



**Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
XII Congresso Nazionale, Viterbo 10-12 ottobre 2012**

***“Migrazioni, Salute e Crisi:
coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni”***

9 ottobre 2012

SCHEDA PER LA STAMPA

Di fronte agli attuali scenari dominati dalla crisi economico-finanziaria, la S.I.M.M. guarda con preoccupazione ad alcune tendenze politiche europee (vedi i casi della Spagna e della Grecia) in cui gli stranieri - in particolare alcune categorie di persone immigrate - rischiano di rappresentare, insieme ad altri gruppi di italiani fragili, l'anello debole, quello esposto a maggiori rischi per la salute.

Con gli altri operatori della salute, sia del sistema pubblico che del volontariato, vogliamo dare il nostro contributo perché il dettato costituzionale, che ha identificato la salute come un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, garantendolo a tutti senza discriminazioni, sia rispettato e praticato su tutto il territorio nazionale.

Parlando di immigrazione in termini generali, scontiamo ancora gli effetti negativi di una visione stereotipale ed emergenziale del fenomeno migratorio, con un'enfasi eccessiva su aspetti minoritari, come quelli della componente irregolare e clandestina, dell'invasione attraverso gli sbarchi, e, per quanto di nostro più vicino interesse, dei rischi di importazione dei patologie trasmissibili. I dati a nostra disposizione ci consegnano invece una situazione diversa da quella ancora prevalente nell'immaginario collettivo. Le migrazioni, in Italia come nel resto del mondo, continuano ad essere strutturali: a livello mondiale negli ultimi anni i migranti sono aumentati di 64 milioni di unità e attualmente sono 214 milioni, 4,2 milioni dei quali sono italiani. I cittadini residenti nell'UE nel 2011 sono stati più di 33 milioni, pari al 6,6% della popolazione totale (in Italia sono circa 5 milioni), con un aumento che per il 2011 è stato di 416.100 unità. La popolazione straniera oggi presente in Italia è più giovane di quella italiana, e, in quanto tale, fondamentalmente sana.

Malgrado la situazione degli immigrati (come quella di tanti italiani) si sia deteriorata con elevati tassi di disoccupazione ed aumento della povertà, malgrado le politiche migratorie ostacolino la loro permanenza e possibilità di una vita piena e dignitosa, malgrado i problemi esistenti per le seconde generazioni, con fenomeni di dispersione scolastica e di lavoro minorile, malgrado siano in certi casi esclusi o trascurati dal sistema sanitario, gli immigrati rappresentano una componente produttiva e vitale della nostra società, una fondamentale risorsa per il nostro presente e per il nostro futuro. E sono persone portatrici di diritti, oltre che di doveri.

Fatte tali premesse, come ricercatori ed esperti nel campo della salute degli immigrati è nostro compito sottolineare l'esistenza di alcune **aree critiche**, in cui le conseguenze di ulteriori indebolimenti delle misure di protezione sociale e sanitaria potrebbero essere particolarmente pesanti e gravi. A queste aree abbiamo dedicato le sessioni del Congresso che si apre domani.

Vediamole una per una con alcuni dati di riferimento.

Per quanto riguarda la salute dei **lavoratori stranieri**, diversi studi a livello nazionale e internazionale dimostrano che i lavoratori immigrati sono esposti a maggiori rischi di infortunio rispetto ai lavoratori



autoctoni. Tali rischi sono soprattutto a carico dei lavoratori maschi impegnati in attività non qualificate: ad esempio, nel settore edile il rischio di infortunarsi per un immigrato è quasi nove volte superiore rispetto a quello di un italiano (OR = 8.64, 95% CI : 2.85-26.20).

Gli immigrati sono per lo più impiegati in settori con una prevalenza di attività manuali, caratterizzate da un elevato livello di rischio. Vengono segnalate, inoltre, diverse forme di discriminazione (sottoinquadramento contrattuale, mancato riconoscimento dei titoli di studio e delle qualifiche professionali, assenza di formazione e addestramento etc.), più evidenti tra le donne. Questi dati si riferiscono solo agli immigrati regolari, che possiedono l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ma non includono gli immigrati irregolari (in cui, com'è facile immaginare, le condizioni lavorative sono maggiormente precarie e quindi rischiose per la salute).

Per quanto riguarda i **bambini e i ragazzi immigrati di 2^a generazione** (i figli di almeno un genitore straniero nati in Italia o i ragazzi immigrati che hanno compiuto nel nostro paese parte o tutta la loro formazione scolastica), ricordiamo che attualmente sono circa 1 milione: di questi oltre 700.000 hanno frequentato, nell'anno scolastico 2010-2011, le nostre aule in qualità di studenti. Ci soffermeremo ad approfondire le diverse dimensioni di vita e di salute di questa popolazione, a partire da quelle semplici attività quotidiane spesso sottovalutate. Ad esempio, da una ricerca specifica effettuata all'interno del Sistema nazionale di sorveglianza 'OKkio alla SALUTE' promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, sono emersi dati interessanti relativi alle abitudini alimentari tra i bambini delle terze classi con madre straniera. Nei circa 4.200 bambini con madre straniera sugli oltre 40 mila bambini inclusi nell'analisi, si sono osservate proporzioni più elevate di bambini che non hanno fatto colazione il giorno che sono stati intervistati tra quelli con madre proveniente da Paesi africani, asiatici o europei a forte pressione migratoria. Una criticità specifica rispetto ai bambini con madre italiana è data dal consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gassate: dai dati riferiti dal genitore, si è osservata una prevalenza di consumo di almeno una volta al giorno di oltre il 60% tra i bambini con madre di provenienza dall'America centro-meridionale, dall'Asia, dall'Europa PFPM e dall'Africa (prevalenza massima di oltre l'80%). Ricordiamo, a questo proposito, che il Ministro della Salute aveva cercato nel decreto di agosto di scoraggiarne un uso eccessivo attraverso una tassazione speciale, ma è stato fortemente contrastato fino a ritirare la proposta. In generale, ad una età in cui, di norma, non si soffre di problemi fisici particolari, constatiamo come questi ragazzi si possano trovare sospesi non solo tra il mondo degli adulti e il mondo dei giovani, ma anche tra la cultura di origine e la cultura acquisita. In questa dualità / ambiguità costruiscono la loro sfera sociale e relazionale, con modalità spesso diverse da quelle dei loro coetanei italiani, incontrando una serie di ostacoli e difficoltà che possono compromettere la loro integrazione nel nostro paese, e con questa il loro ben-essere. Identità e salute sono strettamente correlati: occorre perciò riformare rapidamente la legge sulla cittadinanza per i bambini/e e i ragazzi/e di seconda generazione perché le attuali leggi, poco inclusive, li stanno privando di un diritto centrale per l'espressione della propria personalità e stanno ostacolando eguali traiettorie sociali con i loro coetanei italiani.

I **detenuti stranieri** sono oggi oltre un terzo (36%) della popolazione complessivamente ristretta nelle carceri italiane (quasi 24.000 sugli oltre 66.500 presenti al 30 giugno 2012). Delle quasi 150 comunità presenti, le prime cinque: Marocco (4.765 detenuti); Romania (3.664); Tunisia (3.009); Albania (2.834) e Nigeria (1.098), rappresentano insieme quasi i due terzi (64,4%) dell'intera popolazione immigrata detenuta. Le regioni maggiormente interessate dal fenomeno sono, in ordine decrescente: la Lombardia (con oltre 4.000 detenuti non italiani), seguita dal Lazio, dal Piemonte, dalla Toscana e, sotto le 2.000 unità, dal Veneto, dall'Emilia Romagna, dalla Sicilia, dalla Liguria e dalla Campania; tutte le altre regioni e province autonome ospitano, attualmente, meno di 1.000 detenuti stranieri ciascuna. I detenuti non italiani rappresentano, di fatto, un gruppo portatore di ulteriori fragilità rispetto a quelle già insite nella condizione di ristretto in carcere. Alle problematiche di salute comuni a tutti i detenuti, e



legate, in particolare, al sovraffollamento e al disagio ambientale e psicologico che ne conseguono, si aggiungono spesso: difficoltà comunicative e relazionali; diversità culturali e religiose (oltre 5.000 persone di fede islamica, pari a quasi il 22%, anche se permane una maggioranza cattolica con oltre 9.000 detenuti, pari a quasi il 40% e, più in generale, cristiana, complessivamente, quasi il 50%); maggiore lontananza dagli affetti e dal supporto di figure amicali (anche per il minor radicamento territoriale); difficoltà di rapporto fiduciale con gli operatori sanitari; scarsa informazione circa i propri diritti. A queste criticità si collegano: tendenza all'isolamento fisico e psicologico e maggior ricorso ad atti di autolesionismo: il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) ha registrato, nel 2011, un totale di 5.637 atti di autolesionismo, di cui ben 3.194 (quasi il 57% !) agiti da detenuti stranieri; rischio di minor tutela della salute (dipendenze, ritardo diagnostico, ridotta compliance etc.).

Particolarmente grave è, a nostro avviso, la situazione di salute degli stranieri **trattenuti nei CIE** (Centri di Identificazione ed Espulsione), strutture che, ancora più delle carceri ed in modo ancor più difficilmente accettabile - vista la natura del reato ascrittogli (quello di clandestinità!) -rappresentano luoghi di malattia e disagio per antonomasia, dove le condizioni ambientali sono degradanti e lesive della dignità umana. Le maggiori criticità, in questo caso, riguardano – insieme alle condizioni negative di vita e di relazione - i tempi di detenzione, che ad oggi possono raggiungere i 18 mesi nell'attesa di un pronunciamento istituzionale, periodo durante il quale vi è l'impossibilità/interdizione dei medici e degli operatori della salute in generale di accedervi per garantire i diritti fondamentali dell'assistenza e della cura, oltreché per identificare eventuali vulnerabilità psico-fisiche (ricordiamo che parecchie delle persone ivi trattenute sono state vittime di torture fisiche e/o psichiche).

Per tutelare la salute di queste due ultime categorie di immigrati, la SIMM ritiene fondamentale che il servizio sanitario pubblico eserciti concretamente un ruolo di responsabilità di governo nella programmazione, organizzazione, gestione e valutazione dell'assistenza. Inoltre, sembra importante promuovere iniziative multicentriche che vedano la partecipazione di tutti gli attori interessati (Istituti, ASL, Enti locali, Società scientifiche, Associazioni) e costruire 'alleanze' con le realtà territoriali di aggregazione della società civile, anche al fine di costruire percorsi di integrazione nella fase post-detentiva.

Per quanto la **salute mentale** collegata al progetto migratorio, l'attuale maggiore criticità è connessa alla situazione dell'Emergenza Nord Africa (ENA): le popolazioni assistite dal progetto sono profondamente diverse da quelle abitualmente conosciute, per il basso livello di istruzione, le modeste competenze linguistiche e le grandi difficoltà di *coping* con la nuova situazione, pur a parità di prevalenza di psicotraumi.

Persistono alcune criticità in ambito psicotraumatologico, quali la difficile emersione e identificazione dei traumi psichici tra i rifugiati, nonché la scarsa conoscenza da parte del personale sanitario delle manifestazioni cliniche (ad esempio, il significato dei disturbi somatoformi) e delle strategie terapeutiche. Recentemente sono emerse le difficoltà in ambito riabilitativo: le condizioni economiche e sociali rendono oggi assai più difficile che in passato l'inserimento nel mondo del lavoro, ostacolando un passo decisivo del processo riabilitativo, con diffusione di fenomeni psicopatologici relativamente nuovi (alcolismo, abuso di sostanze, sindromi distimiche protrate).

Infine, nonostante si sia fatto molto per migliorare l'accesso alla salute mentale dei migranti, restano difficoltà organizzative e di formazione all'accoglienza transculturale, aggravate da problematiche connesse alla difficile attivazione della mediazione culturale.

Le risposte della S.I.M.M. a queste situazioni sono esplicitate nel titolo del nostro Congresso di Viterbo, per la prima volta al di fuori della Sicilia: **coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusione.**



Parleremo di questi temi (circa 300 partecipanti da tutt'Italia, con 15 relazioni ed 85 tra comunicazioni e poster) a partire dalla storia della nostra Società scientifica, che dal 1990 ad oggi si è sempre ispirata all'azione di uomini liberi come don Luigi di Liegro, di cui, a 15 anni dalla scomparsa, ricorderemo l'impegno per una cultura ed una umanità diversa, per una sanità attenta ed accogliente, per una medicina transculturale e per una salute senza esclusioni.

Per attitudine culturale e scientifica coltiviamo dubbi, ma, forti delle nostre esperienze, abbiamo anche alcune idee chiare. **Riteniamo sia necessario evitare che la presenza immigrata, pur essendo strutturale allo sviluppo del paese, diventi una realtà marginale, preda dell'esclusione. Servono politiche sociali e familiari più incisive e accompagnate da un'adeguata dotazione di risorse**, un'esigenza che nell'ambito delle ONG è stata sintetizzata con lo slogan "pacchetto integrazione".

Occorre perseguire, come suggerito dalle principali istituzioni sanitarie internazionali, a partire dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, **politiche intersettoriali capaci di promuovere la salute** (si utilizza lo slogan "*La salute in tutte le politiche*"), **senza distinzione alcuna**. La tutela della salute delle fasce più fragili degli immigrati, come degli italiani, richiede invece sforzi ulteriori, capacità di tradurre il 'globale' in 'locale' e di intercettare i bisogni anche laddove questi non trovano possibilità di espressione.

Intervenire per la salute degli immigrati comporta oggi la necessità di confrontarsi all'interno di uno **scenario complesso (multilivello e multisetoriale)**, in cui sono presenti diversi attori con competenze e possibilità di azione diversificate, ma talvolta anche sovrapposte/sovrapponibili. La principale criticità è riuscire a **costruire reti** che permettano scambio, collaborazione, stimolo reciproco, ma anche interventi coerenti e in linea con il principio di equità e inclusione.

Il settore sanitario pubblico può e deve giocare un ruolo centrale, anche in collaborazione con la vivace realtà del volontariato e delle realtà di ricerca e azione come la SIMM. **Le Aziende sanitarie locali devono poter governare e garantire la salute di tutto il territorio di loro competenza e su tutte le realtà di vita e di lavoro delle persone, siano esse fabbriche, cantieri, servizi, scuole, abitazioni..., così come CIE (da cui finora le istituzioni sanitarie sono state tenute al di fuori!) o carceri.**

Al Ministro della Salute Prof. Renato Balduzzi, che ha assicurato la sua presenza il 12 ottobre, consegneremo il documento finale con le nostre Raccomandazioni, una serie di proposte concrete, come quelle di **cercare una uniformità di applicazione della normativa nelle varie realtà locali in un'ottica di inclusione e non discriminazione e di garantire il Pediatra di libera scelta per ogni bambino indipendentemente dallo status giuridico**, proposte su cui il Ministro si era impegnato a discutere dopo l'incontro dell'11 maggio scorso con una delegazione SIMM e su cui si è favorevolmente pronunciato in questi ultimi giorni.

Mai con l'urgenza e l'intensità dell'oggi, l'impegno della nostra Società scientifica è stato quello di difendere, e talvolta concorrere a riportare, **la dignità, che alla salute è indissolubilmente legata** (come espresso dal nostro motto: *Dignitas in salute, Salus in dignitate*) in tutti i contesti di vita e di lavoro e a tutte le persone che vivono nel nostro Paese.