

**Rapporto  
sulla protezione  
internazionale  
in Italia 2015**

## Falsi allarmismi sanitari all'arrivo dei migranti<sup>31</sup>

**Se ne è discusso appena un anno fa, a maggio 2014, ad Agrigento nel corso del XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) dal titolo “Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere”, in cui una sessione è stata dedicata al tema dell'accoglienza e della tutela dei migranti forzati.**

**Abbiamo già scordato** le fila di bare nell'hangar di Lampedusa? Che cosa succede a quelli che arrivano? Come sono trattati i rifugiati? Quale tipo di regia mette in campo il nostro Paese nella fase dell'accoglienza e per il riconoscimento del diritto? A queste ed altre domande abbiamo cercato di dare risposta nel tentativo, secondo lo stile della nostra società scientifica, di rispondere al bisogno di salute reale e non presunto. Non ci siamo soffermati sull'allarme sanitario di tipo infettivologico-tropicalistico che così tanto interessa l'opinione pubblica con gli organi di stampa adeguatamente aizzate da un certo tipo di informazione sanitaria di sapore allarmistico-catastrofistico. Trattasi, per noi che ci occupiamo dalla fine del secolo scorso degli aspetti sanitari legati al fenomeno migratorio, del solito e noioso  *cliché*: i migranti, qualunque siano il motivo e il modo del loro arrivo, portano povertà, disoccupazione, delinquenza ed, in campo sanitario, malattie. L'allarme è legato al fatto che in generale trattasi di malattie che dalle nostre parti erano scomparse o quasi, come la malaria e la lebbra o comunque sotto controllo come la Tuberculosis e l'Aids. È il ritorno costantemente sciocco della “Sindrome di Sal-



gari” (Colasanti, 1991)<sup>32</sup> e della conseguente caccia ai moderni “untori” di manzoniana memoria<sup>33</sup>. In realtà i migranti forzati sono generalmente giovani, in buono stato di salute ed anche per loro vale il dato dell'effetto migrante sano (Parkin, 1992), una sorta di selezione naturale all'origine, per cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute, e che in generale si è applicato solo alla tipologia del migrante economico, il cui progetto di vita implica in partenza condizioni di piena integrità psico-fisica.

## Caso 1 È gente forte e coraggiosa

(Affronti, 2013)  
B. I., Guinea Conakry



UNICR/F. MALAVOLTA

A fine del 2008, in seguito alla morte del presidente della Repubblica della Guinea Conakry, Lansana Conté, l'esercito guineano attua un colpo di Stato militare sospendendo ogni attività politica e sindacale e sciogliendo l'Assemblea Nazionale. Ciò ha portato a numerose manifestazioni pacifiche da parte della popolazione, sfociate in dure repressioni da parte dell'esercito che ha ucciso e violentato molti civili.

In una di queste repressioni, che ha visto la morte di circa 300 persone, I. ha perso il padre, restando definitivamente orfano (aveva perso già la madre in tenera età).

Nonostante il lutto, decide di continuare l'attività commerciale di famiglia (negozio di alimentari) con il fratello maggiore. Durante questo periodo lui e il fratello subiscono numerose aggressioni da parte di alcuni gruppi etnici sostenitori del regime militare di Moussa Dadis Camara, con l'accusa di sostenere economicamente il capo dell'opposizione, Cellou Dalein Diallo, in quanto commercianti. L'ultima di queste aggressioni ha visto la morte del fratello maggiore in seguito ad accoltellamento e lo stesso I. riporta ferite da pugnale sul dorso e numerose bruciature alle braccia. Infatti, gli aggressori, dopo averli colpiti più volte, danno fuoco al negozio di alimentari. In seguito a ciò, temendo per la propria incolumità e non vedendo prospettive di futuro nella propria terra, I. decide di intraprendere il lungo viaggio, durato circa 4 anni, che lo porterà in Italia. Passando per le tappe "obbligate" di Senegal, Mauritania, Marocco e Algeria, raggiunge la Libia. Qui rimane tre mesi lavorando come muratore per mantenersi e raccogliere la quota dovuta allo scafista (850 dineri) che lo avrebbe portato in Italia. Il 13/05/14 I., di notte, si imbarca con più di altri 100 migranti e, dopo una traversata durata più di 17 ore, tra freddo, fame e sete, vede finalmente le "grand bateau italien" di Mare Nostrum arrivare verso di loro a salvarli dall'acqua e ridare loro la speranza di una nuova vita.

31 A cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

32 "...Salgari scriveva sognando di mondi dove quei dati di diversità, che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri".

33 durante il racconto anamnestico, un giovane paziente palermitano recentemente visitato per febbre prolungata, faceva risalire la causa della sua febbre sconosciuta, ad un periodo

ben preciso della sua vita allorché da camionista – trasportava gasolio – viaggiava per mare da Lampedusa a Porto Empedocle ed in una di queste traversate si trovò con una cinquantina di sbarcati africani sud-sahariani respirando la stessa aria ed utilizzando gli stessi servizi igienici. Dopo quel fatto, ecco la febbre. "Dottore, secondo me e non solo, altri medici la pensano allo stesso modo, non può non esserci una relazione, che lei, in quanto esperto in

questo campo, deve trovarle!" Per la cronaca il paziente era affetto da Febbre Mediterranea Familiare. Forse, ho pensato dentro di me, una possibile vendetta del "Mare Nostrum"! Marenostrina è, infatti, il nome dato alla pyrina, proteina basica di 781 aminoacidi, che ha la funzione di regolare i mediatori dell'infiammazione che in questi pazienti è alterata a causa della mutazione del gene codificatore responsabile della malattia (gene MEFV).

## Focus /

Eppure resiste nell'immaginario collettivo il mito del migrante vettore di temibili pestilenze: un'affermazione che non trova conferma nei dati epidemiologici ma che rischia di dirottare le politiche e le risorse verso strategie sanitarie difensivistiche come i controlli alle frontiere o gli screening di massa. Tutti ricordiamo il caso sospetto di "vaiolo delle scimmie" di un migrante a bordo della nave militare Orione diretta a Pozzallo nel luglio 2014, poi rivelatosi una semplice varicella<sup>34</sup>, e la notizia che decine di militari addetti a controllare e recuperare in mare i migranti fossero stati infettati dalla tubercolosi. Così come alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso<sup>35</sup>, si proponevano controlli alle frontiere, così ora ritornano le stesse proposte ed, in ogni caso, le parate di tute giallo-arancione insieme a guanti e mascherine danno la sensazione visiva che non di corpi di uomini, donne e bambini provati dal dolore e dalla sofferenza del lungo viaggio si tratta, ma di bombe di parassiti, virus e batteri innominabili.

Malgrado l'inadeguatezza dei sistemi informativi attuali a rilevare i bisogni di salute di questa particolare popolazione, vi sono diverse evidenze che l'effetto migrante sano si eserciti anche sui profughi che sbarcano sulle coste italiane. La sorveglianza sindromica (Bella, 2014) effettuata tra maggio 2011 e giugno 2013 dall'Istituto Superiore di Sanità su circa 5.000 persone ospiti di centri di accoglienza hanno, infatti, messo in luce solo 20 allerte stati-

stiche: di queste, 8 infestazioni, 5 sindromi respiratorie febbrili, 6 gastroenteriti e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare. Anche in riferimento al fenomeno relativamente nuovo dei cosiddetti transitanti presenti per brevi periodi in insediamenti spontanei nei pressi delle stazioni delle grandi città o in edifici occupati, i dati dimostrano malattie della cute, scabbia soprattutto, e malattie aspecifiche dell'apparato respiratorio e digerente con pochi casi di sospetta Tubercolosi polmonare - poi non confermate -, malaria e varicella (INMP e ASL Roma B, 2015). Dunque i dati rivelano l'inconsistenza di certi allarmi che hanno fin qui fatto da contrappunto agli sbarchi: il viaggio risulta essere troppo lungo perché si concretizzi la minaccia di Ebola (la malattia si manifesta e si estingue in poche settimane, spesso assai prima che il percorso migratorio si concluda); ma spesso troppo breve perché si sviluppino altre malattie come la tubercolosi, nonostante le condizioni di grave deprivazione che accompagnano i migranti in fuga (Baglio, 2015). Il nostro punto di vista, al contrario, è la tutela della salute di una popolazione fondamentalmente sana nel tentativo che non cada nel circuito perverso della malattia. In questa logica il problema è il riferimento alla norma rappresentata dall'articolo 10 (Lo straniero al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto all'asilo nel territorio della Repub-

blica) e dall'articolo 32 (La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti) della Costituzione: il primo ci ricorda il valore della dignità umana, uguale per tutti gli individui; il secondo, che significativamente parla di individui e non di cittadini, sancisce un diritto alla salute e alle cure che va al di là dello status giuridico dell'essere umano. La questione non è solo quella di prevenire la morte di tanti richiedenti asilo, e di farlo in modo onorevole, per la loro dignità, onorando l'art. 10, ma anche di tutelarne la salute una volta sbarcati, secondo quanto ci richiede l'art. 32 (Mazzetti, 2014).

I principali problemi clinici che i richiedenti asilo presentano al momento dello sbarco sono essenzialmente legati alle condizioni del loro percorso migratorio e non a malattie infettive da importazione: colpi di calore, colpi di sole, assideramento (secondo le condizioni climatiche in cui avviene la navigazione), lesioni da decubito dovuti alla posizione forzata senza possibilità di movimenti sui barconi, aggravata da agenti chimici quali l'acqua salmastra o il gasolio che spesso sporcano i luoghi in cui i naviganti si siedono, disidratazione, che hanno determinato ad esempio casi documentati di gravi insufficienze renali, senza dimenticare però le condizioni patologiche di natura infettiva legate, comunque, alla promiscuità ed al sovraffollamento come la scabbia.

34 "Rientra l'allarme vaiolo a bordo: era varicella. La nave Orione approda a Catania. Le analisi eseguite allo Spallanzani di Roma hanno smentito che si trattasse della rara malattia infetti-

va". Repubblica.it, Palermo cronaca, luglio 2014.

35 "...proprio nello stesso periodo F. 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 parteciparne siano chiamati quasi esclusivamente tropicalisti ed infettivologi" (Geraci, 2005).



## Caso 2

### Lo sbarco dei Mille a... Palermo con una diecina di scabbie e di varicelle.

**Considerazioni di un medico sui fatti narrati da "La 7" il 19.04.15 sera, in merito al pericolo di contagio della popolazione a causa del mancato controllo.**

Il giorno 18 aprile u.s., nottetempo, tramite il 118, due giovani cittadini dalla pelle scura ed ignoti arrivano, dopo un breve passaggio al Pronto Soccorso, nel reparto di Medicina Interna del Policlinico di Palermo, dove il piano di contingenza dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia (Assessorato, 2014), ha previsto la pronta disponibilità di due posti letto per l'accoglienza sanitaria degli sbarcati, dopo il primo filtro al porto. Diagnosi d'ingresso: varicella il primo e scabbia il secondo. Si viene a sapere che i due giovani sono stati prelevati nelle adiacenze della locale Stazione Centrale dove giacevano per terra sotto una coperta improvvisata da almeno tre giorni. Non si riesce a comunicare per problemi linguistici. Le condizioni generali sono scadenti; pessime quelle igieniche. Si vedono sui loro corpi gli effetti della traversata. I due ragazzi sembrano subire passivamente. È evidente un isolamento comunicativo. All'ingresso i pazienti vengono subito soccorsi, visitati e rifocillati, non senza preoccupazioni derivanti soprattutto dal fatto di ricoverare nella stessa stanza la varicella e la scabbia, per il resto nessun allarme visto che trattasi di malattie ben note dalle nostre parti. Grazie all'intervento del mediatore di madrelingua, gli ignoti sono: il Sig..... nato a.....il..... ed il Sig.....nato a.....il..... I due sono sbarcati a Palermo il 14 u.s. e subito dopo si sono recati alla Stazione Centrale, sfuggendo facilmente al personale che doveva trasferirli in uno dei tanti centri di accoglienza (CAS) dislocati nel palermitano. Uno dei due era molto preoccupato in quanto doveva raggiungere al più presto Roma da dove imbarcarsi per New York dove era atteso dal fratello. Nei tre mesi precedenti i due hanno vissuto in un hangar a Tripoli in attesa dello sbarco assieme ad altre 1500 persone circa, uomini, donne, bambini. In situazione di pesante promiscuità, sono stati picchiati e seviziati. Uno di loro è stato torturato con la corrente elettrica. Hanno assistito im-



tenti ad episodi di stupro e violenze varie ed anche a decapitazione di alcuni compagni di viaggio. Alla fine sono stati fortunati ad essersela cavata con una scabbia ed una varicella soltanto!!

Trattasi quindi dello sbarco avvenuto a Palermo il 14 aprile. In quella occasione è stata raggiunta la cifra record di 1200 persone. Il sistema di accoglienza al porto palermitano, malgrado la presenza della varie autorità civili, militari e sanitarie, con televisioni al seguito, è andato in tilt. In verità in passato Palermo si era distinta per efficienza ed efficacia degli interventi almeno nella primissima accoglienza. Forse per questo motivo l'assessorato regionale alla salute e la direzione sanitaria dell'ASP, che coordina gli interventi al porto, hanno accettato lo sbarco dei ...mille. Il risultato è stato che già dalle prime luci dell'alba Palermo è stata

invasa da un numero considerevole di sbarcati soprattutto ragazzi che cercavano in tutti i modi di scappare, per evitare di farsi identificare, verso le loro mete come i nostri pazienti. Resistere nei pressi della stazione sperando che la varicella e la scabbia li abbandonassero quanto prima. Del resto cosa temere? Erano persone invisibili soprattutto agli agenti di polizia. Si sa, le maglie dei controlli devono essere abbastanza larghe da poter permettere la fuga dei richiedenti asilo, minori compresi. Le statistiche ci dicono che 2 persone su 3 che arrivano in Italia vanno via dal nostro paese e le cose non cambieranno certo se non si decide di modificare il trattato di Dublino. Nel frattempo si arrangino pure, vadano via al più presto anche con la varicella e la scabbia. Solo noi dobbiamo correre il rischio di venire contagiati?

## Focus /

Altro problema è quello legato alla gravidanza o al parto: molte profughe approdano in stato di gravidanza, anche avanzata, o subito dopo aver partorito. In genere si tratta di vittime di gravidanze forzate, avviate a seguito di stupri spesso ripetuti.

Una volta sbarcati, i richiedenti asilo sono ammassati in ricoveri di cui non riusciamo a conoscere nel dettaglio le caratteristiche igieniche; non riusciamo nemmeno a conoscere la qualità nutrizionale dei cibi che vengono loro somministrati.

Le informazioni parlano di ricoveri straordinariamente sovraffollati, con carenza di servizi igienici e di acqua corrente, con protezione da agenti termici (caldo e freddo) del tutto non appropriata, soprattutto in alcuni periodi dell'anno e in certe condizioni climatiche.

Condizioni igieniche di questo tipo sono patogene. Agevolano lo svilupparsi di patologie infettive delle vie respiratorie, infezioni gastro-intestinali e altri disturbi del tubo digerente, patologie muscolo-scheletriche e aggravano quadri clinici preesistenti. Creano inoltre le premesse per il diffondersi di epidemie.

Molti richiedenti asilo, infine, sono stati vittime di torture, violenze e altri eventi traumatici, come la minaccia di perdere la propria vita, o aver assistito alla morte violenta di altri vicino a loro.

Aver subito esperienze di questo tipo può determinare quadri clinici psichiatrici anche molto gravi: disturbo post-traumatico da stress, crisi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi della concentrazione, del pensiero e della memoria, disturbi somatoformi, suicidio. Per soggetti in queste condizioni è fondamentale garantire un'assistenza clinica immediata per la gestione psichica dell'esperienza traumatica appena vissuta. Pazienti con traumi gravi che trovano buone condizioni di accoglienza sviluppano patologie meno severe di pazienti che subiscono traumi di minore entità ma che trovano situazioni di vita molto deteriorate nel paese ospite. Queste situazioni cliniche richiedono la predisposizione di presidi appropriati in grado di dare le risposte necessarie come il servizio di etnopsicologia del Policlinico di Palermo o il progetto "Ferite invisibili" di Roma attivi da metà degli anni 2000, proprio per rispondere alla domanda di salute di questa particolare utenza.

## Caso 3

**Nella storia dell'attività clinica del Servizio di Etnopsicologia ci sono tutte quelle esperienze di psicopatologia e malessere quali esiti di violenze estreme intenzionali e torture. (Monti, 2015)**

### È stata questa l'esperienza di D.

*D. è un giovane ragazzo somalo, giunto presso il Servizio in seguito ad una segnalazione da parte del legale che seguiva la pratica riguardante la sua richiesta di asilo politico. L'avvocato mi invia D. perché quando lo incontrava non si riusciva a mettere in piedi una storia che avesse dei contenuti, affinché si potesse avallare la richiesta di protezione internazionale in sede di Commissione.*

*Il ragazzo, dall'aspetto mingherlino, come fosse gracile di salute, dimesso, a capo chino, in effetti di poche parole, si aggirava radente le pareti dell'ambulatorio, prima di accomodarsi, come spaventato e al tempo stesso come volesse accertarsi bene dei confini della stanza: sembrava proprio stesse ridisegnando le pareti, la porta, le aperture interne della stanza (che comunica con un'altra stanza adiacente a quella dove eravamo noi, adibita ai colloqui).*

*Così, in questa atmosfera quasi finta, delicata, come se stessi dinanzi ad un essere evanescente e fragile, al tempo stesso quasi intoccabile e irraggiungibile, iniziamo a conoscerci. Mi presento, spiego il mio lavoro e chiedo a lui se conosce le ragioni che hanno spinto il suo avvocato a inviarlo in questo luogo. Lui è con un sorriso quasi accennato (che gli rimarrà addosso per lungo tempo) e siede dinanzi a me quasi fosse da*



*un'altra parte. A lungo ci siamo incontrati prima che apparisse nel colloquio qualche frammento di storia; incontri fatti di silenzi, di narrazioni strozzate, mozzate.*

*Il corpo è l'unico testimone possibile di una storia connotata dalla violenza estrema: un corpo mutilato e martoriato. Così, delicatamente e molto lentamente, D. mostra le cicatrici: la schiena segnata dalle frustate; le gambe che portano le cicatrici di profonde abrasioni; la bocca (proprio il luogo della parola) martoriata.*

*D. non può ancora raccontare; mi dice "non puoi immaginare e io non posso descrivere". D. era stato un giovane universitario, nel suo paese, facente parte di un gruppo studentesco che manifestava contro il Governo. A quel tempo dunque fu arrestato e gli fu concessa la scelta di diventare un soldato filo-governativo, per evitare l'arresto. Si*





UNHCR/O.LABAN-MATTEI

trattava di sparare contro i suoi amici e colleghi. D. decise di non aderire e fu la prigione. Venne spedito in un posto che non fu mai decifrato nelle sue ricostruzioni. Fu tenuto rinchiuso per circa un anno, periodo durante il quale egli subì terribili violenze psicologiche (disorientamento spazio-temporale: rinchiuso in una stanza senza finestre, veniva accesa la luce senza intervalli di tempo regolari; inoltre, lo stesso accadeva con la somministrazione dei pasti) e corporali, come vessazioni fisiche e torture ai denti.

C'è voluto più di un anno per costruire una storia coerente e una narrazione possibile, aprendo poi al lavoro di elaborazione e di ricucitura dell'identità. Quando lo conobbi non c'era più traccia del giovane studente idealista e rivoluzionario; la tortura aveva raggiunto il suo obiettivo: distruggere la personalità.

Lunghi anni di studio hanno ormai confermato che i migranti qui da noi si ammalano a causa delle precarie o inadeguate condizioni di vita cui sono spesso costretti, e non certamente per le malattie che importerebbero dei loro paesi d'origine: le loro malattie sono socio-culturali e non etniche. Il rischio è che gli immigrati si integrino con la società ospite condividendo, però, la stratificazione sociale più svantaggiata finendo per sviluppare il profilo di salute della disuguaglianza. La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, la garanzia di una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Trattasi in definitiva di una questione di responsabilità e di equità per la salute di una popolazione che ha già sofferto molto e che ha solo bisogno di accoglienza benevola e di pace.

## Bibliografia

- Affronti M., *Un comunicato della SIMM sulle morti di un'umanità coraggiosa*, [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it), 7 ottobre 2013.
- Aragona M, Geraci S, Mazzetti M (a cura di), *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Pendargon, Bologna, 2014.
- Assessorato della salute., *Decreto 23 settembre 2014. Adozione del Piano di contingenza sanitario regionale migranti*. Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale Regione Siciliana (p. I) n. 42 del 3-10-2014 (n. 27).
- Baglio G., *Tubercolosi e immigrazione: le risposte che l'epidemiologia può dare (e che la società attende)*, *Epidemiologia e Prevenzione*, anno 39 (2) marzo-aprile 2015.
- Bella A, Napoli C, Riccardo F et al., *Immigrazione ed emergenze sanitarie: utilizzo della sorveglianza sindromica nei centri per immigrati in Italia negli anni 2011-2013. Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Prex, pp 319-20.
- Colasanti R., *Antropologia medica e medicina delle migrazioni. In Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni a cura di S. Geraci*, Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria., Roma, 1992.
- Geraci S., et al., *Migrazioni, Salute, Cultura, Diritti. Un lessico per capire*, *Intern. J. of Migration, Studi Emigrazione*, Vol. XLII, n. 157, pp 53:74, marzo 2005.
- Mazzetti M., *Curare e prendersi cura: a Lampedusa e oltre. Sanità pubblica, accoglienza e tutela dei migranti forzati*. In Affronti M., Baglio G., Geraci S., Marceca M., Russo M L. (a cura di), *Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM, Agrigento, 14-17 maggio 2014*. Bologna, Pendragon, 2014: 42-47.
- Monti M.C., *Vittime di tortura e di violenza a Palermo: dall'accoglienza alla cura*, In Press. [mkmonti@hotmail.com](mailto:mkmonti@hotmail.com)
- Parkin DM., *Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation*. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 1992; 40(6): 410-24.
- Rapporto INMP, ASL RM B. *Salute e prevenzione tra i migranti invisibili*, Roma 2015, Disponibile all'indirizzo: <http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salutare-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili>

## Focus /

# L'accesso alla tutela della salute: tra diritti e barriere<sup>14</sup>

LA COSTITUZIONE ITALIANA sancisce il diritto alla tutela della salute per tutti gli individui presenti in Italia, anche per interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (art. 32). Tale indicazione si è tradotta concretamente con alcune norme generali come ad esempio l'istituzione del ssn – Servizio Sanitario Nazionale - o con la definizione dei LEA – Livelli Essenziali d'Assistenza -, e con norme specifiche per l'assistenza sanitaria agli stranieri contenute nel Testo Unico sull'immigrazione<sup>15</sup>. La Costituzione all'articolo 3 specifica anche che la Repubblica si impegna per “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”. Dal 2001, con la riforma del titolo V della Costituzione, alcune competenze, come quelle sull'organizzazione e sull'accesso ai servizi sanitari, sono state decentrate e passate alle Regioni e Province Autonome (P.A.) mentre altre, come il tema dell'immigrazione e dei richiedenti asilo e rifugiati, sono rimaste in capo allo Stato. Ciò ha prodotto da una parte una grande eterogeneità applicativa delle norme sanitarie nazionali che, pur essendo decisamente inclusive, sono state declinate in modo diversificato in rapporto ai vari governi locali, e dall'altra c'è tuttora una confusione applicativa in quanto, soprattutto sul tema della protezione internazionale, si verifica una incoerenza tra interpretazioni di amministrazioni differenti. I grandi nodi per l'accessibilità ai servizi sanitari che ci trovavamo ad affrontare oltre 20 anni fa, e in parte risolti con il Testo Unico del 1998, il suo regolamento d'attuazione e una specifica circolare ministeriale (le indicazioni contenute in questi documenti sono state confermate dall'Accordo Stato Regio-



ni del 20 dicembre 2012)<sup>16</sup>, oggi assumono toni quasi drammatici in particolare per la dimensione quantitativa del fenomeno, per la complessità amministrativa e per la tensione politico-sociale: l'iscrizione al ssn di cui i richiedenti hanno diritto dal momento che esprimono richiesta di protezione è condizionata dal possesso del codice fiscale che molti uffici territoriali rilasciano solo in presenza di permesso di soggiorno (pds) o comunque è subordinato ad altri documenti (dal cedolino al C3) non sempre contestuali alla prima formulazione della domanda stessa. Ciò produ-

ce il rilascio di un tesserino STP, Straniero Temporaneamente Presente, esca-motage amministrativo per garantire le cure a coloro che sono presenti irregolarmente in Italia ma che, ad esempio, non garantisce il medico di medicina generale con la presa in carico integrale o la tessera sanitaria valida su tutto il territorio nazionale e per eventuali cure urgenti in altri paesi dell'Unione Europea. Sempre più spesso il primo rilascio del pds, e soprattutto il suo rinnovo, è condizionato dal possesso di una residenza (alcune questure nelle grandi città non accettano quelle cosiddette “vir-





14 A cura della *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*.

15 Decreto legislativo 269/98, articoli 34 e 35.

16 Dopo un lavoro durato oltre 2 anni, il tavolo tecnico "Immigrazione e servizi sanitari" della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e P.A. propone un documento dal titolo "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome". È l'"autentica interpretazione" delle normative in essere coerentemente con il mandato costituzionale. Il documento è approvato dalla Conferenza Stato Regioni e P.A. (rep. Atti n. 255/GSR/2012) e successivamente pubblicato in Gazzetta Ufficiale (S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013).

17 Ai sensi del Decreto Legislativo 251/2007 "Attuazione della Direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta", modificato dall'art. 1 del Decreto legislativo 18/2014 con particolare riferimento all'articolo 27, comma 1-bis.

tuali", cioè rilasciate d'ufficio presso indirizzi di associazioni o enti comunali): la mancanza del pds può condizionare l'iscrizione al SSN o il suo rinnovo. Infine il problema della partecipazione alla spesa (ticket) da cui è esentato il richiedente protezione internazionale per i primi sei mesi dopodiché, potendo lavorare, viene generalmente equiparato ad un inoccupato e quindi deve pagare il ticket per gran parte delle prestazioni eventualmente richieste. Stesso problema ha il rifugiato riconosciuto che non ha mai lavorato prima. Quelle appena

enunciate sono delle barriere amministrative, organizzative ed economiche che discriminano il migrante forzato all'esercizio di un suo diritto, spesso proprio nelle fasi iniziali della sua permanenza in Italia, certamente critiche anche per la salute, o nelle fasi, anch'esse particolarmente delicate, di inserimento stabile all'atto del riconoscimento dello status (con ridefinizione del proprio progetto migratorio/di vita) nel tessuto sociale italiano. Accanto a queste barriere ce ne sono altre legate alla fruibilità dei percorsi assistenziali, dei servizi e delle prestazioni e quindi alla capacità di comunicare, di relazionarsi in

ambito transculturale, di capire e decodificare percezioni di salute connotate dalla storia precedente alla migrazione, al percorso migratorio stesso, agli eventuali processi traumatici subiti prima e durante ed il rischio di eventi ri-traumatizzanti nella società di accoglienza. È anche il tema della mediazione culturale in sanità, sia in un'ottica di sistema e di singoli ambiti, che mai si è voluto affrontare compiutamente generando enormi disparità sul territorio nazionale e surrogati di risposte. In questo scenario, il Ministero della salute ha attivato un gruppo di lavoro tecnico per tracciare delle "linee di indirizzo" per la programmazione degli interventi di individuazione precoce, assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito violenze, stupri o altre forme gravi di violenza fisica, psicologica o sessuale<sup>17</sup>. Un lavoro attento e complesso che prevede l'aumento diffuso delle competenze dell'intero sistema d'accoglienza (per una precoce individuazione delle sofferenze più o meno nascoste ed evitare traumi aggiuntivi) e della capacità di presa in carico ma che può essere vanificato dal persistere delle barriere sopracitate e dalla incapacità di una efficace comunicazione. Riteniamo che una più attenta *governance istituzionale* dei percorsi di tutela sia assolutamente necessaria per costruire una società che sappia coniugare accoglienza e sicurezza, solidarietà e giustizia, equità e salute.

#### Bibliografia

- Affronti M., Geraci S., Marceca M., Russo M.L. (a cura di): *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM, Lombar Key, Bologna, 2011.
- Carletti P., Geraci S.: *Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati*. In Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni, Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM, Pendargon, Bologna, 2012; 142:146.
- Geraci S.: *La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni?* In Atti dell'XIII Congresso Nazionale SIMM: "Migrazioni, salute e crisi. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere", Agrigento, 14/17 maggio 2014, Pendargon, Bologna, 2014; 95:109.
- Geraci S., El Hamad I.: *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*. In Italian Journal of Public Health. Year 9, Volume 8, Number 3, Fall 2011, Suppl.3; S14:S20.
- Marceca M., Geraci S.: *Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute*. In Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni, Edizioni ETS, Pisa, 2008; 286:294.