

La promozione della salute degli immigrati: il caso italiano

L'interesse a conoscere le malattie o meglio il profilo di salute degli immigrati non dovrebbe alimentare pregiudizi o paure ma piuttosto dovrebbe convincere che la garanzia della salute di questa popolazione si ottiene attraverso l'inclusione nel "sistema salute nazionale" favorendo l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari.

▶ A cura di **MARIO AFFRONTI***,
SALVATORE GERACI**

▶ È possibile tracciare un profilo di salute dell'immigrato al suo arrivo in Italia?

Nonostante "migrazioni e malattie" sia un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato (ancora oggi il migrante rischia di essere visto come l'"untore di manzoniana memoria") e nonostante non si possa dimenticare come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie, ciò non può giustificare le attuali paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona. In primo luogo perché, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche; e, in secondo luogo, per la considerazione che l'immigrato che arriva per lavorare in Italia ha un 'patrimonio' di salute pressoché integro: è il cosiddetto "effetto migrante sano", ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento a un'autoselezione che precede l'emigrazione, operata cioè nel Paese di origine. Risulta d'altronde



estremamente logico che il tentativo migratorio, soprattutto in una fase iniziale, venga messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, massimizzano le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio: sono i "pionieri" della migrazione della propria famiglia, gruppo, Paese.

Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra abbia in genere 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 grado di istruzione medio. Tali considerazioni supportano l'evidenza che le patologie d'importazione si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisite nel Paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento. L'immigrato e in particolare questo "immigrato pioniere" non ci porta malattie esotiche, ma piuttosto è una persona da tutelare e proteggere dal punto di vista sanitario. L'interesse a conoscere le malattie, o meglio, il profilo di salute degli immigrati non dovrebbe,

quindi, alimentare pregiudizi o paure ma piuttosto dovrebbe convincere che la garanzia della salute di questa popolazione si ottiene attraverso l'inclusione nel "sistema salute nazionale" favorendo l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari.

► **Quali sono i dati a disposizione sulla salute degli immigrati una volta entrati e stabilitisi in Italia?**

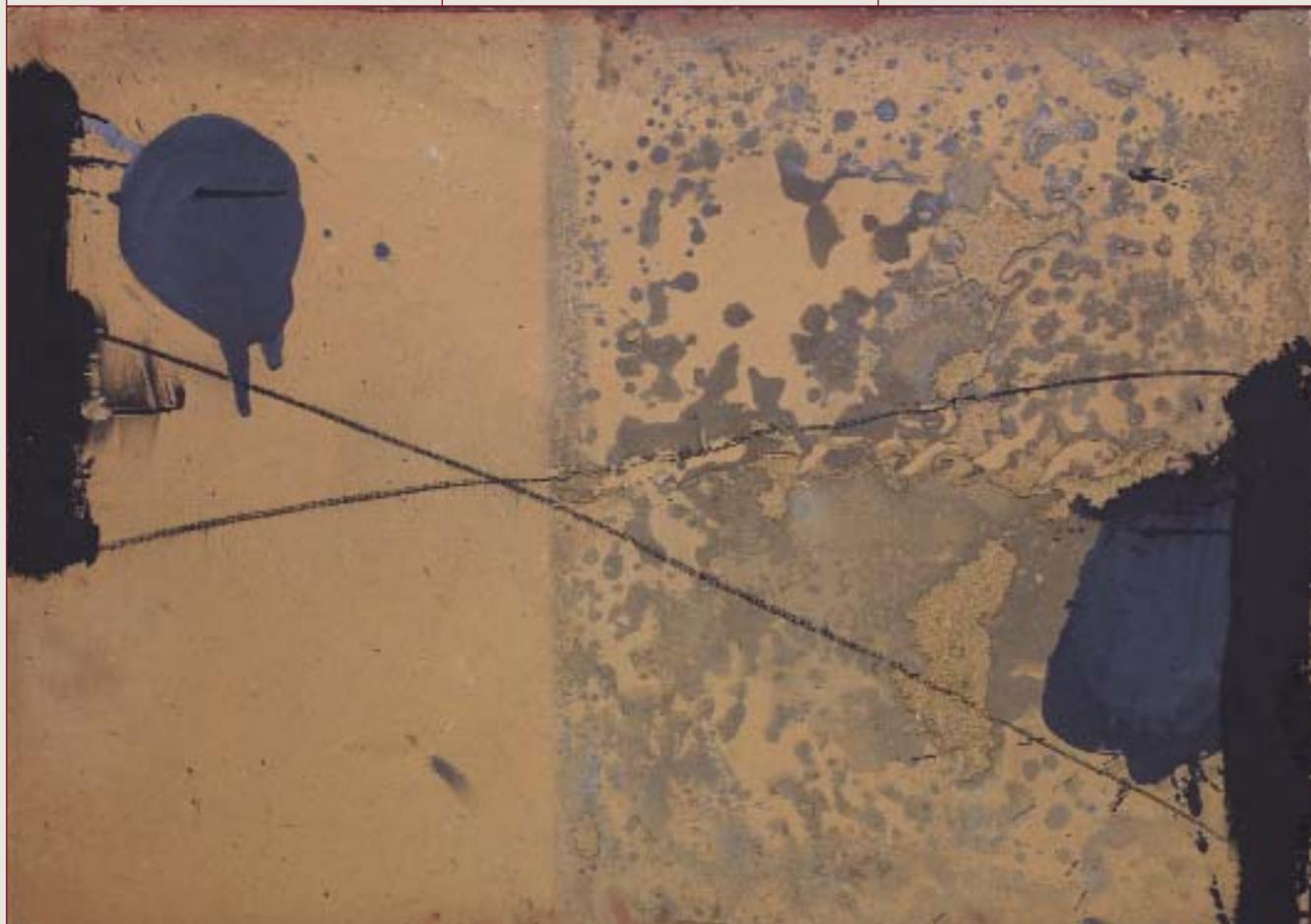
L'effetto migrante sano tende ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel Paese ospite. Tale effetto, inoltre, non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori "trainati" da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute cambia anche con il mutare del profilo demografico dell'immigrato in quanto si verifica una progressiva sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani). Da non dimenticare infine il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, sfruttato da chi approfitta della disperazione.

A livello nazionale ancora oggi la fonte più attendibile ed esaustiva sulla salute

degli immigrati è quella delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Questi dati infatti, pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico hanno il pregio di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale.

I dati relativi alle Sdo, forniti dal Ministero della Sanità nel 2007 riferiti all'anno 2005 e che tengono conto dell'attività di degenza, sono indicativi ed ancora oggi ci aiutano a definire la problematica. In quell'anno i ricoveri di cittadini stranieri sono stati oltre 450 mila (pari al 3,6% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati quasi esclusivamente in reparti per acuti e per il 73% in regime ordinario.

Le cause più frequenti di ricovero negli uomini sono i traumatismi (25,9%), seguiti dalle malattie dell'apparato digerente (13,8%), del sistema circolatorio (9,4%) e quelle dell'apparato respiratorio (8,2%). Per questi problemi di salute, in termini di tassi emerge che i valori dei cittadini stranieri sono sempre più bassi rispetto ai residenti, con l'esclusione dei traumatismi (16,6 per mille persone contro 14,8) e delle malattie infettive e parassitarie. Per le donne ben il 56,6% delle dimissioni ha



riguardato i parti naturali e le complicanze delle gravidanze, del parto e del puerperio. Escludendo questa tipologia di ricoveri, le cause più frequenti sono dovute a malattie del sistema genitourinario (16,8%), seguite dalle malattie dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%).

Questi dati non evidenziano specifiche criticità sanitarie se non l'elevata frequenza di ricoveri per traumatismi negli uomini (da imputare in genere all'elevato numero di incidenti lavorativi in particolare se lavoro in nero) ed un'espressione di rischio maggiore per le malattie infettive, seppur con tassi bassi e con un trend in diminuzione, che però sono quasi il doppio rispetto ai residenti. La maggior parte delle malattie infettive riscontrate sono espressione di una fragilità sociale tradotta spesso in promiscuità abitativa, difficoltà di accesso ai servizi, scarsa igiene negli ambienti di vita e lavoro e poca attenzione alla prevenzione.

► E per quanto riguarda le strutture di primo livello?

Vi sono dati significativi in grado di intercettare la domanda di salute di base. Di fatto in Italia in questi anni, il ruolo di erogatori di medicina di base è stato in parte svolto da ambulatori gestiti dal volontariato e dal privato sociale e, dal 1995, anche da ambulatori pubblici essendo state abbattute alcune limitazioni normative e amministrative che concretamente nascondevano o negavano l'accesso alle cure per una buona parte di immigrati sia regolari che clandestini.

Sebbene questi dati spesso non possano essere correttamente confrontati tra loro, nel caso che adottino sistemi di classificazione diversi, si è osservata in questi anni tra i vari centri una sostanziale sovrapposibilità dei dati clinici raccolti che ha portato a definire un profilo di salute dell'immigrato in Italia sostanzialmente condiviso da tutti gli esperti. Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente: l'apparato respiratorio; l'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie, disturbi della motilità intestinale, ecc.); quello osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta,

Immigrati ed assistenza sanitaria: la normativa vigente

Attualmente l'erogazione di prestazioni sanitarie per gli stranieri in Italia è disciplinata dalla L. n. 40/98¹ confluita nel D.Lgs. n. 286/98² cui ha fatto seguito il DPR n. 394/99³. Successive chiarificazioni sono state date nella Circolare n. 5 del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000. La successiva Legge n. 189/2002⁴, non apporta modifiche alla precedente per quanto riguarda l'assistenza sanitaria.

La legge 40/98 per quel che concerne gli stranieri regolarmente soggiornanti, prevede l'iscrizione obbligatoria al SSN per tutti coloro che hanno un permesso di soggiorno di media e lunga durata (lavoro, famiglia, protezione sociale) e definisce le modalità per l'iscrizione volontaria e la stipula di polizze assicurative. Per gli stranieri comunque presenti nel territorio nazionale, anche se non iscrivibili, l'assistenza sanitaria è regolata dall'art. 33 della suddetta L. 40/98 (e art. 35 del Testo Unico). Questo articolo stabilisce che ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, **Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)** "sono

comunque assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali⁵, ancorché continuative, per malattia ed infortunio. Tali prestazioni sono erogate nei servizi pubblici ed accreditati. Sono inoltre estesi agli stranieri irregolari e non iscritti al SSN i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".

Infine, viene precisato che, nell'ambito delle prestazioni assicurate agli stranieri irregolari, devono essere in particolare garantiti: **a)** tutela sociale della gravidanza e maternità, **b)** tutela della salute del minore, **c)** vaccinazioni, **d)** interventi di profilassi internazionale, **e)** profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive. Vale la pena precisare che non necessariamente lo straniero non iscritto al SSN è una persona non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, può trattarsi di una persona che si trova per brevi periodi in Italia ma sprovvista di iscrizione volontaria e di assicurazione privata; inoltre bisogna considerare che non tutti sono informati sul diritto di poter scegliere il medico di medicina generale. È importante invece riflettere sul doppio piano sul quale

si colloca l'assistenza sanitaria agli immigrati in condizione giuridica non regolare; essa infatti da una parte manifesta il diritto inalienabile dell'individuo alla salute sancito anche dall'articolo 32 della Costituzione italiana, e dall'altra l'interesse della collettività che deve, per sua tutela accertare lo stato di salute dei suoi componenti

Per quanto riguarda le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria di base, il DPR n. 394/99, delega alle regioni italiane l'organizzazione dei servizi sanitari, ovvero la definizione di chi e dove fornire l'assistenza sanitaria:

"le regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione né impegnativa". •

1. Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.
2. Testo unico (TU) delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.
3. Regolamento recante le norme di attuazione del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero a norma dell'art. 1, comma 6, del D.lgs n. 286/98.
4. Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo.
5. Prestazioni essenziali: "Prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti" (Circ. Min. San. n. 5, 24 marzo 2000).

infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa); pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di "prurito sine materia": un disturbo senza base eziologica organica); l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti); basso, contrariamente alle attese, è stato il riscontro di diagnosi psichiatriche; limitata è stata anche l'evidenza di patologie infettive, per la maggior parte di tipo nostrano (del tutto occasionale il riscontro di quelle esotiche di importazione). Percentualmente rilevante è la classe dei "sintomi e stati morbosi mal definiti", non correlabile a una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e talora a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e a esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato).

► **Cosa emerge dall'analisi dei dati disponibili?**

Sicuramente la presenza di alcune *aree critiche* che necessitano di particolare attenzione soprattutto in termini di programmazione e di pianificazione di politiche socio-sanitarie.

Qualunque sia il patrimonio di salute in "dotazione" al migrante, più o meno rapidamente esso viene dissipato per una

serie di "fattori di rischio" e per malattie che incombono nel Paese ospite soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal Paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari nonostante le leggi. In realtà molti di questi fattori di rischio accomunano tutti i "soggetti deboli" indipendentemente dalla loro nazionalità, ma in questo caso sono aggravati da una mancanza di condivisione culturale e di storia sociale. Esistono infatti nella popolazione immigrata alcune situazioni che delineano una "spiccata sofferenza sanitaria" proprio negli ambiti della medicina preventiva che hanno permesso al nostro Paese, come in tutti quelli occidentali, di configurarsi come Paese ad alta protezione: in particolare ci riferiamo all'area delle malattie croniche. L'accesso garantito per legge ha fatto emergere alcune aree critiche per la salute con particolare riferimento a quelle infettive, a quelle cronico-degenerative e al disagio psichico, importanti non tanto per la consistenza numerica o per la loro "importazione" dai paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire malattie, stati d'animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete.

La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, la garanzia di una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. La nostra attenzione deve spostarsi sul rischio reale che un considerevole patrimonio di salute, come è quello attuale degli immigrati in Italia, possa essere sciupato nell'arco di una generazione o meno. Man mano che le norme rendono maggiormente permeabile il nostro Servizio Sanitario Nazionale, è necessario considerare, sperimentare e promuovere nuovi o innovativi approcci epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici e organizzativi.

► **Come si differenzia a livello regionale l'attenzione alla promozione della salute degli immigrati?**

Dall'analisi di oltre 700 atti (leggi locali, piani, delibere, e note emanati dal 1995 all'inizio del 2010), emerge che quasi metà delle regioni italiane ha un alto livello di attenzione verso il tema della salute degli immigrati. La Puglia è identificata come l'eccellenza, almeno come pianificazione degli interventi, mentre Calabria e Basilicata mostrano ancora un livello minimo e scarso di impatto delle politiche sanitarie per gli immigrati. Il Friuli Venezia-Giulia, in passato all'avanguardia, ha subito una battuta d'arresto ed anche la Lombardia non mostra particolare attenzione al tema. Grazie alle indicazioni delle Regioni e coerentemente ad una rilevazione condotta in 1004 servizi sanitari in tutta Italia e con 21 studi di caso (uno per Regione e Provincia Autonoma), è emersa la necessità di lavorare, oltre che su una pianificazione sanitaria specifica, su alcuni punti chiave per migliorare l'equità di accesso e la qualità di trattamento delle cure degli stranieri. Si tratta degli indicatori di una **politica migrant friendly per servizi culturalmente sensibili**: la comunicazione e l'informazione rivolta a tutti gli immigrati; il superamento delle barriere di lingua e cultura sia per gli utenti che per il personale sanitario attraverso anche interventi di mediazione linguistico-culturale; investimento sulla formazione degli operatori di tutti i presidi sanitari, a partire da quelli a maggior flusso di immigrati.

Sulla formazione, un'ampia indagine su oltre 2200 iniziative specifiche sul tema, ha permesso di identificare delle raccomandazioni per uniformare percorsi di vario livello e per renderli efficaci nella qualificazione dei servizi.

La promozione della salute degli immigrati assume per la sua connotazione trasversale ai servizi ed alle politiche, una strategia di Sanità pubblica per una salute che non abbia esclusioni, per tutti. ♦

**Presidente SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni);
**Past president SIMM.*

