

2.3 *La salute*

di *Maurizio Marceca*

Nel precedente Rapporto della Fondazione Ismu, con riferimento alla relazione tra immigrazione e salute, è stata operata una sintesi dello stato dell'arte ed effettuato un bilancio del decennio precedente.

In questo contributo ci si propone fundamentalmente due obiettivi. Il primo è quello di fornire un aggiornamento dando conto di alcune delle più interessanti ricerche, esperienze ed approfondimenti nel campo. Il secondo è quello di tentare di proporre alcune riflessioni sulle potenzialità e sui limiti attualmente presenti tanto nell'ambito della ricerca quanto in quello, fondamentale, degli strumenti per la definizione e l'attuazione delle politiche sanitarie, nazionali e locali, rivolte alla popolazione straniera immigrata.

Non sfugga la peculiarità del momento storico, in cui si assiste, da una parte, ad una serie di iniziative orientate ad un tentativo di armonizzazione delle politiche a livello europeo (in cui, tra l'altro, non sono ancora evidenti gli effetti sul settore sanitario del recente allargamento a 25 stati); dall'altra, in ambito nazionale, l'avvio di un processo di decentramento regionale che vede nella sanità una delle aree di maggior interesse ma anche di potenziale criticità. Per effetto dell'art. 117 della L.C. n. 3 del 2001 (di modifiche al titolo V della II parte della Costituzione), infatti, la tematica "salute e immigrazione" appare ambigualmente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (l'immigrazione è infatti tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa) e la legislazione "concorrente" (la tutela della salute è inserita tra le materie in cui la potestà legislativa spetta alle Regioni).

Ciò rende ancora più pressante la chiara definizione di un sistema di garanzie relative ai contenuti di tutela della salute – i "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" - e alle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni – i requisiti per l'Accreditamento istituzionale - che riguarda anche gli immigrati presenti sul territorio nazionale.

2.3.1 Conferme e novità nella salute degli stranieri

Il tentativo di “leggere” scientificamente la salute degli stranieri immigrati continua ad incontrare alcune difficoltà tecniche e metodologiche che saranno rappresentate nel paragrafo 2.3.2.1. Ciò malgrado, va riconosciuta, negli ultimi anni, una disponibilità sempre maggiore di informazioni che, se anche non consentono una interpretazione inequivoca delle dinamiche di salute di questa popolazione, pure offrono interessanti spunti di riflessione. Sul fronte dell’assistenza pubblica, disponiamo da alcuni anni dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri, sia in regime cosiddetto “ordinario” che di “day hospital”, a carico di pazienti non italiani. Pur rappresentando un isolato episodio assistenziale (e non l’intero “percorso” di assistenza attraverso la rete dei diversi servizi e strutture, che meglio consentirebbe di dedurre la natura dei bisogni di salute), le informazioni relative al ricovero, in particolare se analizzate in senso diacronico, rivestono uno specifico interesse.

Nella tabella 1 è possibile osservare l’entità e la distribuzione, per grandi aree sovraregionali, dei ricoveri ospedalieri complessivi effettuati a pazienti non italiani negli anni 2000 e 2003 (si ricorda che il “consolidamento” dei dati stessi avviene usualmente con un ritardo di circa due anni). Il numero complessivo di ricoveri per pazienti non italiani ha superato, nell’anno 2003, le 400.000 unità, con la seguente distribuzione geografica: 36% a nord-ovest (Piemonte, Valle d’Aosta, Lombardia, Liguria, con netta prevalenza della Lombardia, ove si registrano quasi 95.000 ricoveri); 22% al centro-nord (Emilia Romagna, Toscana, Umbria; Marche); 18% al centro-sud (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, con netta prevalenza del Lazio, ove si registrano oltre 48.000 ricoveri); 16% a nord-est (Trento, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Veneto, con netta prevalenza di quest’ultima regione, ove si registrano oltre 42.000 ricoveri) e 9% al sud e nelle isole (Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna). Rispetto all’anno 2000, si assiste così ad un aumento di oltre il 41%, ma va tenuto conto che, nello stesso periodo, gli stranieri regolarmente presenti sono aumentati di quasi il 60%. La registrazione dell’episodio di ricovero non prevede la precisazione della condizione giuridica dello straniero assistito, ma va rimarcato come, diversamente dai dati relativi ad altri anni di rilevazione, quelli del 2003 si riferiscono verosimilmente ad una popolazione in larga prevalenza regolare, vista la stretta contiguità temporale con l’ultima regolarizzazione concessa nel nostro paese. Il tasso di ricovero medio nazionale degli immigrati (numero di ricoveri registrati per stranieri ogni 1.000 ricoveri complessivi) è risultato, nel 2003, pari a 31,3 (nel 2000 era pari a 22,4), con variazioni comprese tra 11,8 nell’area centro-meridionale a 46,1 nell’area nord-orientale.

Nella tabella 2 è possibile verificare l’area continentale di appartenenza delle persone che hanno avuto un ricovero nell’anno 2003, che sono stati: per il 34%, immigrati da paesi europei non appartenenti all’UE; per oltre il 26%

africani; per il 13% asiatici; per quasi il 13% provenienti dal continente americano (in prevalenza dell'america centro-meridionale); per l'11% europei di stati dell'UE e, per il restante 2,5%, apolidi o soggetti provenienti dall'Oceania. La stessa tabella permette di verificare come il regime di day hospital rappresenti oggi, a livello nazionale, circa un quarto di tutti i ricoveri, con una variabilità a seconda dell'area di provenienza che va dal 25-30% per gli europei appartenenti all'UE, gli africani, gli asiatici e quelli provenienti dall'Oceania, ad oltre il 46% nel caso dei latinoamericani.

Il ricorso a tale forma di assistenza è comunque in tendenza crescente per tutti gli stranieri e permette di ipotizzare una crescente appropriatezza nell'uso dei servizi sanitari, cioè adeguatezza dei percorsi assistenziali.

Le prime comunità di stranieri assistiti in ospedale sono, nell'ordine, i rumeni (circa 40.000 ricoveri), seguiti a breve distanza dagli albanesi e dai marocchini, dagli ecuadoregni e dagli ucraini (in netta crescita rispetto agli anni precedenti).

Come già rilevato negli anni precedenti, la maggior parte dei ricoveri sono stati effettuati su donne (oltre il 60% in regime ordinario ed oltre il 70% in day hospital). Le principali cause di ricovero nel 2003 (che, come altre informazioni, per motivi di spazio non sono qui rappresentate), hanno riguardato, per le donne, il parto e la gravidanza (che giustificano oltre il 55% di tutte le cause di ricovero). Altre analisi hanno fatto emergere come, nei ricoveri in day hospital, l'aborto indotto, tra le donne straniere, sia circa dieci volte più frequente che nelle donne italiane (gioca qui un ruolo evidente il fattore demografico di struttura della popolazione). In ogni caso, anche i dati più recenti (2002) confermano valori molto più alti (di 3 - 4 volte superiori) di ricorso alla Interruzione volontaria di gravidanza (IVG) tra le donne straniere rispetto a quelle italiane. Nel 2002, la stima del tasso di abortività tra le donne immigrate (Numero di IVG per 1.000 donne cittadine straniere di età compresa tra 18 e 49 anni), è risultato pari al 35,5 per mille.

Per gli uomini, le principali cause di ricovero, sempre nello stesso anno, sono state rappresentate dai traumatismi e dalle malattie dell'apparato digerente.

Con riferimento agli infortuni sul lavoro desumibili dai dati dell'INAIL, va ricordato che esiste una difficoltà di lettura del fenomeno che è fondamentalmente legata sia ad una maggior esposizione infortunistica dei lavoratori stranieri (adibiti a mansioni più rischiose), che, come illustrato più avanti, ad un incerto dimensionamento del denominatore di riferimento, cioè della totalità dei lavoratori stranieri presenti in Italia. Le stime più recenti parlano di un rischio infortunistico nei lavoratori stranieri pari ad oltre il 6,5%, cioè più che doppio rispetto a quello degli italiani, con notevole differenziazione per aree territoriali (nel nord-est, ad esempio, risulta circa il doppio della media nazionale; nel sud, meno della metà): le differenze tra aree regionali sono verosimilmente dovute alle diverse lavorazioni prevalenti in

quel territorio, alla diffusione del lavoro non regolare e alla diversa propensione dei datori di lavoro a denunciare gli infortuni.

L'ambito infortunistico, inteso in modo più ampio considerando gli incidenti stradali e domestici oltre a quelli sul lavoro, inizia ad essere indagato anche attraverso l'analisi dei dati relativi alle prestazioni di Pronto Soccorso (PS). Ad esempio, l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio ha recentemente verificato come il 7,7% delle prestazioni di PS a carico di immigrati sia conseguenza di traumi, di come questi ultimi siano più gravi ed urgenti rispetto a quelli documentati tra gli italiani, e di come per gli immigrati si osservi un più alto rischio di ricovero per incidente stradale o domestico rispetto agli italiani.

La tabella 3, relativa ad un'altra ricerca effettuata nella regione Lazio, riguarda invece (ed è la prima indagine disponibile in Italia in questo campo) la fruizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite, accertamenti diagnostici e laboratoristici nelle diverse branche cliniche) da parte degli stranieri immigrati, distinti tra regolari provenienti da paesi a forte pressione migratoria ed irregolari, a confronto con quelle erogate a cittadini italiani.

Dallo studio è emerso che la stima di massimo impatto della popolazione straniera sul totale dell'attività specialistica ambulatoriale in questa regione è inferiore al 5% (e quindi anche inferiore alla percentuale rispetto alla popolazione totale residente). Osservando la distribuzione delle prestazioni fruite dai tre gruppi considerati (STP, stranieri da PFPM e italiani), si possono riscontrare alcune differenze, soprattutto tra l'utenza registrata come irregolare e quella italiana. In particolare, emerge il maggior peso, tra gli STP, delle prestazioni di laboratorio analisi (oltre il 67% contro il 63%), di quelle di natura dermatologica (oltre il 9% contro meno dell'1%) ed ostetrico-ginecologica (6,5% contro meno dell'1%), mentre un peso minore si registra per le prestazioni di medicina fisica-riabilitazione (che suggerisce una notevole difficoltà a fruirne da parte degli immigrati irregolari), di radiologia diagnostica, di cardiologia e di oculistica. Gli stranieri regolarmente presenti mostrano un profilo di assistenza intermedio tra quello degli italiani e quello degli irregolari (ma spesso più vicino ai primi).

Anche la casistica di alcuni ambulatori di medicina di base di aree diverse del paese (Palermo, Roma, Brescia), conferma il sostanziale permanere del fenomeno conosciuto come "effetto migrante sano" (di cui si è data spiegazione nei precedenti Rapporti della nostra Fondazione) e del ruolo preminente dei determinanti sociali nel condizionare la salute degli immigrati. Ciò non dovrebbe però giustificare politiche disattente verso la tutela della salute di questa popolazione - anche perché si inizia a intravedere l'aumento di alcune patologie cronic-degenerative tipiche dei profili di salute occidentali - ma suggerire viceversa politiche di protezione e integrazione sociale.

Stupisce viceversa come la percezione della salute straniera da parte degli operatori sanitari sia marcatamente distante dalla realtà epidemiologica, facendo trasparire pregiudizi che, laddove non individuati e sottoposti a revisione critica, possono ostacolare un'adeguata assistenza e presa in carico (vedi tabella 4).

Tab. 1 – Ricoveri ospedalieri complessivi (sia in regime ordinario che di Day Hospital) registrati in Italia a carico di pazienti non italiani e confronto con tutti i ricoveri nazionali. Anni 2000 e 2003 e variazione percentuale.

AREE MACRO-REGIONALI	Ricoveri a carico di pazienti non italiani			Ricoveri nazionali totali			Ricoveri di non italiani ogni 1000 ricoveri		
	2000	2003	Var %	2000	2003	Var %	2000	2003	Var %
NORD-OVEST	107.153	143.348	33,8	3.394.597	3.312.901	- 2,4	31,6	43,3	37,0
NORD-EST	44.056	63.036	43,1	1.418.491	1.368.547	- 3,5	31,1	46,1	48,2
CENTRO-NORD	63.612	88.082	38,5	2.205.215	2.083.174	- 5,5	28,8	42,3	46,9
CENTRO-SUD	50.559	70.692	39,8	2.767.034	3.009.105	8,7	18,3	23,5	28,4
SUD E ISOLE	18.772	35.911	91,3	2.886.227	3.045.173	5,5	6,5	11,8	81,5
TOTALE	284.152	401.069	41,1	12.671.564	12.818.900	1,2	22,4	31,3	39,5

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes 2005. Elaborazioni su dati Ministero della Salute – Anni 2003 e 2005 – modificata

LEGENDA: NORD-OVEST = Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria; NORD-EST = Trento, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Veneto;
CENTRO-NORD = Emilia Romagna, Toscana, Umbria; Marche; CENTRO-SUD = Lazio, Abruzzo, Molise, Campania;
SUD E ISOLE = Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna

Tab. 2 – 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 2003: valori assoluti e percentuali.

<i>AREE CONTINENTALI</i>	<i>Ricovero ordinario</i>	<i>% sul totale</i>	<i>Day Hospital</i>	<i>% sul totale</i>	<i>Totale ricoveri</i>	<i>% Day Hosp. su tot. ricoveri</i>
EUROPA UE	34.997	11,6	8.940	9,3	43.937	25,5
EUROPA NON UE	101.509	33,6	35.240	36,8	136.749	34,7
AFRICA	82.740	27,4	22.499	23,5	105.239	27,2
AMERICA	34.828	11,5	16.056	16,8	50.884	46,1
ASIA	40.285	13,3	11.396	11,9	51.681	28,3
OCEANIA	584	0,2	150	0,2	734	25,7
APOLIDE	7.558	2,5	1.523	1,6	9.081	20,2
<i>TOTALE</i>	<i>302.501</i>	<i>100,0</i>	<i>95.804</i>	<i>100,0</i>	<i>398.305</i>	<i>24,1</i>

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes 2005. Elaborazioni su dati Ministero della Salute – Anni 2003 e 2005 – modificata

Tab. 3 - Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2004 a Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), a stranieri regolari provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e ad italiani, distinte per branca specialistica nel Lazio.

Branca specialistica	STP		Stranieri (PFPM)		Italiani	
	V. A.	V. %	V. A.	V. %	V. A.	V. %
00 Laboratorio Analisi	74.662	67,34	711.982	65,11	47.521.492	62,77
56 Medicina fisica - Riabilitazione	1.466	1,32	196.152	17,94	15.632.795	20,66
69 Radiologia Diagnostica	3.264	2,94	38.810	3,55	2.911.886	3,85
08 Cardiologia	1.107	1,00	13.011	1,19	1.417.912	1,87
99 Altro	5.176	4,67	22.181	2,03	1.071.609	1,42
34 Oculistica	669	0,60	7.593	0,69	823.195	1,09
52 Dermosifilopatia	10.397	9,38	8.839	0,81	522.793	0,69
37 Ostetricia e Ginecologia	7.196	6,49	36.025	3,29	454.798	0,60
35 Odontoiatria-Stomatologia	1.148	1,04	8.737	0,80	361.095	0,48
<i>Altre branche</i>	5.798	5,22	50.311	4,59	4.965.878	6,57
<i>Totale</i>	<i>110.883</i>	<i>100,00</i>	<i>1.093.641</i>	<i>100,00</i>	<i>75.683.453</i>	<i>100,00</i>

Fonte: Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio – Sistema Informativo Assistenza Specialistica - Anno 2004

LEGENDA: STP = Stranieri temporaneamente presenti; PFPM = Paesi a forte pressione migratoria

Tab. 4 – Percezione delle patologie maggiormente frequenti tra gli immigrati da parte di un campione di 1.127 operatori sanitari (medici, infermieri ed altri) sottoposti a pre-test in occasione di 39 eventi formativi sulla medicina delle migrazioni svolti in varie parti d'Italia tra il 1995 ed il 2002 dalla Caritas di Roma.

Risposte possibili	Prima risposta		Somma delle prime 3 risposte*		Risposte possibili	Prima risposta		Somma delle prime 3 risposte*	
	frequenza	%	frequenza	%		frequenza	%	frequenza	%
Tubercolosi	480	42,6	707	62,7	Aids	77	6,8	394	35,0
Bronchite	160	14,2	433	38,4	Tonsillite	36	3,2	165	14,6
Depressione	148	13,1	417	37,0	Malaria	34	3,1	217	19,2
Gastrite	94	8,3	217	19,3	Psicosi	12	1,1	120	10,6
Malattie veneree	78	6,9	383	34,0	Altro	8	0,7	21	1,9
					Totale	1.127	100,0		

* Sono state sommate le prime tre risposte con le relative percentuali

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Indagine Area sanitaria Caritas Diocesana di Roma 2005.

2.3.2 Quali strumenti per la salute degli stranieri ?

In questi anni, tra i cultori della materia e gli addetti ai lavori, è andata maturando sempre di più la consapevolezza di come la qualità dell'assistenza sanitaria rivolta agli stranieri (nelle diverse opzioni preventive, curative e riabilitative) sia strettamente correlata - oltre che alla definizione di chiare politiche sanitarie e alla previsione di adeguate risorse (complessivamente intese) - anche alla disponibilità di una serie di strumenti operativi. Questi riguardano sia la possibilità di disporre di informazioni affidabili e continuative relative alla salute degli immigrati e alle attività sanitarie (servizi e prestazioni) a questi erogate, sia ad alcune modalità operative che massimizzano la reale applicazione degli orientamenti adottati e dei necessari interventi ad essi collegati.

La disponibilità di informazioni richiama il tema delle "fonti" utilizzabili per fare ricerca e per valutare l'entità e gli effetti delle azioni intraprese; le garanzie di applicazione delle politiche per la salute degli stranieri richiedono invece, per essere individuate, una preliminare analisi dei "punti critici" all'interno dei percorsi istituzionali, da cui possano derivare idonee strategie.

2.3.2.1 Quali strumenti per la ricerca nel campo della salute straniera ?

La ricerca italiana sulla salute degli immigrati continua a presentare luci ed ombre, nella misura in cui, in alcune regioni e per alcuni gruppi di ricerca, si appalesano incoraggianti segnali di vitalità, mentre in altre regioni ed ancora in molte università e centri di ricerca non si riscontrano autentici segnali di interesse ed una attività scientifica ad esso correlata.

In ambito sanitario, è evidentemente la ricerca di natura quantitativa a prevalere nettamente. A diversi livelli istituzionali e non istituzionali (nazionale, regionale e locale) ci si interroga sulla reale natura delle dinamiche di salute degli stranieri immigrati; l'esiguità degli studi attualmente disponibili, oltre ad un "ritardo" culturale rispetto all'interesse per le trasformazioni sociali indotte dal fenomeno migratorio, trova alcune giustificazioni in problematiche di natura tecnica correlate alla definizione dell'entità dei fenomeni sanitari e a loro interpretazioni metodologicamente fondate.

Una parte degli studiosi di sanità pubblica, in particolare quelli interessati alla cosiddetta "epidemiologia dei servizi sanitari" - cioè alla caratterizzazione dell'utilizzo del sistema dell'offerta sanitaria da parte degli immigrati - si sta rivolgendo con interesse alle cosiddette "fonti amministrative". Il termine sta ad indicare gli archivi di dati sanitari primariamente utilizzati a fini amministrativi (in particolare, per il finanziamento delle prestazioni erogate); tali informazioni, routinariamente raccolte dalle stesse strutture erogatrici,

vengono poi trasmesse alle Aziende sanitarie locali (Asl) strutturando veri e propri “flussi informativi”. Le Asl, dopo aver “validato” i dati loro pervenuti (cioè verificato la loro affidabilità in termini di coerenza logica), li trasmettono a loro volta, con periodicità definita, ad un archivio centrale regionale; l'intero processo che va dalla raccolta all'archiviazione finale dei dati configura un vero e proprio “sistema informativo sanitario regionale”.

L'utilità di questi sistemi informativi risiede nel fatto che i dati in essi contenuti vengono rilevati in modo routinario e non occasionale su tutto il territorio di riferimento (con elevata “copertura” delle strutture che vi agiscono) e che sono immediatamente disponibili su supporto informatico e a basso costo.

I sistemi informativi sanitari attualmente utilizzabili pressoché in tutte le regioni per operare valutazioni relative all'assistenza agli stranieri immigrati sono fondamentalmente due. Il Sistema informativo ospedaliero, che, a partire dalla Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), raccoglie in modo sintetico e codificato le informazioni demografiche e cliniche utili a descrivere e classificare gli episodi di ricovero (compresi quelli per gravidanza, parto, aborto spontaneo e interruzione volontaria di gravidanza); si tratta del sistema informativo che ha generato, a livello nazionale, i dati prima rappresentati nelle tabelle 1 e 2. Il secondo sistema più importante è il Sistema informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, che raccoglie le informazioni relative alle prestazioni ambulatoriali (visite, esami diagnostici di tipo radiologico e laboratoristico); si tratta del sistema informativo che ha generato, a livello regionale, i dati prima rappresentati nella tabella 3.

In alcune regioni sono stati implementati anche altri sistemi informativi, come quello relativo all'emergenza sanitaria, cioè alle prestazioni erogate in Pronto soccorso, o quelli relativi allo Screening mammografico o alla Vaccinazione antinfluenzale, cioè a specifiche prestazioni sanitarie destinate a ben definite categorie di soggetti.

La possibilità di estrapolare informazioni riguardanti specifiche forme di assistenza agli stranieri immigrati dipende dalla presenza, a sua volta collegata alla obbligatorietà della loro registrazione (“debito informativo”), di specifiche variabili che permettano di distinguerli dal resto della popolazione fruitrice delle prestazioni stesse. L'eventuale contenuto di tali informazioni dipende però dalle stesse definizioni adottate di “straniero” piuttosto che di “immigrato”. Senza entrare eccessivamente nel merito tecnico della questione, si sottolinea come il criterio di individuazione rivelatosi maggiormente utile a questi fini di ricerca epidemiologica è quello della “cittadinanza” della persona assistita, eventualmente utilizzato in misura combinata con il suo “luogo di nascita”. In altri termini, tutti i sistemi informativi sanitari che non registrino, insieme alle altre informazioni, tali criteri, non consentono di “disaggregare” dati relativi agli stranieri immigrati. Una volta poi che si sia riusciti a dimensionare l'entità di una prestazione resa agli stranieri,

caratterizzandola nella misura più analitica possibile (ad esempio, una data prestazione endocrinologica fruita da immigrati di sesso femminile e di età compresa tra 18 e 45 anni...), resta il problema tecnico di non sapere esattamente a quale popolazione complessiva riferire quella osservazione; ciò perché le attuali fonti di rilevazione della presenza straniera o, nel caso dell'irregolarità, la stessa natura di clandestinità di una parte della popolazione di riferimento, presentano una serie di limitazioni che, sotto il profilo metodologico, si rivelano particolarmente problematiche. Ad esemplificazione di quanto questo cosiddetto "problema dei denominatori" possa essere rilevante, basti pensare che è stato calcolato che, nell'anno 2000, i permessi rilasciati a minori (più spesso registrati sul permesso di soggiorno dei loro genitori) rappresentavano meno di un quinto della popolazione straniera minorenni registrata nelle liste anagrafiche!

La conseguente sottostima della popolazione straniera complessiva comporta usualmente una sovrastima delle misure epidemiologiche: in altre parole, la non corretta conoscenza della popolazione cui far riferire l'osservazione, ad esempio la prevalenza di casi di una data patologia, induce a considerarne la misura più rilevante di quanto effettivamente non sia in termini relativi.

L'altra non meno importante difficoltà tecnica, consiste nel confrontare quanto osservato negli stranieri con quanto accade nella popolazione italiana. Ciò perché le fonti usualmente utilizzate, in particolare gli archivi anagrafici comunali, non permettono di distinguere i residenti italiani con i residenti stranieri: le due popolazioni non possono così essere paragonate in modo distinto, ma solo in termini proporzionali.

Malgrado i limiti interpretativi qui accennati, l'utilizzo dei dati amministrativi di ambito sanitario rappresenta un'indispensabile base di riflessione per orientare la programmazione dei servizi e per valutarli.

L'utilizzo combinato delle varie fonti attraverso particolari procedure dette di "record linkage", consente inoltre di ricostruire con maggior precisione fasi diverse dei percorsi assistenziali dei pazienti, non limitandosi ad una visione isolata e parcellizzata.

Accanto agli studi di natura quantitativa, iniziano a comparire, anche in ambito sanitario, ricerche di natura qualitativa sulla salute degli stranieri, che offrono il vantaggio di riuscire a rappresentare alcuni aspetti di indubbio interesse, come la percezione e i punti di vista degli immigrati che utilizzano (o non utilizzano) i servizi sanitari. Tali metodologie di ricerca, tra cui sono di frequente impiego le tecniche basate su interviste aperte e sulla conduzione di *focus group*, consentono ad esempio, analizzando distintamente specifiche comunità di stranieri, di recuperare l'enorme patrimonio di diversità da esse rappresentato, evitando l'effetto massificante spesso sotteso ad alcuni approcci quantitativi.

2.3.2.2 *Quali strumenti per l'attuazione delle politiche nel campo della salute straniera ?*

L'articolazione tra i diversi livelli istituzionali che animano il sistema salute propone dei passaggi critici che possono mettere in crisi l'effettiva applicazione degli orientamenti sanitari, eludendo a volte lo stesso mandato istituzionale (come d'altronde può accadere verso gli stessi cittadini italiani). Nella consapevolezza che la sola espressione giuridica di politiche sanitarie per gli stranieri (all'interno di Piani sanitari regionali o di altre Delibere regionali), pur essenziale, non è di per sé a garanzia della loro reale attuazione, la Fondazione Ismu ha promosso, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), una indagine nazionale basata su una intervista semistrutturata da sottoporre a "testimoni privilegiati" in ambito locale. Concretamente, si è cercato di individuare, in ogni Regione e Provincia Autonoma, un referente istituzionale ed un rappresentante del Terzo settore, scelto tra le Associazioni o altre realtà non governative più rilevanti tra quelle presenti sul territorio.

L'indagine, attualmente in corso, non ha lo scopo di ottenere una obiettiva caratterizzazione della realtà locale, quanto di registrare due diversi e rilevanti punti di vista (in particolare focalizzati sulla segnalazione di eventuali criticità esistenti), confrontandone l'eventuale sovrapposizione o distanza.

Rimandando l'illustrazione dei risultati ad un successivo documento specifico, si anticipa che l'indagine sta confermando l'estrema importanza della costruzione di una rete di riferimenti e di coordinamento ai diversi livelli operativi. Le Regioni che, negli ultimi anni, hanno scelto di promuovere o comunque sostenere iniziative di attivazione di organismi che vedessero il coinvolgimento delle diverse realtà istituzionali e non istituzionali presenti sul territorio¹, hanno infatti maturato una visione d'insieme e potuto dar vita ad una serie di interventi fondati su priorità condivise e implementati a partire dal basso con una partecipazione allargata.

In altre Regioni (non casualmente, quelle in cui spesso la conduzione della ricerca sta incontrando difficoltà già nell'individuazione di un vero e proprio referente istituzionale), sta emergendo dall'indagine una notevole frammentarietà o addirittura mancanza, tanto della capacità di lettura sistemica del fenomeno, quanto delle azioni specifiche eventualmente intraprese a livello locale.

¹ Si rimanda, a tal proposito, a quanto già raccontato nel precedente Rapporto della nostra Fondazione sull'esperienza del *Gruppo regionale immigrazione e salute (GRIS)* del Lazio, informando che, nell'ultimo anno, sono state avviate analoghe esperienze nella Provincia di Trento ed in Sardegna e sono in corso iniziative per attivarne anche in Lombardia, in Sicilia e in Veneto.

Ciò conferma come le criticità derivanti da fenomeni articolati e complessi - oltre che recenti - quali quello dell'immigrazione, richiedano la capacità di attivare lavoro di gruppo e di "far rete".

Come già segnalato in nostri precedenti Rapporti, una chiave strategica per ottimizzare la capacità dei servizi di rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute degli stranieri, a qualunque titolo essi siano presenti, è rappresentata dall'adeguamento e dalla formazione/aggiornamento degli operatori, tanto sanitari che amministrativi.

A questo proposito, è interessante segnalare le Raccomandazioni relative alla formazione emerse dalla VIII Consensus Conference sull'immigrazione organizzata dalla SIMM, relativamente ai contenuti tematici e alle modalità di impostazione e realizzazione degli eventi formativi.

Estremamente importante è anche il possibile ruolo degli stranieri immigrati non in qualità di destinatari, ma di attori di interventi per la salute.

Una concreta politica di inserimento degli stranieri tra il personale sanitario, ad esempio, otterrebbe il duplice effetto di iniziare a colmare gravi lacune di personale per alcune specifiche competenze professionali² e di integrare nel sistema dell'offerta persone che possano, laddove adeguatamente preparate, svolgere anche un ruolo di mediazione interculturale.

Altrettanto importanti, nella stessa direzione, appaiono le iniziative avviate, (in regioni come l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia), per la formazione assistenziale di base alle badanti straniere che si occupano di anziani non autosufficienti italiani.

2.3.3 La prospettiva dell'accreditamento dei servizi sociosanitari rivolti a stranieri immigrati

In ultima analisi, un deciso sostegno alla qualificazione dei servizi sanitari rivolti anche (e quindi non necessariamente "dedicati") agli stranieri, siano tali servizi di gestione pubblica che privata, dovrebbe essere dato dalla emanazione, in ogni Regione o Provincia Autonoma, dei requisiti per l'Accreditamento istituzionale. Si tratta di un rilevante processo, attualmente in corso di definizione - riguardante tutte le funzioni assistenziali di cui è previsto un finanziamento pubblico - in cui la possibilità di erogare prestazioni a nome e per conto del Servizio sanitario regionale è subordinata

² Ad esempio, la neonata "Federazione europea professioni infermieristiche" (Fepi) ha recentemente denunciato la carenza, in Italia, di 40.000 infermieri a fronte dei 340.000 già presenti, con un ritardo rispetto ad altri grandi paesi europei, proponendo di richiamare professionisti da altri paesi con una serie di garanzie (elevazione degli standard formativi e loro omogeneizzazione a livello europeo, ridefinizione delle modalità della libera circolazione dei professionisti tra i paesi membri).

al possesso di specifici requisiti predefiniti di natura strutturale, tecnologica ed organizzativa. Tale prospettiva presenta sia notevoli potenzialità, in quanto volta a definire le garanzie assistenziali per i destinatari dei diversi interventi, quanto incertezze e rischi, poiché potrebbe mettere oggettivamente in seria difficoltà alcune importanti realtà assistenziali gestite da soggetti privati no profit, paradossalmente anche quelle che spesso hanno sviluppato approcci relazionali più confacenti alla diversità culturale dei pazienti immigrati, ma che frequentemente non usufruiscono dei finanziamenti necessari per realizzare, in particolare, importanti ristrutturazioni dei propri servizi.

A tal proposito, sarebbe importante valutare il possibile contributo di tutte le realtà assistenziali esistenti localmente alla individuazione dei criteri e dei requisiti che tutelano l'efficacia dell'intervento e la soddisfazione dei pazienti stranieri.

2.3.4 Considerazioni conclusive: quali strategie ?

Quanto illustrato evidenzia come il tema della salute degli immigrati non presenti attualmente nel nostro paese particolari pericoli (e quindi non giustifichi allarmi), né tantomeno difficoltà insormontabili. La tutela della salute degli stranieri continua a dipendere, prima che da efficienti sistemi sanitari, da adeguate politiche di integrazione sociale. Tuttavia, laddove emergenti, i bisogni di salute degli stranieri dovrebbero trovare, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, un'adeguata e tempestiva capacità di presa in carico da parte dei servizi sanitari pubblici che, in diverse realtà regionali, è ancora lungi dall'essere garantita.

Al fine di recuperare o migliorare la qualità e l'appropriatezza dei propri interventi, i sistemi sanitari dovrebbero - a nostro avviso - puntare strategicamente sulla formazione e l'aggiornamento del personale, sul maggiore coinvolgimento delle comunità straniere presenti e sulla capacità di "fare rete" con le diverse realtà sociali e di volontariato attive e competenti, sia nella definizione delle politiche per la salute che nel governo dei processi assistenziali. Così come per la popolazione italiana, risulta infatti sempre più evidente la necessità di garantire idonei percorsi assistenziali che considerino la malattia come un "continuum", più che provvedere in modo isolato alle sue manifestazioni acute, attraverso una capacità di regia che faccia di un'attenta ed articolata programmazione degli interventi e gestione integrata degli stessi i suoi punti di forza.

E' anche necessario poter effettuare sistematicamente valutazioni relative ai bisogni, alle azioni ed al loro impatto; ciò richiede una continua ricerca sulle fonti dei dati ed un progressivo affinamento della qualità delle informazioni disponibili. Parallelamente, sembra importante creare i presupposti per essere in grado di cogliere, con rigore metodologico e tempestività, il manifestarsi di

eventuali fenomeni e situazioni ascrivibili a “disuguaglianze nella salute” a carico degli stranieri immigrati, con particolare riferimento a quelle legate all’accessibilità ai servizi.

Per quanto attiene alle politiche sanitarie locali, è dimostrato come la creazione - ai diversi livelli - di organismi di confronto, proposta e coordinamento, massimizzi la capacità di attuazione dei piani e dei programmi sanitari.

Oltre a rispondere al presente, occorre però iniziare a pensare al futuro. Accanto al consolidamento di una seconda generazione di immigrati e, per le comunità di più antico insediamento, all’imminenza di una terza generazione, è infatti prevedibile che il profilo epidemiologico degli stranieri tenda sempre più a convergere con quello degli italiani, con un ruolo progressivamente maggiore delle patologie cronico-degenerative e l’affacciarsi di una utenza anziana e non autosufficiente sempre maggiore. Tale prospettiva comporta, già da ora, l’opportunità di impegnarsi in interventi mirati di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria, oltre che di improntare il più possibile i servizi ad un approccio transculturale.

Su tali prospettive ci si propone, nei prossimi rapporti, di fornire ulteriori aggiornamenti ed approfondimenti.

Bibliografia

Aa. Vv., *Atti dell’VIII Consensus Conference sull’immigrazione – VI Congresso Nazionale SIMM: “15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità”*. Memorial Luigi Di Liegro. Lampedusa, 5-8 maggio 2004

Baglio G., Cacciani L., Guasticchi G., *L’utilizzo dei dati amministrativi per la valutazione del profilo di salute degli immigrati*, in corso di pubblicazione (per gentile concessione degli Autori)

Costa G., Spadea T., Cardano M., *Disuguaglianze di Salute in Italia. Inequalities in Health in Italy*, in “Epidemiologia & Prevenzione”, anno 28, n. 3, maggio-giugno 2004, supplemento

Farchi S., Giorni Rossi P., Chini F., Baglio G., Cacciani L., Lori G., Borgia P., Guasticchi G., *I traumi negli immigrati da paesi non industrializzati: analisi degli accessi in pronto soccorso nel Lazio nell'anno 2000*, in "Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità", n. 17, 2005, pp.335-342.

Geraci S., Mazzetti M., De Benedictis A., Baglio G., *Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri*, in "Studi Emigrazione", XLII, n. 157, 2005, pp. 87-103.

Geraci S., *La sfida della medicina delle migrazioni*, in Caritas/Migrantes, *Immigrazione Dossier Statistico 2005 - XV Rapporto*, Nuova Anterem, Roma, 2005, pp. 179-188.

Hughes J., Foschia J.P., (a cura di), *Servizi sanitari per un'utenza multiculturale e prevenzione dell'HIV e IST: manuale per gli operatori e pianificatori nel settore socio-sanitario*, Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Verona, 2004.

Marceca M., *La salute*, in: Zincone G. (a cura di) - Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati, *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, il Mulino, Bologna, 2001, pp. 215 - 242.

Marceca M., *Mediazione interculturale*, in "CARE - costi dell'assistenza e risorse economiche", n. 4, 2005; pp. 22-25.

Parlamento della Repubblica Italiana. Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24 ottobre 2001.

Pasini N., *La salute*, in Fondazione ISMU, *Decimo Rapporto sulle migrazioni 2004. Dieci anni di immigrazione in Italia*, FrancoAngeli, Milano, 2005, pp.169-182.

Ritondi L., Viola G., Silvestri I., Baglio G., Marceca M., Guasticchi G., *L'utilizzo dei servizi di assistenza ambulatoriale specialistica da parte degli stranieri nel Lazio*, in corso di pubblicazione

Scarcella C., Pezzoli M.C., Scolari C., Indelicato A.M., Lonati F., El-Hamad I., *L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da paesi extra-Comunità Europea*, in "Tendenze nuove", nn. 4-5, 2004, pp. 361-384.

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, *Salute, Sanità e Medicina*, in “Il permesso di soggiorno/magazine”, numeri 7 e 11 del 2004, 1, 2, e 4 del 2005

Spinelli A., Baglio G., Lispi L., Guasticchi G., *Condizioni di salute della donna immigrata in Italia*, in “Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità”, n. 17, 2005, pp.231-241.