria media e confronto con ricoveri di italiani. Anno 2004: valori assoluti e percentuali.

<i>Tipologia onere di degenza</i>	<i>Ricoveri totali (e %)</i>	<i>Tasso ricovero (X 1.000)*</i>	<i>Remunerazione tariffaria media (in Euro)</i>	<i>Valorizzazione economica (Val Ec) ricovero (in Euro)</i>	<i>% Val Ec sul totale</i>
Ricoveri a totale carico del SSN di soggetti obbligatoriamente iscritti (1)	359.540 (83 %)	135	1.834,00	659.543.015,00	79,5
Ricoveri parzialmente a carico del SSN di soggetti volontariamente iscritti al SSN o assicurati (4)	10.730 (2,5 %)	81	2.606,00	27.963.677,00	3,4
Ricoveri a carico del SSN di soggetti provenienti da Paesi convenzionati (7)	17.343 (4 %)	n.d.	2.394,00°	41.518.605,00	5,0
Ricoveri a totale carico del SSN di soggetti con dichiarazione di indigenza (8)	28.182 (6,5%)	n.d.	1.680,00°	55.111.761,00	6,6
Ricoveri a carico del Ministero dell'Interno di soggetti con dichiarazione di indigenza (A)	16.770 (3,9%)	n.d.	2.737,00°	45.905.470,00	5,5
TOTALE	432.565 (100%)	(163)	(1.919,00)	830.042.528,00	100,0
<i>Totale (ricoveri italiani)</i>			2.450		100,0

* Il tasso è calcolabile, in termini di stima, solo nel caso che non si sospettino rilevanti errori di codifica e che siano disponibili, e sufficientemente affidabili, i rispettivi denominatori di riferimento

° Tali stime sono inficiate da concreti sospetti di errori di codifica

Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Tutti i ricoveri per categoria diagnostica – Anno 2004. In: Monitor, n. 18/2006 – originalmente elaborata

2.3.2 La salute delle nuove generazioni

La progressiva stabilizzazione degli immigrati comporta inevitabilmente (e auspicabilmente) l'affacciarsi di nuove generazioni: anche nel caso dell'Italia, la maggior parte delle comunità attualmente presenti sono rappresentate da una seconda generazione di immigrati; per alcune comunità minoritarie più antiche si comincia ad affacciare addirittura una terza generazione, non infrequentemente di natura 'meticcias'.

Rimandando agli altri capitoli di questo nostro Rapporto per quanto attiene gli aspetti sociodemografici collegati ai minori stranieri in Italia, ed in particolare al cap. 1.1 per quanto riguarda le stime della loro presenza, va precisato che una riflessione sulla salute delle nuove generazioni può essere tentata solo facendo riferimento alle diverse tipologie di minori stranieri. Ci troviamo infatti di fronte a: figli nati in Italia da genitori stranieri o di coppie miste (oltre il 55% del totale dei minori stranieri presenti nel 2005 risulta nato in Italia); bambini venuti in Italia per effetto di ricongiungimenti familiari con genitori stranieri emigrati volontariamente o perché costretti (figli di profughi); bambini stranieri adottati da famiglie italiane; minori non accompagnati; bambini momentaneamente presenti per cure mediche o per motivazioni psico-sociali (pensiamo ai bimbi di orfanotrofi della Bielorussia o della Romania); bambini appartenenti a comunità Rom – Sinti, nomadi o stanziali. Inoltre, a seconda delle diverse situazioni elencate, i minori possono beneficiare o meno di una condizione di regolarità giuridica dei loro genitori: si passa quindi da famiglie già inserite ad altre che vivono in condizione di precarietà lavorativa e sociale, particolarmente critica quando collegata ad uno status di irregolarità. Tutto ciò comporta evidentemente implicazioni sul piano della promozione e tutela della salute dei minori.

In generale, è possibile affermare che, così come per gli adulti, l'esperienza migratoria può accompagnarsi ad una serie di fattori di rischio per la salute; in ambito pediatrico, tali fattori possono essere potenzialmente più dannosi sia in età perinatale che infantile. La tutela della salute del bambino, affermata dalla L. n. 176 del 1991 di ratifica della Convenzione di New York del 1989 sui diritti del fanciullo e poi riaffermata in modo specifico nelle disposizioni sanitarie relative agli immigrati cui si è già fatto riferimento, è strettamente collegata alle condizioni sociali della famiglia di appartenenza, sia nel paese di origine (nel caso dei bambini ricongiunti ed adottati) che, ancor più, nel paese di arrivo (per tutte le tipologie di bambini). Tale tutela richiede quindi, ancora una volta, l'adozione di politiche sociali mirate e concertate (abitative, scolastiche, familiari, sanitarie...) relative ai diversi ambiti di vita del minore, a supporto di una sua adeguata crescita fisica, psichica e sociale.

Molte delle ricerche oggi disponibili sono riconducibili alla rete di pediatri che anima il "Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato" (GLNBI), attivo a partire dal 1992 all'interno della Società Italiana di

Pediatria e attualmente coordinato dal Dott. Mauro Zaffarano, Gruppo con il quale l'ISMU ha collaborato nella realizzazione di due Convegni nazionali.

Tali indagini spaziano sulle tematiche più diverse. Dalla promozione della salute in ambito materno-infantile, prevalentemente orientata alla formazione degli operatori, all'utilizzo delle mediatrici culturali e alla predisposizione di diversi materiali plurilingue destinati agli immigrati. Alla valutazione della crescita: rilevazioni staturale-ponderali e più in generale indagini auxo-endocrinologiche. Alle ricerche di tipo nutrizionale e metabolico. Alle indagini di natura infettivologica, in particolare per malattie a trasmissione verticale: epatiti B e C, HIV e Lue, patologie che - con l'eccezione dell'epatite C - sembrerebbero maggiormente frequenti nelle madri straniere rispetto a quelle italiane. Alla caratterizzazione dei motivi di accesso alle strutture di pronto Soccorso: in una casistica multicentrica di quasi 88.000 visite, quasi il 5% hanno riguardato infatti bambini stranieri, con prevalenti patologie a carico dell'apparato respiratorio in circa il 50% dei casi; dell'apparato gastroenterico nel 14%; con diagnosi di malattia infettiva sistemica nel 12% e di eventi accidentali nel 9%. Per arrivare alle valutazioni relative all'approccio assistenziale collegato alla multiculturalità e alle modalità organizzative più opportune per i servizi dedicati ai minori.

Non essendoci evidentemente spazio a sufficienza per rappresentare tutto questo 'fervore' scientifico, ci limitiamo qui a citare alcune ricerche a titolo esemplificativo, rimandando alla bibliografia di settore per gli opportuni approfondimenti.

Numerosi studi si stanno occupando in modo particolare della salute dei bambini giunti in Italia tramite adozione internazionale: tale condizione è normalmente indagata, dai servizi pediatrici regionali di riferimento, secondo un protocollo diagnostico-assistenziale approvato a livello nazionale. Su una casistica fiorentina relativa agli anni 2000-2005 di oltre 800 bambini (la più numerosa finora studiata), di cui 2/3 provenienti dall'est Europa è risultato, ad es., che oltre 3/4 fossero affetti da almeno una patologia e che questa, nel 75% circa dei casi, fosse di natura infettivo-parassitaria: parassitosi (43%), tubercolosi (21,5%), epatiti (14%), infezioni cutanee (10,5%), infezioni respiratorie (7%), infezioni batteriche intestinali (3%). Non è stato registrato nessun caso di infezione da HIV. Sono emerse inoltre: patologie carenziali come rachitismo (40%)² ed anemia (20%), malattie neurologiche (6%), gastrointestinali (5%), congenite (5%), endocrine (4%), cardiache (2%). Sugli oltre 400 bambini in cui è stata valutata la documentazione vaccinale, questa è risultata assente in oltre il 20% dei casi: di quelli in possesso di

² In un'altra casistica di 118 bambini studiati a Palermo, segni clinici di rachitismo florido o esiti clinici di rachitismo sono stati evidenziati in poco più del 16% dei bambini esaminati.

documentazione solo meno del 5% è risultato immune rispetto a tutte le vaccinazioni che in Italia sono attualmente obbligatorie o raccomandate.

Ad esempio, per l'ambito endocrinologico, da alcune ricerche sta emergendo una elevata frequenza dei casi di pubertà precoce, per la gran parte in bambine adottate (3,8% di tutti i bambini stranieri adottati a fronte del 2,7% dei bambini italiani in una casistica dell'Ospedale Meyer di Firenze; nello stesso centro tale condizione è stata riscontrata in circa il 29% dei 156 bambini immigrati affetti da patologie endocrine visitati nel triennio 2003-2005).

Tali dati confermano l'importanza che i bambini stranieri adottati possano essere sottoposti a visite ed esami accurati presso centri specializzati, anche sotto il profilo delle eventuali problematiche psico-evolutive. Da una ricerca palermitana su circa 50 bambini adottati è ad esempio emerso che oltre il 65% dei bambini presentava all'arrivo nelle famiglie adottive problemi comportamentali, sia 'internalizzati' (problemi dell'alimentazione, del sonno, controllo degli sfinteri), con prevalenza nelle femmine, che 'esternalizzati' (comportamento oppositivo-provocatorio, iperattività, atteggiamenti di chiusura e/o isolamento, ansia, fobie), con prevalenza nei maschi. La quasi totalità dei bambini studiati proveniva da una precedente esperienza di istituzionalizzazione, caratterizzata, tra l'altro, dalla coabitazione con un numero elevato (100-200) di altri bambini. Dall'indagine è emersa una chiara correlazione diretta sia tra il periodo trascorso in istituto e la frequenza dei disturbi comportamentali, che tra gli stessi e l'età dell'adozione (più frequenti all'aumentare dell'età).

Per quanto riguarda più in generale le politiche sanitarie rivolte ai minori stranieri, si ricorda qui come la nostra Fondazione, in occasione di un Convegno organizzato a Milano alla fine di maggio del 2005 dal titolo "*Il ben-essere degli immigrati tra assistenza e integrazione: modelli e esperienze a confronto*", si sia fatta promotrice - insieme alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), al GNLBI e all'Università dell'Insubria - di una serie di proposte a livello nazionale tra cui, per quanto qui di interesse: 1) l'iscrizione obbligatoria al SSN di tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale (esclusi i turisti) a qualsiasi titolo (figli di stranieri regolari e di stranieri temporaneamente presenti - STP) con il diritto al pediatra di libera scelta; 2) l'esenzione dal ticket per i bambini adottati nel primo anno di presenza in Italia, per poter effettuare tutti gli accertamenti necessari per una piena tutela sanitaria; 3) l'estensione della validità del permesso di soggiorno rilasciato per gravidanza ai sensi del Testo Unico sull'immigrazione (Dlgs.286/98), per ulteriori 6 mesi con la possibilità da parte della donna di cercare un lavoro e prevedere la modifica della tipologia di tale permesso di soggiorno in permesso per motivi di lavoro; 4) per favorire una adeguata crescita psicologica del minore non accompagnato, giunto in Italia anche dopo il compimento del 15° anno di età, per impostare adeguate politiche d'integrazione, per evitare l'evenienza di una "ricaduta" nella clandestinità - condizione ad alto rischio

anche per la salute - per favorirne l'inserimento sociale se esso studia o lavora, la garanzia di un permesso di soggiorno specifico una volta raggiunta la maggiore età.

2.3.3 Altre aree di salute e iniziative innovative

Tra gli ambiti di ricerca emergenti, si segnala quello della salute mentale. Nella tabella 4 sono riportati alcuni risultati principali di una ricerca recentemente effettuata a Roma dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio.

Tab. 4 – Esito degli accessi a strutture di Pronto Soccorso di Roma per disordini psichiatrici in stranieri provenienti dai Paesi meno sviluppati e in italiani. Anni 2000-2004: valori assoluti e percentuali.

	PVS °		Italia	
	N	%	N	%
Non ammessi a reparti ospedalieri	5.039	62,6	38.024	62,5
* Ammessi a reparti psichiatrici	1.207	15,0	12.504	20,6
* Ammessi a reparti non psichiatrici	861	10,7	4.363	7,2
Ricoveri rifiutati	493	6,1	3.896	6,4
* Andati via dopo la prima valutazione	444	5,5	2.036	3,3
Totale	8.044	99,9	60.823	100,0

° Paesi meno sviluppati

* p<0.01

Fonte: Gaddini A, Franco F, Biscaglia L, Di Lallo D. *An italian urban area study on emergency room utilization by immigrants suffering from a psychiatric disorder in Rome, 2000-2004* – Anno 2006. In: rivista, n. xx/2006

L'indagine ha utilizzato il Flusso informativo regionale sull'Emergenza Sanitaria; sono stati analizzati gli accessi registrati nel quinquennio 2000-2004 ai Pronto Soccorso degli ospedali romani forniti di reparto psichiatrico con diagnosi di disordine psichiatrico, mettendo a confronto i soggetti stranieri di età compresa tra 15 e 64 anni provenienti da paesi meno sviluppati con i pari età italiani, al fine di valutare i fattori predittivi di ricovero ospedaliero, sia per reparti psichiatrici che non psichiatrici. Sul totale dei quasi 69.000 'contatti' studiati e caratterizzati per genere, età e informazioni cliniche ricorrendo a modelli di analisi di regressione multivariata, l'11,7% hanno riguardato pazienti stranieri nati in paesi fonte di emigrazione. Come si evince dalla tabella, i pazienti stranieri sono stati ammessi a reparti psichiatrici in misura significativamente inferiore ai pazienti italiani della stessa fascia di età, mentre i ricoveri in reparti non-psichiatrici sono stati più frequenti. Inoltre, è emerso che i pazienti stranieri erano più giovani ed hanno ricevuto meno frequentemente una diagnosi

inclusa nel gruppo degli stati schizofrenico/paranoici, mentre sono risultati più frequenti i problemi correlati ad alcol ed altre sostanze di abuso. Un incremento statisticamente significativo nel rischio di ricovero in reparti psichiatrici è stato riscontrato in pazienti nati in Africa occidentale, in Africa centro-meridionale e in Asia orientale.

Un'altra iniziativa di particolare rilievo è quella relativa al 'Progetto OSI', un Progetto di ricerca finalizzata 'ex art. 12 bis' finanziato dal Ministero della Salute. Il Progetto, che ha visto coinvolte realtà istituzionali e non istituzionali (compresa la nostra Fondazione) appartenenti a cinque regioni italiane: Sicilia, Marche, Lazio, Veneto e Lombardia (sotto il coordinamento di Laziosanità - l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio), ha riguardato la sperimentazione multicentrica, previo studio-pilota, di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati. L'indagine è stata strutturata su una 'Scheda epidemiologica' elaborata ad hoc, contenente informazioni relative a tre aree: quella dei dati socio-demografici, quella dei percorsi assistenziali e quella dei dati sanitari. E' stato anche progettato e realizzato un software per la raccolta, la gestione e l'elaborazione delle informazioni. La sperimentazione ha visto la partecipazione di 12 Unità operative e di 17 strutture sanitarie di tipo ambulatoriale, per una casistica complessiva di 3.362 pazienti, con la documentazione di 4.908 accessi. Non potendo qui illustrare i risultati analitici della sperimentazione, che sono stati presentati al recente Congresso SIMM di Palermo e resi disponibili su CD-rom, ci limiteremo col dare alcune informazioni generali. Il 44% dei pazienti proveniva dall'Europa dell'Est (in particolare dalla Romania) ed il 18% dall'America centro-meridionale; le donne hanno rappresentato il 58% del campione (uno dei centri aveva però un'utenza esclusivamente femminile); in quasi l'80% dei casi l'età dei pazienti era compresa tra 15 e 44 anni; il 20% dei maggiorenni ha riferito di aver studiato per più di 13 anni. Il tempo mediano di permanenza in Italia dei pazienti è risultato di poco superiore ad 1 anno; il 75% delle persone che si sono rivolte alle strutture era sprovvista di permesso di soggiorno; circa il 50% dei pazienti sopra i 15 anni ha dichiarato di essere disoccupato; la metà degli utenti ha dimostrato di possedere una buona conoscenza dell'italiano. Inoltre, il 90% non era iscritto al Servizio sanitario nazionale; la maggior parte degli intervistati ha dichiarato di non avere avuto precedenti contatti con strutture sanitarie per motivi di salute dopo l'arrivo in Italia; quasi l'80% degli accessi registrati ha riguardato prime visite: il numero medio di accessi per paziente è stato pari a 1,5. Per quanto riguarda le principali informazioni di carattere sanitario, la maggior parte delle diagnosi principali segnalate durante la prima visita ha riguardato, tra gli uomini: malattie dell'apparato respiratorio (18%, in prevalenza sindromi simil-influenzali), dell'apparato digerente (10%, soprattutto problemi dentari e dispepsie), e "stati morbosi mal definiti" (12%, riconducibili in gran parte a disturbi respiratori e

digerenti); tra le donne: motivi legati alla salute riproduttiva (14%), malattie dell'apparato genito-urinario (13%, disordini mestruali e malattie infiammatorie) e "stati morbosi mal definiti" (11%, soprattutto dolore addominale). Attraverso una struttura "a grappolo" è stato possibile ricostruire in modo semplice e rapido la storia clinica di ogni paziente ed il suo percorso diagnostico-terapeutico. Alla fine della sperimentazione è stato possibile determinare una diagnosi definitiva complessivamente nel 30% degli accessi. La maggior parte degli esiti segnalati (25%) ha riguardato la richiesta di visite specialistiche. La struttura sanitaria territoriale che ha visto il maggior numero di invii a seguito di prima visita è stata il Consultorio. Una discreta percentuale di accessi (10%) è avvenuta per scopi amministrativi e rilascio di certificati.

E' auspicabile che il 'prototipo' di flusso informativo prodotto dal 'Progetto OSI', essendosi dimostrato semplice, gratuito e sostenibile nella pratica quotidiana (fatto salvo uno specifico addestramento del personale addetto alla sua gestione), sia adottato da altre realtà regionali e locali, per consentire l'omogeneità nella raccolta delle informazioni relative all'assistenza di primo livello agli stranieri immigrati, oltre che la loro integrazione con gli altri flussi informativi sanitari disponibili, per esplicitare con sempre maggiore affidabilità l'appropriatezza dei loro percorsi assistenziali.

2.3.4 Le politiche sanitarie nazionali: gli stranieri immigrati e il 'New Deal'

Il 27 ottobre 2006 la Ministra della Salute Livia Turco, insediata da soli 5 mesi, è stata invitata ad aprire la Tavola Rotonda inaugurale del 42° Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene (SIItI) – una delle componenti mediche più attente al fenomeno migratorio – sul tema "La prevenzione per la promozione della salute e l'integrazione dei popoli". Vale la pena riportare alcuni passaggi specifici di questo suo ampio intervento (disponibile sul sito del Ministero della Salute e della SIItI), poiché sembrano delineare le prospettive operative che l'attuale Governo intende proporre per i prossimi anni:

<< ... Bisogna definitivamente sfatare il pregiudizio che gli immigrati portano malattie. Alcuni gruppi di immigrati provengono, ed è questa spesso la ragione del viaggio, da Paesi così poveri da avere alta prevalenza di malattie da noi ormai scomparse o contenute ... tuttavia in oltre venti anni di sorveglianza accurata contro i pericoli di contagio dagli immigrati, nel nostro Paese non si è raccolta alcuna solida evidenza che l'immigrazione porti malattie: lo sbandieramento di un rischio per la salute degli italiani dagli immigrati è pura speculazione politica.

Pongono gli immigrati particolari problemi di salute? Sostanzialmente no: non è più l'epoca dello spettro delle "malattie tropicali", misteriosa minaccia all'Italia. I nostri medici sanno bene come curare la malaria, la tubercolosi, l'AIDS e le malattie a trasmissione sessuale, tanto nei cittadini italiani che nei nuovi italiani immigrati La popolazione immigrata è, per definizione, selezionata per salute; gli ammalati gravi non possono partire: parte la popolazione giovane che può affrontare la costruzione di una nuova vita. I casi di malattie tropicali tradizionali (...) sono eventi rari negli immigrati in Italia: eventi che i nostri specialisti in malattie infettive sanno bene come curare. ...E allora quali i problemi reali di salute degli immigrati? Non dissimili dai nostri: malattie infantili, esigenze di assistenza alla gravidanza e al parto, malattie croniche, incidenti sul lavoro, domestici e stradali.

Purtroppo assistiamo da alcuni anni ad un velocissimo incremento, nei paesi poveri del mondo, delle patologie croniche che stanno ormai per superare il tradizionale primato delle malattie infettive anche in quei Paesi; assistiamo alla rapidissima crescita di variazioni culturali profonde nei Paesi del Sud del mondo, che portano la diffusione di stili di vita non localmente tradizionali importate dai Paesi ricchi. ... Allora esiste una domanda di salute specifica per l'immigrato? Non è più tempo di "ospedali per malattie tropicali", non è più attuale una medicina specifica per gli immigrati: ghettizzare non serve. ... I problemi di salute si sono globalizzati: la domanda di salute della popolazione immigrata non è sostanzialmente diversa da quella già nota per i "vecchi" cittadini italiani. Il nostro Sistema Sanitario è perfettamente in grado di curare i nuovi italiani senza costruire ghetti di isolamento. ...seppure la domanda di salute dei nuovi italiani non è diversa da quella dei vecchi, restano attuali e forti importanti problemi che ostacolano l'offerta di salute alla popolazione che viene a vivere da noi. Da problemi di accoglienza a gruppi che arrivano privi di ogni cosa e senza prospettive organizzate di lavoro e di vita a problemi di comunicazione tra lingue, culture, tradizioni molto diverse da quelle italiane a problemi di risorse e meccanismi di cooperazione economica.

Cosa manca? Gli ultimi venti anni hanno visto, con governi diversi, una crescita dell'offerta e dell'accesso ai servizi della popolazione immigrata: oggi un immigrato, sia pure illegale, può ricevere un set di servizi essenziali dal servizio pubblico che, integrato all'ampia rete dei servizi sanitari erogati dal volontariato, rispondono ad alcune delle esigenze primarie di salute di questa popolazione. Allora che manca? 1) Manca un approccio culturale all'immigrato che lo consideri una risorsa, non un guaio per il Paese. 2) Manca umanizzazione nel rapporto servizi-immigrati. 3) E' insufficiente la mediazione culturale tra servizi sanitari pubblici e popolazioni immigrate. 4) E' insufficiente la comunicazione: in moltissimi casi l'immigrato nemmeno

conosce i suoi diritti alla salute. 5) Sul territorio italiano mancano meccanismi di omogenea contribuzione alla spesa sociale: gli immigrati regolarizzati pagano i contributi sanitari, ma non è raro che non ne usufruiscano.... 6) Manca la prevenzione: buona parte della consistente attività di prevenzione che il nostro Sistema Salute offre, non raggiunge le donne e gli uomini immigrati, vuoi per ostacoli di mediazione etnica con lingue e culture, vuoi per sfiducia dei nostri operatori verso il successo di azioni preventive verso gli immigrati.

...Eppure da sempre l'OMS ci dice che il successo di qualsiasi programma di prevenzione sta nella capacità di raggiungere i gruppi più difficili a raggiungere (gli "hard to reach groups"), perché sono proprio quelli che esprimono più densi fattori di rischio e quindi più esigenze di prevenzione.

... La prevenzione deve arruolare i nuovi italiani; importanti iniziative come il Piano Nazionale di Prevenzione, il Piano Nazionale Vaccini, il Piano Guadagnare Salute, devono aprire strategie di offerta attiva dei servizi e dei messaggi preventivi specialmente alla popolazione più povera ed agli immigrati. Lo sviluppo di modalità di offerta efficace deve caratterizzare il New Deal della prevenzione!

... Nei punti finora trattati appare evidente la connessione tra salute e democrazia. Appare ancora più forte questo legame quando consideriamo la salute dei nuovi italiani. Abbandonare un inefficace dirigismo verticale che vede il cittadino passivo esecutore di procedure sanitarie, per puntare al suo "empowerment", alla sua diretta convinta partecipazione alla gestione sia della sua salute individuale che della più ampia sanità pubblica.

Per gli immigrati una parola forte: integrazione. ...Non è efficace l'integrazione a senso unico: non è solo la persona immigrata che si deve "integrare" col sistema salute; è anche il sistema salute che si deve integrare con i nuovi italiani! Per questo preferisco parlare di convivenza. E dunque della fatica ma anche della bellezza del conoscersi e del riconoscersi. Integrità della persona, interazione, integrazione sociale, sviluppo di una democrazia più inclusiva: questa è la sfida che ci sta di fronte.

...(NdR Queste quindi le azioni necessarie:) combattere il pregiudizio attraverso l'informazione; promuovere la "fruibilità" dei servizi per una salute senza esclusioni. L'integrazione tra popoli è pilastro fondante di pace, libertà e democrazia, quindi pilastro fondante di buona salute. Speciale questa indicazione per i Paesi che affacciano sul Mediterraneo... l'integrazione culturale è vantaggiosa per la salute: senza di essa si accentueranno differenze e problemi. ... la prevenzione della salute può diventare, deve diventare, un cavallo di Troia per la pace: una modalità che, facendo anche leva sul primario bisogno di salute dell'individuo, costruisce un modello esemplare di convivenza, forte di parole semplici: governare,

accogliere, costruire consenso. ...Il Mediterraneo riassume i paradigmi della conflittualità contemporanea: demografia ed immigrazione; islam e territorio; sviluppo e democrazia; democrazia e diritti delle donne. Il vecchio continente a sud guarda il Mediterraneo, è attraversato da flussi migratori mondiali, ne è uno dei principali contenitori e vanta un rapporto storico con i paesi arabi. L'unificazione politica del Mediterraneo è dunque una proposta politica possibile per costruire un nuovo rapporto tra Europa e Mondo islamico. A ciò può contribuire molto la messa in campo di una inedita "diplomazia della salute". E' ciò a cui stiamo lavorando. Stiamo preparando una "Conferenza per la costituzione di un partenariato medico sanitario con i Paesi del Mediterraneo e Medio Oriente"...nella convinzione che la tutela della salute sia la strada maestra per contrastare la povertà, prevenire le tensioni sociali ed anche combattere il terrorismo.

...Vorrei concludere questo intervento con un riferimento che trovo attualissimo ed adatto a questo grande consesso di persone che dedicano il loro impegno professionale alla salute di tutti. Per gli immigrati: "Ogni essere umano ha diritto, quando legittimi interessi lo consigliano, di immigrare in altre comunità politiche e stabilirsi in esse; per il fatto che si è cittadini di una determinata comunità politica, nulla perde di contenuto la propria appartenenza, in qualità di membri, alla stessa famiglia umana, e quindi l'appartenenza, in qualità di cittadini, alla Comunità Mondiale".

E per noi tutti aggiunge: "... non ci si inserisce nelle istituzioni e non si opera con efficacia dal di dentro delle medesime se non si è scientificamente competenti, tecnicamente capaci, professionalmente esperti" (Papa Giovanni XXIII: Enciclica "Pacem in terris", 1963).

Come Fondazione ISMU, registriamo con soddisfazione la sostanziale sovrapposizione tra le sottolineature che la Ministra Turco ha ritenuto di porre ed il lavoro di documentazione e riflessione che, attraverso questo Rapporto ed altri contributi di settore, abbiamo offerto ai cultori della materia e alla società in generale in oltre dieci anni di impegno.

L'esito del referendum costituzionale ha a nostro avviso impedito che, nel settore della salute, si accelerasse un processo di disgregazione e di incertezza nelle competenze istituzionali che avrebbe potuto avere pesanti ricadute nelle garanzie di tutela degli stessi cittadini italiani e quindi, a maggior ragione, delle persone straniere presenti in Italia. Nulla è però sostanzialmente cambiato sotto l'aspetto della necessità di dare contenuti più chiari e specifici ai livelli di assistenza effettivamente garantiti agli stranieri e di definire e controllare le regole cui dovrebbero sottostare tutti gli erogatori di servizi e prestazioni (accreditamento istituzionale) loro destinati: solo così il principio dell'equità può trovare infatti concreta affermazione.

Alcune immediate possibilità di verifica della capacità di tutela offerta dal 'sistema salute' potranno essere esercitate con l'imminente ingresso dei nuovi paesi nell'Unione europea, situazione che, se non adeguatamente e tempestivamente governata, rischia di porre alcune comunità di nuovi cittadini europei (si pensi per tutte, per rilevanza numerica, a quella rumena) in situazioni di potenziale discriminazione nell'accesso ai servizi e quindi nella tutela della salute.

Prendendo atto della specifica sensibilità ed interesse dimostrati da Livia Turco in qualità di responsabile governativa della salute³, auspichiamo di veder realizzare, negli anni a venire, delle politiche governative realmente coordinate, a livello centrale, attraverso la partecipazione di tutti i Ministeri interessati, condivise ed adottate tramite la Conferenza Stato-Regioni e PP.AA., e quindi 'tradotte' nelle realtà locali attraverso processi partecipati e integrati che vedano, sempre più, un ruolo attivo delle comunità straniere, oltre che delle più attive realtà del mondo scientifico e culturale e del III settore. L'alta redditività dell'investimento nel lavoro di rete e nella partecipazione dal basso sono stati già verificati, in questo specifico settore, dai risultati delle esperienze avviate nella regione Lazio, nella P.A. di Trento e in Sardegna con l'istituzione dei *GrIS (Gruppi locali immigrazione e salute)*, organismi che vedono il coinvolgimento delle diverse realtà istituzionali e non istituzionali presenti sul territorio, di cui si è riferito in nostri precedenti Rapporti; con la stessa fiducia vanno salutate anche le recenti formalizzazioni dei GrIS in Lombardia e in Sicilia.

³ Quali ulteriori atti di conferma di questo interesse segnaliamo la recente istituzione di due Commissioni ministeriali sul tema 'salute e immigrazione', di cui una - su specifica richiesta della SIMM - di carattere generale, l'altra specificamente dedicata alla questione delle mutilazioni genitali femminili.

Bibliografia

Aa. Vv., *Atti della IX Consensus Conference sull'immigrazione – VII Congresso Nazionale SIMM: “per una salute senza esclusioni”*, Palermo, 27-30 aprile 2006

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, *Tutti i ricoveri per categoria diagnostica*, In: *Focus on Immigrati e assistenza sanitaria*. monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, Anno V, numero 18, 2006, pp. 8-25.

Baglio G (a cura di), *Il progetto OSI. Sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati*, ASP monografie, aprile 2006.

Bona G (a cura di), *Il bambino immigrato*, Editeam s.a.s. Gruppo Editoriale, Cento (FE), 2003.

Geraci S., De Gaetano A., *Costi e benefici dell'assistenza sanitaria agli immigrati: prime ipotesi e considerazioni*, in: *Atti della VII Consensus Conference sull'immigrazione – VI Congresso Nazionale SIMM: “15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità”*. Lampedusa, 5-8 maggio 2004: 492-499.

Gaddini A., Franco F., Biscaglia L., Di Lallo D., *An Italian urban area study on emergency room utilisation by immigrants suffering from a psychiatric disorder in Rome, 2000-2004*, XXXXX

The Lancet, *Migration and health: a complex relation*, www.thelancet.com Vol 368 September 23, 2006, p. 1039.

Marceca M., *La salute*, in Fondazione ISMU, *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, FrancoAngeli, Milano, 2006, pp.187-201.

Marceca M., Geraci S., Martinelli B., *Politiche regionali per la salute degli immigrati*, in: *Atti della IX Consensus Conference sull'immigrazione – VII*

Congresso Nazionale SIMM: "per una salute senza esclusioni". Palermo, 27-30 aprile 2006, pp. 37-43.

Marceca M., Geraci S., Martino A., *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze*, in: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Edizione ETS, Pisa, 2006, pp. XXX-XXX.

Panizzut D, Olivani P. *Il diritto alla salute come e perché*, nuova immagine, Siena, 2006.

Turco L., *La prevenzione per la promozione della salute e l'integrazione dei popoli*, Relazione al 42° Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene. Catania, 27 Ottobre 2006.

http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/353/intervento_Turco_Catania_siti27-10-2006.pdf

Vineis P., Dirindin N., *In buona salute*, Einaudi (Gli Struzzi), Torino, 2004.