

International journal of migration studies

# STUDI EMIGRAZIONE

*rivista trimestrale del*

**CENTRO STUDI EMIGRAZIONE  
ROMA**

Volume XLII – N. 157 – marzo 2005



ARTICOLO TRATTO DA:

## **Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire**

*a cura di Salvatore Geraci, Bianca Maisano, Marco Mazzetti  
(Caritas diocesana di Roma, Area sanitaria)*

### **INDICE:**

*Presentazione di Lorenzo Prencipe*

*Migrazione e salute. Un lessico per capire di Salvatore Geraci, Bianca Maisano, Marco Mazzetti*

***La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti di Salvatore Geraci***

*La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità di Bianca Maisano*

*Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri di Salvatore Geraci, Giovanni Baglio, Anna De Benedictis, Marco Mazzetti*

*Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni: note a margine di una decennale esperienza di Maurizio Marceca, Salvatore Geraci, Marco Mazzetti*

*Migrazioni, cultura e salute di Marco Mazzetti*

*Tra due culture: la crescita dei bambini stranieri in Italia di Marco Mazzetti*

*Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione di Issa El-Hamad, Carmelo Scarcella, Pezzoli Maria Chiara, Scolari Carla, Salvatore Geraci*

*Un disagio nascosto: le somatizzazioni negli immigrati di Lorenzo Tarsitani, Massimiliano Aragona, Barbara Martinelli, Francesco Colosimo, Bianca Maisano, Salvatore Geraci*

*Ricerca sul disagio psico-sociale negli immigrati afferenti al Centro di salute internazionale dell'Asl di Brescia: osservazioni preliminari di Antonelli, Maria Chiara Pezzoli, Carmelo Scarcella, Marco Mazzetti, Issa El-Hamad.*

Sono indicate oltre 300 voci bibliografiche inerenti al tema.

**AD ESCLUSIVO USO  
PERSONALE**

PER INFORMAZIONI ED ACQUISTI:  
CENTRO STUDI EMIGRAZIONE  
Via Dandolo, 58 - 00153 Roma  
Tel. 06.5809764 Fax 06.5814651  
E mail: [studiemigrazione@cser.it](mailto:studiemigrazione@cser.it)  
<http://www.cser.it>

## **La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti.**

DI SALVATORE GERACI (AREA SANITARIA CARITAS ROMA)

[s.geraci@areasanitaria.it](mailto:s.geraci@areasanitaria.it)

### **Premessa**

In Italia si comincia a parlare di *medicina delle migrazioni* verso la fine degli anni ottanta, quando la presenza di immigrati provenienti dalle aree più povere del mondo diviene sempre più visibile. In quel decennio un dibattito molto acceso affronta il tema della salute della popolazione immigrata ed evoca il rischio dell'importazione di malattie: un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato. Proprio nello stesso periodo Francesco De Lorenzo, ministro della sanità, istituisce per la prima volta una commissione ministeriale che ha il compito di affrontare il problema della salute degli immigrati. Non è casuale che a parteciparvi siano chiamati quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi.

Non vogliamo tacere che i movimenti di popolazione abbiano facilitato la trasmissione di alcune malattie. Giovanni Berlinguer ricorda in un editoriale di qualche anno fa (*Immigrati e malattie: facciamo chiarezza*, "L'Unità", 26 settembre 1997) come questa evenienza si sia drammaticamente verificata durante la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo. I bianchi "esportarono" il vaiolo, il morbillo e l'influenza e fecero strage delle popolazioni locali, prive di difese immunitarie specifiche non avendo conosciuto prima quegli agenti infettivi. Dall'America i conquistatori "importarono", come fossero essi stessi enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale.

Un'altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si registrò a partire dal 1600, quando gli schiavi africani deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Anche in questo caso l'evoluzione fu drammatica, seppure più lenta per una ragione biologica: la malattia non si trasmette attraverso il respiro, la pelle o i rapporti sessuali, ma a mezzo di un insetto vettore, la zanzara *Aedes aegypti*. Con le navi degli schiavisti arrivarono oltre Oceano le zanzare, ma queste impiegarono del tempo ad adattarsi al Nuovo Mondo e a riprodursi in numero sufficiente per raggiungere la densità necessaria alla comparsa della malattia.

Berlinguer cita un ultimo esempio: quello dell'aids. I primi focolai di questa malattia sono stati identificati nelle grandi città degli Stati Uniti, ma essa si è in seguito diffusa in tutto il mondo: il suo "successo" è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale e all'associazione fra il virus e l'eroina,

con le siringhe che fungono da moderno vettore. La diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi e comportamenti preventivi. Ma l'aids è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte "difensive" che hanno suscitato in un passato non troppo lontano un acceso dibattito: erano infatti basate spesso sull'identificazione e la schedatura e sul divieto di ingresso ai soggetti positivi. Paradossalmente proprio gli Stati Uniti si sono contraddistinti in questa politica, tentando di imporre, a quanti volevano varcare la loro frontiera, esami del sangue per impedire un "contagio di ritorno". Oggi la malattia è in fase calante nell'occidente, ma manifesta tutta la sua drammaticità nei paesi più poveri, dove chi è malato non ha la forza per viaggiare e/o migrare, a differenza degli uomini d'affari americani di un paio di decenni fa.

Infine il caso della sars (sindrome respiratoria acuta severa) è cronaca recente: dopo le prime evidenze in Oriente, ha provocato malati e alcuni decessi in vari paesi ed allarme (forse eccessivo) in tutto il mondo. Quest'ultimo esempio e quelli precedenti possono giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona? Certamente no. 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 ed in secondo luogo perché l'immigrato che arriva per lavorare in Italia è in genere in buone condizioni di salute per auto-selezione: parte chi ha maggior *chance* di riuscita nel progetto migratorio e quindi chi è più sano e integro nel fisico. Infine dobbiamo notare come i viaggi internazionali e intercontinentali siano ormai di routine e solo marginalmente legati all'emigrazione: si viaggia piuttosto per turismo o affari, abbattendo barriere di spazio e di tempo che una volta potevano segregare o contenere agenti microbici più o meno infettanti.

A noi piace pensare alla medicina delle migrazioni non in termini di malattie o di rischio, ma come occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme (corpo, psiche ma anche cultura, aspettative, desideri...) ed in un contesto (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche d'accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni ...), in un ottica di salute globale che nell'epoca della globalizzazione non deve certamente sfuggirci.

E così ci sembra opportuno ricordare quanto un medico svizzero, Johannes Hofer, descrive nella sua *Dissertatio Medica* del 1688. Aveva infatti osservato di frequente una particolare malattia tra i soldati mercenari svizzeri, allora ricercatissimi in tutta Europa, presso i quali svolgeva la sua opera clinica: «*La Heimweh, questa malattia così spesso mortale, non è stata sinora descritta dai medici... Il nome tedesco indica il dolore di coloro che si trovano lontani dalla Patria, e di coloro che temono di non rivedere più la terra natale. I francesi, osservando gli svizzeri colpiti in Francia da tale sventura, hanno coniato la definizione di mal du pays (malattia della patria), e poiché essa non ha*

*alcun nome in latino, così ho pensato di chiamarla, dal greco, nostalgia, da nòstos, il ritorno in patria, e àlgos, dolore e sofferenza».*

Come riferisce il compianto prof. Luigi Frighi, vero maestro della medicina della migrazione in Italia, Hofer si era accorto del particolare stato d'animo in cui talora cadevano quegli uomini, fatto di melanconia, di intenso desiderio di tornare a casa, di paura per non poter più rivedere il paese natale, e proponeva l'immediato ritorno a casa come unica terapia efficace. Da attuarsi assolutamente, vista la gravità potenzialmente estrema della malattia, che, secondo Hofer, poteva condurre anche alla morte.

Quell'analisi è stata un evento storico: non solo è nato un termine passato in molte lingue a indicare quel particolare sentimento così comune a chi lascia una terra, un ambiente caro; ma è stata anche effettuata la prima codificazione medica, o, meglio ancora, psichiatrica, di una patologia dell'emigrazione.

Con le prime avvisaglie del fenomeno immigratorio in Italia, agli inizi degli anni ottanta, il mondo sanitario ha reagito ricercando nuove patologie, un po' come la *Heimweh*, connotandole di un esotismo coloniale e quindi attribuendo di volta in volta agli immigrati l'importazione di malattie tropicali, la responsabilità della recrudescenza di malattie arcaiche, obsolete rispetto al nostro benessere, o il malessere prodotto da condizioni di disagio psichico atavico.

Se l'osservazione del giovane collega svizzero era talmente puntuale da valere ancora oggi, la medicina delle migrazioni moderna non è storia di malattie o di quadri nosologici inconsueti: è invece spesso storia di diritti negati o nascosti, di incomprensioni reciproche, di pregiudizi e paure. Però, non solo questo, per fortuna. La medicina delle migrazioni in Italia è anche la cronaca di un incontro, avvenuto sul piano del bisogno, ma che progressivamente ha fatto intravedere e scoprire la necessità di trovarsi pure sul piano della cultura, del sapere, della condivisione di esperienze, stimoli, sensazioni. L'incontro con lo straniero immigrato è uno dei momenti nuovi dell'impegno sanitario in Italia, perché è nuovo il modo in cui queste problematiche e queste esigenze si pongono: la riscoperta del peso della cultura, dell'imprinting della propria società d'origine, di come le condizioni sociali possano pesantemente influenzare lo stato di salute fisica e mentale degli individui. Inoltre è l'occasione per riscoprire come il nostro "ovvio" non sia assoluto, come le nostre strutture sanitarie si siano progressivamente allontanate dai bisogni reali delle persone, sommerse da burocrazia, affollate da false esigenze ...

La medicina delle migrazioni non è, né vuole essere una nuova branca della medicina, una nuova specializzazione – ne abbiamo fin troppe –, ma è la riscoperta che l'attenzione, a persone prima ancora che pazienti e nel caso degli immigrati a portatori di una particolare specificità linguistica, culturale e di status, è essa stessa medicina e terapia.

## **Fino al 1995: la fase dell'esclusione I pionieri dell'immigrazione e i diritti negati**

In Italia abbiamo cominciato ad occuparci di immigrazione con l'immagine ancora fresca di milioni di nostri concittadini costretti a lasciare la propria nazione: lo scorso secolo è stato connotato dai nostri nonni, zii ed altri parenti che in massa hanno raggiunto nazioni più o meno lontane. Nei ricordi familiari l'emigrazione in America prima o nel nord Europa più recentemente è presente come un momento drammatico ma nel contempo affascinante, doloroso ma stimolante. Nei nostri ricordi difficilmente affiorano le difficoltà, i pesi, le paure, le malattie dei nostri parenti; inconsciamente releghiamo questi aspetti al "giusto" o "necessario" prezzo da pagare del migrare: è il costo della migrazione, un costo economico ma soprattutto fisico. Le vittime dell'emigrazione italiana del Novecento sono state decine di migliaia: vittime di viaggi clandestini, di discriminazioni, di violenze, di malattie o di stenti. Ed ancora oggi, senza che la notizia sia registrata dalla cronaca, rientrano in Italia, ammalati, centinaia di *gastarbeiter*<sup>1</sup> consumati da quarant'anni di lavoro duro e ripartono, in cambio, nuove leve dalle regioni del sud in cerca di occupazione.

Sarà forse per questa inconscia rimozione culturale, per questa assuefazione storica che, quando i primi immigrati sono giunti in Italia, abbiamo tardato a metterci in moto; abbiamo connotato le avvisaglie del fenomeno come eventi passeggeri, transitori, non degni di attenzione particolare. Noi, paese di emigrati, non potevamo essere oggetto del desiderio di immigrati. Questo ritardo si è scontato in tutti i campi, anche in quello sanitario. Di fatto gli immigrati sono stati a lungo esclusi dalla possibilità di un accesso ordinario al Servizio sanitario nazionale (Ssn), non hanno avuto garantito il diritto alla salute, non sono entrati nelle casistiche ufficiali, negli studi epidemiologici, nella programmazione sanitaria. La loro presenza visibile, soprattutto nelle grandi città, ha, però, innescato timori e pregiudizi anche in quel campo sanitario che ufficialmente non conosceva il tema e non poteva quindi rispondere, alimentando così sospetti ed insicurezza. Dagli inizi degli anni ottanta, una vasta rete di organismi di volontariato è sorta in tutta Italia per rispondere sul piano della solidarietà a ciò che per diritto era negato.

Molte delle informazioni disponibili in quel periodo sulle patologie più frequentemente riscontrate nei migranti provengono proprio da questi ambulatori. Sebbene la documentazione di questi centri non possa essere correttamente confrontata, né possa essere comparata ai dati delle strutture

---

<sup>1</sup> *Gastarbeiter* - letteralmente lavoratore ospite - è il termine utilizzato in Germania per indicare gli immigrati stranieri. Questa denominazione, coniata negli anni sessanta, esprime mediante il sostantivo lavoratore il fatto che gli immigrati siano stati considerati prevalentemente come forza lavoro, cioè come risposta temporanea all'accresciuta domanda di lavoro del dopoguerra: dunque una scelta funzionale all'economia del paese. L'aggettivo ospite sottolinea come il fenomeno migratorio sia stato considerato transitorio, con la conseguente mancanza di adeguate politiche organiche sul tema emigrazione e su percorsi di integrazione.

pubbliche, perché in molti casi erano adottati sistemi di classificazione diversi, si è osservata in quegli anni una sostanziale sovrapposibilità delle informazioni raccolte ed è stato possibile tracciare un profilo della salute dell'immigrato in Italia sostanzialmente condiviso da tutti gli esperti.

Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente: l'apparato respiratorio (in particolare nei mesi invernali, riconducibili a patologie acute); 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, 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); la sfera ostetrico-ginecologica (di rilievo crescente insieme a quella pediatrica). Contrariamente alle attese, è stato invece basso il riscontro di diagnosi psichiatriche; è stata limitata 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 era la classe dei "sintomi e stati morbosi mal definiti", non correlabile ad 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 ad esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato). Alcune differenze tra centro e centro di assistenza, nel peso relativo dei vari gruppi di patologie, possono dipendere da una maggiore offerta di prestazioni di una particolare specialità.

Strutture sanitarie sia di tipo istituzionale che del privato sociale hanno inoltre sottolineato come, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di cura, almeno fino ad un recente passato, si è manifestata temporalmente distinta dall'arrivo in Italia. Mediamente si è trattato di una distanza di svariati mesi: il cosiddetto "intervallo di benessere" abitualmente calcolato ricostruendo, su base anamnestica, il periodo intercorso tra l'arrivo e la prima richiesta di assistenza sanitaria. Tale intervallo è risultato variabile da una città all'altra. Chi è venuto in Italia volontariamente per cercare lavoro, seppure condizionato da ciò che i sociologi hanno definito "fattori di espulsione" (povertà, urbanizzazione rapida, devastazioni ambientali ... del proprio paese) e "di attrazione" (richiesta di manodopera, possibilità di reddito, libertà, rappresentazioni di benessere ... del paese ospite), sa bene che potrà occupare, per lo meno nella fase iniziale del suo percorso di inserimento, le nicchie lavorative lasciate libere dagli italiani perché troppo faticose, scomode, rischiose o non particolarmente gratificanti economicamente. E ciò indipendentemente dal proprio patrimonio culturale e dal livello di scolarizzazione.

Da quanto detto si può dedurre che l'immigrato sia arrivato generalmente nel nostro paese con un "patrimonio" di salute pressoché integro: si consideri come proprio la forza-lavoro, su cui questi

gioca le possibilità di successo del progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica; è il cosiddetto "effetto migrante sano", ampiamente citato in letteratura.

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 sia in genere un giovane adulto; 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 comprovano 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. Sono le complessive condizioni di vita, cui l'immigrato deve conformarsi nel paese ospite, ad erodere e dilapidare il "patrimonio" di salute iniziale in tempi più o meno brevi. Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo le situazioni in cui il migrante sia portatore di patologie che non lo scorraggino a partire, in quanto ancora asintomatiche, o per scarso livello sanitario del paese di origine, o perché culturalmente non considerate come tali (emblematica è la consuetudine all'infestazione malarica in aree ad altissima endemia). Vi sono tra queste alcune patologie infettive (come l'epatite B ed in parte anche la tubercolosi, la quale, però, risente molto delle condizioni di vita nel paese ospite), che meritano un'attenta sorveglianza e controllo nel luogo d'arrivo, perché ad alta endemia in molti luoghi d'esodo. Tali misure non sono ottenibili se non con interventi volti a favorire al massimo l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari e, in alcuni casi, la non onerosità delle prestazioni necessarie; a queste stesse patologie sarebbe quanto mai opportuno dedicare specifici progetti di educazione sanitaria.

Si deve infine evidenziare come dai dati di ricovero ospedaliero, in quel periodo non uniformemente raccolti, emergano con maggior evidenza, rispetto alle strutture di primo livello, situazioni indifferibili di domanda sanitaria (è il caso della gravidanza, del parto e della interruzione volontaria della gravidanza) o situazioni di bisogno legate ad una maggiore esposizione sociale e lavorativa (incidenti e traumatismi).

Molti studi e ricerche sono stati resi possibili grazie alla capacità di mettere in rete le informazioni e le esperienze, e ciò ha portato alla fondazione di una società nazionale per il collegamento e lo scambio scientifico-organizzativo, la Simm (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)<sup>2</sup>. Inoltre

---

<sup>2</sup> La Società Italiana di Medicina delle Migrazione (Simm), nasce nel febbraio del 1990 per volontà di un gruppo di medici ed operatori sanitari che da anni si occupa, in diverse città italiane dell'assistenza medica ai pazienti immigrati

dal 1990 è stato organizzato un momento d'incontro a livello nazionale, che si tiene ogni due anni in Sicilia: la Consensus Conference, giunta alla VIII edizione<sup>3</sup>.

Se allora le informazioni dal punto di vista epidemiologico erano scarse, sul piano del diritto all'assistenza esisteva una quantità di norme, stratificatesi nel tempo, che nei fatti lo cancellava. Da una nostra analisi della seconda metà anni novanta, risulta infatti che le norme che identificavano le possibilità di garanzia del diritto alla salute degli stranieri erano contenute in ben 27 provvedimenti legislativi: 3 leggi, 2 decreti del Presidente della Repubblica (DPR), 6 decreti legge (DL), 16 decreti ministeriali (DM). Senza considerare poi i provvedimenti legislativi specifici come le convenzioni con particolari Stati esteri e non prendendo in esame le reiterazioni dei decreti legge non convertiti in legge. Una pletora di norme ha dunque a lungo reso impossibile l'accesso alle strutture e la fruibilità delle prestazioni per molti degli immigrati presenti in Italia. In quel periodo si parlava di diritto alla salute negato per legge ai clandestini e nascosto ai regolari.

Il 1995 è stato un anno determinante per sollecitare una maggiore attenzione ed una adeguata politica sanitaria per gli immigrati: in quei mesi una serie di eventi ha innescato una "reazione a catena" che ha portato ad affrontare il problema. Un convegno, organizzato a Roma nel mese di gennaio dalla Caritas di mons. Luigi Di Liegro (*Immigrazione e salute: una politica dell'oblio*) in occasione della presentazione del volume *Argomenti di medicina delle migrazioni*, sottolinea con vigore la necessità di una politica sanitaria adeguata alle realtà immigratoria e sociale. Quell'incontro si colloca, non del tutto casualmente, in un momento in cui si verificano due gravi congiunture legislativo-amministrative. Un decreto legge (DM 8.9.94 pub. Gazzetta Ufficiale 30.12.94 n. 304) stabilisce le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri degli immigrati non iscritti al Ssn portandole a £ 560.000/die per i ricoveri ordinari e a £ 2.400.000/die quelli altamente specializzati. Inoltre non è reiterato il decreto che permetteva l'iscrizione gratuita al Ssn per gli immigrati regolari disoccupati. Ne consegue il rischio che circa 70.000 persone perdano l'accesso alle cure. Già da qualche giorno sono lanciati vari appelli e proprio durante il convegno era giunge la notizia che Elio Guzzanti, neo-ministro della sanità, reitera il decreto per la gratuità dell'iscrizione al Ssn come suo primo atto ufficiale. Inoltre in una audizione alla XII Commissione parlamentare (7 febbraio 1995) Guzzanti specifica: «*per quanto*

---

direttamente e su un piano di volontariato. La Società sorge in modo quasi spontaneo, sospinta e sostenuta dal desiderio unanime di istituire un nucleo organizzativo che permetta uno scambio regolare e fluido delle informazioni, accumulatesi presso i vari servizi di assistenza. Tale scambio non serve solo a livello epidemiologico, ma soprattutto in funzione di un costante miglioramento delle modalità di incontro, sul piano antropologico-medico, con il paziente "diverso". Per informazioni [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

<sup>3</sup> Dal 1990 grazie all'entusiasta iniziativa di Serafino Mansueto, direttore dell'Istituto di Medicina Interna dell'Università di Palermo, la Consensus Conference riunisce ogni due anni quegli operatori che in varie parti d'Italia si occupano del diritto alla salute degli immigrati, nonché di studiare il fenomeno e di individuare strategie adeguate per un reale promozione della salute di questa popolazione. Significativi sono gli ultimi titoli delle Consensus: 1998 - *L'Idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà*; 2000 - *Untori e unti: dall'esotismo alla realtà*; 2002 - *Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems*; 2004 - *15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità*.



*riguarda gli immigrati irregolari, i profughi e quanti chiedono asilo il problema è estremamente delicato, perché, allo stato, è permesso esclusivamente l'intervento d'urgenza, cioè il ricovero ospedaliero, mentre voi parlate della necessità di assicurare un'assistenza sanitaria di base e preventiva. Mi dicono che vi è una certa contraddizione nell'impegno formale ed ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere. Mi rendo conto di questo, però prescindendo per un momento dalla funzione di ministro della sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci; poi vedremo di risolverlo e forse potremo avere preziose indicazioni».*

Il 25 febbraio un altro convegno segna un momento importante: a Milano, il Naga (un'associazione di volontariato sanitario per immigrati e nomadi) ed altri gruppi di volontari del nord Italia organizzano il seminario *Salute senza colore*, nel corso del quale è presentata una proposta di legge per il diritto alla salute per gli extracomunitari. Sulla base di tale proposta tutti i gruppi impegnati sul campo a livello nazionale collaborano a redigere un documento presentato al ministro il primo luglio 1995. Pochi giorni dopo, il 6 luglio 1995, il Senato approva un ordine del giorno che impegna il governo Dini "a ricercare le forme per difendere il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari, emanando provvedimenti atti a superare gli ostacoli che impediscono di fatto la parità dei trattamenti". Sono quindi individuati sette punti, attorno ai quali si propongono analiticamente percorsi giuridici adeguati (193° resoconto sommario, ordine del giorno n. 1 - 9.1735.1. del 6.7.1995, primo firmatario on. Petrucci).

Allora i gruppi promotori dell'iniziativa legislativa decidono di coinvolgere i parlamentari di tutte le forze politiche per invitarli ad esprimersi sulla proposta di legge che, nella prima settimana di agosto, è formalmente depositata al Senato ed alla Camera, sottoscritta da circa 60 senatori (primo firmatario il verde Manconi) e oltre 140 deputati (primo firmatario il cristiano sociale Tanzarella).

Il ministro della sanità parla ancora della necessità di estendere una protezione sanitaria agli immigrati comunque presenti sul territorio nazionale in vari incontri e convegni; l'ultima volta intervenendo al convegno *Per una sanità multiculturale: quale politica per gli immigrati?*, organizzato svoltosi a Roma dalla Caritas e dall'Istituto d'Igiene dell'Università La Sapienza l'8 novembre 1995. Dopo pochi giorni esce il Decreto Legge 489/95 che, nell'articolo 13, per la prima volta sancisce il diritto all'assistenza sanitaria non solo legata all'urgenza, anche all'immigrato irregolare e clandestino.

## **Seconda metà anni '90: la fase dell'accesso**

### **L'emersione del diritto e l'evidenza di aree critiche per la salute**

Gli stranieri in Italia provengono da quasi 190 paesi diversi, di tutti i continenti. Questa è una caratteristica peculiare dell'immigrazione nel nostro paese che ha fatto evocare l'immagine di un caleidoscopio di persone, culture e religioni ed ha connotato la popolazione anche per la diversità per patrimonio genetico (in rapporto ad alcune malattie ereditarie, per altro ancora estremamente rare) e per capacità di adattarsi ed interagire con il nuovo sistema sociale e sanitario del paese ospite. Come abbiamo ricordato la prima fase dell'immigrazione è stata caratterizzata prevalentemente da "pionieri": l'effetto migrante sano è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione non solo in termini economici. Tuttavia già dall'inizio e soprattutto adesso, queste considerazioni sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non valgono per chi è costretto a scappare da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il futuro ma anche l'immediato presente. Si tratta, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, dei profughi, degli sfollati e dei rifugiati.

L'effetto migrante sano tende ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Tale effetto 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 inoltre cambia con il mutare del profilo demografico dell'immigrato in quanto si verifica una progressiva sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani...). Da non dimenticare il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante, soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, spesso sfruttato da chi approfitta della disperazione.

Certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in "dotazione" del migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di "fattori di rischio" e 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 cosiddetti "soggetti deboli" indipendentemente dalla loro nazionalità, ma in questo caso sono aggravati da una mancanza di condivisione culturale e di storia sociale.

Oggi in Italia, è garantita almeno teoricamente l'accesso alle cure, seppure in forma diversificata, per tutti gli immigrati presenti sul nostro territorio: si è passati da una fase dell'esclusione a quella del diritto alla salute e l'emergere di quest'ultimo ha raggiunto il suo culmine con le norme sanitarie del decreto legislativo 286 del 1998, non modificate dalle più recenti leggi sull'immigrazione. Tale impostazione normativa è stata confortata da alcuni documenti programmatici primi fra tutti il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e quello 2003-2005, nei quali si evidenzia la realtà dell'immigrazione e si incentivano interventi ed azioni locali sia per garantire accessibilità e fruibilità delle prestazioni, sia per avviare percorsi di maggiore conoscenza del fenomeno.

Non sorprende quindi come negli ultimi anni sempre più strutture pubbliche si avvicinino a tale problematica nell'organizzazione di servizi, nel proporre percorsi formativi adeguati, nella rilevazione di dati e nella promozione di indagini epidemiologiche specifiche.

Il profilo sanitario tracciato fino a pochi anni fa dalle rilevazioni provenienti dalle strutture del volontariato sopra citato e che ha permesso di abbattere pregiudizi e risolvere paure infondate in un momento storico di mancanza di conoscenza del fenomeno, oggi trova conferma e si arricchisce di un maggior numero di ricerche statistico-epidemiologiche e di flussi di dati seppure ancora frammentari e non omogenei.

A questo proposito ci sembrano particolarmente significativi i rapporti dell'Ufficio di statistica del ministero della salute sulle schede di ricovero ospedaliero (sdo) degli stranieri in Italia, pubblicati nel 2001 e 2003 e riferiti rispettivamente al 1998 e 2000. Questi rapporti nazionali, cui stanno seguendo relazioni regionali (in particolare segnaliamo quelle del Lazio e della Lombardia per completezza ed articolazione dell'analisi e quelle del Piemonte e delle Marche per capacità di differenziare nei flussi statistici ordinari i ricoveri di immigrati regolari e clandestini), hanno il pregio di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale (nel rapporto del 2003 sono stati analizzati oltre 280.000 ricoveri di stranieri in un anno), pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico. Non può essere sottaciuto, come abbiamo spesso ricordato, che il ricovero ospedaliero costituisce solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali: è infatti in qualche misura un evento non rinviabile rispetto alla molteplicità delle situazioni cliniche che la popolazione in esame può richiedere. L'analisi dei ricoveri può fornirci informazioni di percorsi assistenziali che possono rivelarsi inadeguati, partendo dalla considerazione che agli stranieri, spesso, manca quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure.

I dati sanitari disponibili evidenziano un superamento delle situazioni di esclusione dai servizi da parte degli immigrati, ma indicano anche una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabile a incerte politiche di

integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative:

- A) condizioni patologiche con particolare riferimento a quelle infettive 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;
- B) condizioni fisiologiche come la gravidanza e comunque tutto l'ambito materno infantile con, ad esempio, tassi di mortalità perinatale significativamente più alti tra i figli di straniere immigrate; ed anche tassi fino a cinque volte maggiori tra le donne straniere rispetto alle autoctone nel ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;
- C) condizioni sociali, come la detenzione, vera e propria *noxa* patogena e come la prostituzione che vede come protagonisti, spesso obbligati, donne e uomini stranieri.

In definitiva possiamo indicare a partire dall'evidenza dei dati disponibili, come il profilo sanitario dell'immigrato in gran parte si sovrappone (per tipologia delle condizioni patologiche) a quello della popolazione autoctona di pari età, seppur condizionato dall'effetto di scadenti condizioni di vita presenti soprattutto nelle prime fasi dell'immigrazione nel nostro paese: maggiori prevalenze per malattie delle alte vie respiratorie (abitazioni non riscaldate e sovraffollate), per disturbi gastrointestinali (alimentazione inadeguata), per malattie dermatologiche (alta promiscuità abitativa, carenze igienico-sociali).

I risultati dell'analisi delle sdo sono quindi coerenti con quanto ci si poteva attendere sia per un aumento assoluto degli stranieri in Italia, sia come auspicabile conseguenza di politiche tese a dare maggiore permeabilità alle strutture sanitarie pubbliche: in questo senso può essere letta la tendenza alla diminuzione della differenza in particolare tra i ricoveri di un giorno e sull'utilizzo del day hospital, trend da valutare attentamente negli anni a venire per capire se ciò indichi una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali. Che una tendenza in questo senso ci sia stata, è evidenziato da una ricerca pubblicata dall'Istituto Superiore della Sanità (Rapporto Istisan 03/4 del 2003) che ha indagato e monitorato nel tempo alcuni punti critici del percorso nascita tra le donne immigrate provenienti da paesi ad economia meno avanzata ed in particolare si è proposta di misurare il loro grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici. Lo studio partito nel 1995-1996 è stato riproposto nel 2000-2001 al fine di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l'influenza della normativa introdotta nel 1998. In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio, è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il primo trimestre (da 25% a 16%), il numero di ecografie è

quello raccomandato dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media il terzo, come tra le italiane.

Il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari rappresenta quindi una questione cruciale per la salute del migrante, l'accessibilità dipendendo prevalentemente dalla normativa, la fruibilità dalla capacità "culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità dei nuovi utenti.

Il degrado più o meno rapido del patrimonio di salute del migrante nel paese ospite pone seri problemi sia alla persona che si ammala, la quale con la malattia viene a perdere un'importante risorsa (la buona salute) che ha da investire per la realizzazione del progetto migratorio, sia alla collettività che comunque è costretta a sostenere i costi sociali ed economici che questo comporta.

Come ha più volte sottolineato Maurizio Marceca, se in una prima fase l'immigrato può essere particolarmente vulnerabile per le condizioni di degrado e disagio in cui è costretto a vivere, col tempo, superata l'emergenza, prevale la possibilità/capacità di interagire con l'organizzazione, l'offerta dei servizi, la capacità di lettura dei propri bisogni di salute e di saperli esprimere e, viceversa, la capacità del sistema sanitario del paese di adattarsi a questa nuova utenza.

Come abbiamo visto, dal 1995 il diritto alla salute ed all'assistenza viene "sdoganato" con un articolo (il numero 13) di un decreto legge del Governo Dini reiterato ben 5 volte (dal novembre 1995 al 12 settembre 1996: le ultime due versioni con radicali modifiche, non sulla parte sanitaria, del sopraggiunto Governo Prodi). Tra il 1996 e il 1998 si succedono telex e note di chiarimento ministeriali, quesiti regionali e anche delibere locali ormai orientate in modo di "includere" di questa popolazione nel sistema di tutela sanitario.

Alla fine del 1996, l'impossibilità della reiterazione del decreto, a seguito di una sentenza della Corte Costituzionale, ha nuovamente cambiato "le carte in tavola". L'articolo 13 divenuto ormai articolo 11, scompare dal panorama normativo italiano: fortunatamente Rosi Bindi, nuovo ministro della sanità, si pone su questo tema in continuità con il suo predecessore e cerca di salvare i diritti acquisiti ed anche le indicazioni emerse per una politica sanitaria adeguata. Viene promulgata quindi una ordinanza ministeriale, la prima datata 15 novembre 1996, successivamente ripresentata con qualche leggera modifica per ben cinque volte fino alla promulgazione della normativa attualmente in vigore.

Infatti dopo un intenso lavoro preparatorio, anche con il prezioso contributo dell'associazionismo, il 19 febbraio 1998 il Senato approva definitivamente la legge che è promulgata il 6 marzo 1998 con il n. 40 (Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, in Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998 - Serie generale). Il 25 luglio 1998 è emanato il *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* (decreto legislativo n. 286, pubblicato sul Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18

agosto 1998 - Serie generale), che incorpora tutte le disposizioni della Legge 40, integrandola con alcuni dispositivi ancora in vigore da leggi precedenti. Circa un anno dopo, i principi e le disposizioni contenute nel Testo Unico (TU) trovano maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del proprio Regolamento di attuazione (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999).

L'articolo n. 34 del TU dal titolo "Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale" contiene le norme per gli immigrati "regolarmente soggiornanti" sul nostro territorio, cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno. L'articolo 35 dal titolo "Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale" affronta il tema di tutela sanitaria "a salvaguardia della salute individuale e collettiva" anche nei confronti di coloro "non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno", i cosiddetti irregolari e/o clandestini. L'articolo 36, dal titolo "Ingresso e soggiorno per cure mediche", definisce le condizioni necessarie perché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del citato Regolamento d'attuazione e ulteriori chiarimenti al riguardo sono inoltre forniti dal ministero della sanità con Circolare 24 marzo 2000, n. 5 (Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria, Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1.6.2000 – Serie generale).

Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale. L'obiettivo dichiarato è infatti quello di includere a pieno titolo per quanto attiene all'assistenza sanitaria gli immigrati in condizione di regolarità giuridica: a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano. Sono stati così rimossi i requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità: a questi ultimi sono garantite le cure urgenti e quelle essenziali, continuative, nonché i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato alle strutture sanitarie di segnalare all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

## **La pianificazione sanitaria nazionale attuale Fase della fruibilità o il rischio delle disuguaglianze**

Prima di analizzare la pianificazione attuale, vale la pena sottolineare come, anche in una ottica federalistica della sanità e ad un progressivo decentramento gestionale, sia previsto per il futuro che lo specifico tema dell'immigrazione rimanga di competenza statale. Infatti, pur nella ridefinizione del ruolo centrale e in una maggiore attribuzione di funzioni e compiti alle Regioni e agli Enti locali, il Governo, ai sensi dell'art. 1, comma 3, della legge 59/97, continuerà a mantenere la titolarità delle funzioni e dei compiti riconducibili ad una serie di materie, tra cui sono comprese l'immigrazione e l'asilo politico.

Abbiamo citato le norme che attualmente regolano l'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri in Italia, norme che dal 1998 non sono state modificate né dall'entrata in vigore della così detta Legge Bossi Fini sull'immigrazione (n. 189 del 30.07.2002: "Modifica alla normativa in materia di immigrazione ed asilo") né dalle varie normative legate alla "devoluzione in ambito sanitario" (ad esempio nei Livelli essenziali di assistenza - lea, sono comprese le prestazioni per immigrati regolari ed irregolari).

Anche i "Documenti programmatici relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato...", predisposti dai Governi della passata legislatura, hanno enfatizzato l'importanza dell'accessibilità, da parte degli stranieri, ai servizi sanitari (ed in particolare a quelli pubblici) come elemento chiave per una loro progressiva integrazione.

A sostenere e rafforzare quanto delineato dal quadro legislativo sopra esposto, pochi mesi dopo l'emanazione del TU è stato varato il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000. Tale documento, per la rilevanza che ha rivestito in termini di programmazione su base nazionale, ha assunto un significato storico per quanto di nostro interesse: per la prima volta infatti la salute degli stranieri immigrati è stata riconosciuta tra le priorità del Servizio sanitario nazionale e dell'intera collettività che esso tutela.

Il Piano presentava infatti una sezione dedicata agli immigrati quali destinatari di interventi specifici. Nella prima parte del documento, dedicata agli obiettivi di salute, la popolazione migrante è stata espressamente compresa tra i "soggetti deboli" di cui l'Obiettivo IV si propone di "rafforzare la tutela".

In sintesi, il Piano sanitario nazionale (Psn) ha identificato come obiettivi prioritari, da raggiungere entro il triennio: l'accesso garantito all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, per gli immigrati in tutto il territorio nazionale; l'estensione alla popolazione immigrata della copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana.

A questo scopo, nel triennio 1998-2000, dovevano “essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati: formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute; organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati».

Tra i documenti e provvedimenti previsti dal Psn quali adempimenti prioritari, vi era inoltre un Progetto obiettivo dal titolo “Salute degli immigrati”, la cui stesura è stata affidata ad una Commissione istituita presso il Servizio studi e documentazione dell'allora Ministero della sanità. Tale Servizio ha licenziato un documento, che, però, non ha avuto alcuna ufficializzazione. La stessa Commissione ha inoltre promosso alcune attività, tra cui, *in primis*, la costituzione di un Coordinamento di referenti regionali sul tema, ed altre iniziative di sensibilizzazione e divulgazione (ad esempio la presentazione di “decaloghi” - documenti schematici di indirizzo operativo - rivolti ad operatori sanitari e ad utenti immigrati, tradotti in varie lingue e reperibili sul portale del ministero della salute). La Commissione, nonostante il rinnovo del mandato da parte del ministro Umberto Veronesi per gli anni 2001, 2002 e 2003, non è più stata convocata fino a decadere definitivamente nonostante ripetuti solleciti da parte di vari enti locali come strumento utile per il collegamento e la pianificazione di politiche ed esperienze territoriali.

Anche il nuovo Piano per il triennio 2003-2005 prevede, all'interno della parte seconda, nel capitolo dedicato alla “salute e il sociale”, una sezione specifica sull'assistenza agli stranieri, dove, “osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia la sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta a fronte dei nuovi problemi di salute legati ai nuovi gruppi di clienti. Altre azioni prioritarie suggerite riguardano i seguenti aspetti: migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle interruzioni volontarie della gravidanza (ivg); ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione; raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana; ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.

Infine a sostegno delle spese sostenute per erogare tali prestazioni, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (Cipe) ha stanziato, negli ultimi nove anni, la somma di 30.987.413,95 euro (60 miliardi di vecchie lire) annui da dividere tra le regioni per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale.

Nonostante qualche recente disattenzione (la proposta di nuovo documento programmatico appare poco incisiva, il regolamento sull'asilo politico inserisce delle contraddizioni sul diritto all'assistenza



per i richiedenti), la programmazione attuale sembra adeguata; ma questo è sufficiente per garantire nel futuro una maggiore accessibilità e fruibilità del sistema?

Proprio per guardare al futuro ci sembra opportuno ricordare il passato, ed in particolare alcuni studi sulla mortalità relativa al fenomeno dell'immigrazione interna italiana di circa cinquanta anni fa (dal sud verso il nord). Essi riportano condizioni molto simili a quelle attuali degli immigrati da paesi in via di sviluppo e mostrano come negli anni immediatamente successivi all'immigrazione il rischio di morire sia di molto inferiore a quello dei cittadini autoctoni di pari età e sesso, ma anche come con il passare del tempo il rischio (di morire, ma anche di ammalarsi) vada peggiorando fino a diventare uguale, se non superiore per alcune cause di morte, a quello della popolazione ospite.

Paradossalmente c'è il rischio che gli immigrati, man mano che invecchia la loro storia migratoria, possano integrarsi con la società ospite condividendo la stratificazione sociale più svantaggiata, quella che fa più fatica a tenere il passo, e possano anche condividere il profilo di salute della disuguaglianza. Questo non solo per le fasce estreme del fenomeno (disuguaglianza tra i più ricchi ed i più poveri), ma in qualsiasi punto della scala con significative differenze peggiorative degli indicatori di salute, mortalità e morbosità, oggettiva e percepita, per chi sta più in basso rispetto a chi sta più in alto.

Se epidemiologicamente questo rischio sembra avere un peso consistente, non è possibile attendere rassegnati come di fronte ad un ineluttabile destino. La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale dei nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, della garanzia di una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Pensare ad una organizzazione adeguata, ad una capacità comunicativa efficiente, ad una compatibilità culturale, alla formazione specifica del personale è ancora una volta un'occasione per il nostro sistema di ripensare se stesso e rendersi più fruibile ed attento anche alla popolazione italiana. Pertanto, più che di integrazione dei cittadini immigrati, sarebbe opportuno parlare di "società integrata" in cui le diversità possano interagire senza venire assorbite.

Sono auspicabili scelte programmatiche gestionali, come ad esempio quella di inserire la salute degli stranieri immigrati quale criterio prioritario di valutazione della qualità nelle strutture (fino a spingersi nell'individuare l'accessibilità ai servizi di questa popolazione come indicatore per la valutazione dell'operato dei Direttori Generali), scelte formative culturali, scelte organizzative innovative come quelle di una mediazione di sistema e di un costante e fattivo coinvolgimento dei medici di medicina generale anche per l'assistenza ai clandestini. Tali scelte devono avvenire sotto la spinta di interventi programmatici come i citati Piani sanitari nazionali o Documenti relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, che si sono per una volta mostrati più attenti e sensibili dell'opinione comune.

In questa fase non è casuale che il volontariato sanitario, ormai non più isolato nel garantire la tutela della salute per questa popolazione, si sia proiettato a sperimentare percorsi innovativi nell'offerta dei servizi (pensiamo al discorso dell'offerta attiva e a quello della mediazione culturale) e nella formazione del personale e stia sempre più approfondendo i temi della percezione, espressione e definizione del bisogno sanitario in ambiti culturali diversi e in culture in transizione relazionale (sia "nostra" che "loro").

Questa situazione, in cui il privato sociale ed il volontariato si muovono come laboratorio culturale ed organizzativo in un campo tipico della salute pubblica, è un altro elemento di originalità dell'esperienza italiana: non più attori contrapposti, pubblico e privato sociale, né deleghe in bianco, ma una riflessione comune, o meglio un sistema pubblico che riesce a piegarsi sulle intuizioni di chi, sulla strada, sperimenta un incontro, raggiunge un bisogno.

Oggi 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 ed organizzativi.

## **Conclusioni**

Negli ultimi anni, una politica sanitaria attenta e norme puntuali hanno favorito un più diffuso accesso al Ssn da parte degli immigrati ma i dati sanitari disponibili evidenziano una fragilità sociale di questa popolazione.

Attualmente, la medicina delle migrazioni si trova di fronte a nuovi scenari che richiedono nuove risposte: dalla fase dell'emergenza si è passati alla promozione del diritto e quindi al suo riconoscimento.

Oggi è fondamentale garantire realmente agli stranieri pari opportunità, rispetto ai cittadini italiani, per l'accesso ai servizi e per la fruibilità delle prestazioni sanitarie come sancito dalle leggi in vigore, ma che sempre più spesso, rispetto ad un recente passato, vede preoccupanti restrizioni. È dunque necessario ed urgente avviare un percorso di promozione della salute che, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non si esaurisca nella cura delle malattie, ma promuova un benessere fisico, psicologico e sociale a tutela individuale e dell'intera collettività. Politiche di accoglienza, politiche sociali e sanitarie devono integrarsi ed interagire perché, come dimostrano svariati rapporti epidemiologici, la fragilità sociale è il fattore di rischio maggiore per la salute della popolazione immigrata e il progressivo inserimento ed inclusione nel tessuto sociale, economico e culturale la migliore forma di prevenzione e benessere per l'intera collettività.

## Bibliografia

- ❖ Anelli, F., Geraci, S., Marinaro, R., Nanni, W. (a cura di), *Povert  e diritti negati nell'esperienza dei medici di medicina generale*. In: Caritas Italiana - Fondazione E. Cancan, *Vuoti a perdere. Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta*. Milano, Feltrinelli, 2004, pp. 265-304
- ❖ Baglio, G., Cacciani, L., Materia, E., Guasticchi, G., *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*. Roma, Agenzia di Sanit  Pubblica della regione Lazio, 2002
- ❖ Baglio, G., Loiudice, M., Geraci, S., *Immigrazione e salute: aspetti normativi*. "Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunit ", 7, 1995, pp. 165-177
- ❖ Bai, A., Carradori, T., Dallari, G.V., Petio, C., De Santis, F., *Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato*. "Mecosan", 24, 3, 1997, pp. 57-66
- ❖ Barro, G., Cislighi, C., Costa, G., Lemma, P., Bandiera, L., *I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni*. "Epidemiologia & Prevenzione", 17, 1993, pp. 239-243
- ❖ Bollini, P., *Migration and international health policies*. "Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunit ", 7, 1995, pp. 217-224
- ❖ Bona, G. (a cura di), *Il bambino immigrato*. Cento (Fe), Editeam, 2003
- ❖ Colasanti, R., Geraci, S., *Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale*. "Affari Sociali Internazionali", 3, 1990 pp. 83-89
- ❖ Costa G., Faggiano F., *L'equit  nella salute e la programmazione sanitaria*. In: Geddes, M., Berlinguer G. (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1998*, Roma, EDIESSE, 1998, pp. 261-278
- ❖ Costa, G., Cardano, M., Demarca, M., *Torino: storie di salute in una grande citt *. Torino, Citta di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico. 1998
- ❖ Costa, G., *Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico*. "Epidemiologia & Prevenzione", 17, 1993, pp. 234-238
- ❖ Donzelli, F., Cutrone, M., Regini, P., Girelli, G., Gobber, D., Marchioretto, N., *I bisogni di salute del bambino immigrato*. "CUAMM Notizie. Salute e sviluppo", 1, 1997, pp. 57-63
- ❖ Forcella, E., Cacciani, L., Spinelli, A., Geraci, S., Affronti, M., Tosi, M., Lante, I., Carletti, P., Mantini, V., Guasticchi, G., Baglio, G., *Sperimentazione di un sistema informativo relativo all'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati irregolari*. In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM*. Lampedusa (Ag), 2004, pp. 464-465

- ❖ Fortino, A., Pennazza, F., Boldrini, R., Randazzo, M., Marceca, M., Geraci, S., *Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia - Dati SDO 1998*. Roma, Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione, 2001
- ❖ Frighi, L., *Argomenti di igiene mentale*. Roma, Bulzoni, 1990
- ❖ Gennari, M., D'Andrea, M.S., *Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico*. "FM Federazione Medica", supplemento al "Medico d'Italia", n. 37, dicembre 1995 pp. 426:430
- ❖ Geraci, S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Roma, Anterem, 2000
- ❖ Geraci, S. (a cura di), *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Roma, Anterem, 1996
- ❖ Geraci, S., Marceca, M., Mazzetti, M., *Migrazioni e salute in Italia*. Dossier di ricerca in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Roma, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, I, pp. 295-379
- ❖ Geraci, S., De Gaetano, A., *Costi e benefici dell'assistenza sanitaria agli immigrati: prime ipotesi e considerazioni*. In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM*. Lampedusa (Ag), 2004, pp. 492-500
- ❖ Geraci, S., Marceca, M., Del Vecchio, R. (a cura di), *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*. "Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità", 7, 3, 1995, numero monografico
- ❖ Geraci, S., Marceca, M., *Donne e bambini immigrati*. In: Geddes, M., Berlinguer, G. (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma, EDIESSE, 1998, pp. 43-76
- ❖ Geraci, S., Martinelli, B., Olivati, P., *Immigrazione e salute. Politiche locali e diritto sovranazionale*. In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM*. Lampedusa (Ag), 2004, pp. 466-478
- ❖ Geraci, S., *Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere*. In: *Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM*. Lampedusa (Ag), 2004, pp. 6-9
- ❖ Geraci, S., *Il ruolo del volontariato in campo sanitario per garantire il diritto alla salute degli immigrati in Italia*. In: Da Villa, G., Pasini, W. (a cura di), *Aspetti sanitari del fenomeno immigratorio in Italia*. Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1995, pp. 119-135
- ❖ Geraci, S., *Immigrazione e salute: riorientare i servizi*. In: *Atti del corso di formazione Riflessi in campo sanitario e socio-assistenziale della legge sull'immigrazione*. "Infosociale", 8, 2004, pp. 33-45
- ❖ Geraci, S., *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?* Roma, Carocci, 2001
- ❖ Geraci, S., *Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso*. In: Conti, C., Sgritta, G.B. (a cura di), *Immigrazione e politiche socio-sanitarie*. "Salute e società", III, 2, 2004, numero monografico, pp. 21-34

- ❖ Geraci, S., Marceca, M., *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali*. In: *Atti Conferenza Nazionale Migrazioni e Salute*. Supplemento a "OER Puglia", IV, 3, 2002, pp. 36-51
- ❖ Geraci, S., Martinelli, B., *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Roma, Nuova Anterem, 2002
- ❖ Geraci, S., *Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora "fragili"*. In: *Caritas/Migrantes: Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione*. Roma, Nuova Anterem, 2003, pp. 183-192
- ❖ Geraci, S., *Assistenza sanitaria agli immigrati: per un diritto sovranazionale*. In: *Atti della Conferenza Le politiche dell'UE per l'immigrazione, diritti fondamentali, integrazione sociale, cooperazione allo sviluppo*. Roma, CNEL, 2003 (serie Documenti, 30), pp. 180-184
- ❖ Maciocco, G., *Tubercolosi, povertà e immigrazione*. "Cuamm Notizie", 20, 1995, pp. 12-16
- ❖ Magliona, B., *Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizioni di "irregolarità": problemi medico-legali*. "Professione sanità pubblica e medicina pratica", IV, 2, 1996, pp. 55:56
- ❖ Mancinelli, S., Marazzi, M.C., Panà, A., *La domanda di assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato*. In: *Atti del 36° Congresso Nazionale L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità*. Sassari, Siti, ottobre 1994, p. 233
- ❖ Marceca, M., Geraci, S., *Immigrazione e salute*. In: Geddes, M., Berlinguer, G. (a cura di): *La salute in Italia. Rapporto 1997*. Roma, Ediesse, 1997, pp. 169-199
- ❖ Marceca, M. (con il contributo di Geraci, S.), *La salute*. In: Zincone, G. (a cura di): *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 273-315
- ❖ Marceca, M. (con il contributo di Geraci, S.), *La salute*. In: Zincone, G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 215-242
- ❖ Marceca, M., *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*. "L'arco di Giano", 22, 1999, pp. 27-35
- ❖ Marceca, M., Fara, G.M., *Condizionamento dei fattori sociali, economici e culturali nell'accesso ai servizi sanitari*. *Annali di igiene Medicina Preventiva e di Comunità*, 12 (suppl. 1), 2000, pp. 49-57
- ❖ Marsico, F., *Il ruolo del volontariato in sanità*. In: *Atti del convegno Esclusione e marginalità*. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2000 (serie Relazioni, 00/4), pp. 8-13
- ❖ Mazzetti, M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma, Carocci, 2003
- ❖ Miceli, M., Di Lallo, D., *La salute riproduttiva delle donne immigrate: uno studio nella città di Roma negli anni 1986-1992*. "Epidemiologia e Prevenzione", 20, 1996, pp. 80-82
- ❖ Miele, R., Palanca, V., Palombo, V., Pelliccia, L., Tomaselli, M. L., *La nuova legislazione sugli stranieri*. Viterbo, Union Printing Edizioni, 1998

- ❖ Ministero della Salute – Servizio Studi e Documentazione. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002*, Roma, Sistema informativo sanitario, 2003, pp. 62-64
- ❖ Ministero della Sanità – Servizio Studi e Documentazione. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*, Roma, Sistema informativo sanitario, 2000, pp. 156-179
- ❖ Ministero della Sanità – Servizio Studi e Documentazione. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000*, Roma, Sistema informativo sanitario, 2001, pp. 191-198
- ❖ Ministero della Sanità, *Ruolo azioni ed obiettivi del volontariato in sanità*. Rapporto finale Consulta Nazionale Volontariato in Sanità. Roma, 2000
- ❖ Montecchi, R., *Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri*. In: Compagnoni, F., D’Agostino, F. (a cura di), *Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale*. Milano, Edizioni S. Paolo, 2001, pp. 190-218
- ❖ Pasini, N., Pullini, A., *Immigrazione e salute in Lombardia. Rapporto 2002*. Milano, Regione Lombardia e Fondazione ISMU, 2003
- ❖ Pennazza, F., Boldrini, R., *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell’anno 2000. Rapporto statistico*. Roma, Ministero della Salute, D.G. Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici, Ufficio di Statistica, 2003
- ❖ Pullini, A., *Analisi critica di alcune diagnosi di dimissione ospedaliere, con particolare riferimento a neonati e donne*. In: Pasini, N., Pullini, A., *Immigrazione e salute in Lombardia. Rapporto 2002*. Milano, Regione Lombardia e Fondazione ISMU, 2003, pp. 43-66
- ❖ Spinelli, A., Grandolfo, M.E., Donati, S., Andreozzi, S., Longhi, C., Bucciarelli, M., Baglio, G., *L’assistenza alla nascita dopo l’introduzione delle nuove normative*. In: Affronti, M., Lupo, M., Messina, M.R. (a cura di), *Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems*, Erice (Tp), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, 2002, pp. 6-11
- ❖ Spinelli, A., Grandolfo, M.E., Donati, S., Andreozzi, S., Longhi, C., Bucciarelli, M., Baglio, G., *Assistenza alla nascita tra le donne immigrate*. In: Morrone, A., Spinelli, A., Geraci, S., Toma, L., Andreozzi, S. (a cura di), *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2003 (Rapporti ISTISAN, 03/4), pp. 11-23
- ❖ Zanfrini, L. (a cura di), *La salute degli immigrati: problemi e prospettive. Atti del corso per operatori sanitari*. Fondazione Cariplo - I.S.M.U.- USSL 75/prima di Milano. Quaderni I.S.M.U., n. 6, 1994, numero monografico
- ❖ Zincone G. (a cura di), *Primo rapporto sull’integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2000
- ❖ Zincone G. (a cura di), *Secondo rapporto sull’integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2001