

2.3 La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti

di *Maurizio Marceca*

L'area della salute ha registrato, nell'ultimo anno, diversi e significativi cambiamenti: *in primis* per l'ingresso di Romania e Bulgaria nell'Unione europea, con effetti paradossali, che saranno qui discussi, sul fronte dei diritti assistenziali in ambito sanitario. Diverse sono state anche le attività di carattere istituzionale e non istituzionale degne di attenzione, tra lavori di Commissioni tecniche, iniziative scientifiche, ricerche clinico-epidemiologiche e decisioni tecnico-politiche, queste ultime non sempre condivisibili. Il nostro paese continua a presentare, accanto a esperienze avanzate, situazioni di degrado socio-sanitario, come quelle recentemente lamentate da Medici Senza Frontiere (Msf), in una lettera alla prestigiosa rivista Lancet, relativamente agli effetti della mancata applicazione della normativa sanitaria vigente nelle regioni del Sud d'Italia (Virgilio *et al.*, 2007). Si attende nel frattempo l'evoluzione del percorso normativo avviato con l'approvazione del disegno di legge delega al Governo per la modifica della disciplina dell'immigrazione e delle norme sulla condizione dello straniero, di cui analizzeremo gli aspetti di interesse nel campo della salute.

2.3.1 Aggiornamenti di natura clinico-epidemiologica

Non sono molte, a partire da quanto riferito nel nostro ultimo Rapporto, le nuove ricerche e gli approfondimenti di cui poter rendere conto sul tema della salute straniera.

Alcune di queste rivestono un carattere nazionale, altre un carattere locale, ma crediamo non siano per questo meno interessanti, visto che il fenomeno migratorio in Italia presenta frequentemente una specificità territoriale in termini di comunità straniere presenti.

Sul fronte nazionale occorre segnalare la pubblicazione, da parte di un gruppo di ricercatori afferenti all'Istituto Superiore di Sanità (Iss) e

all'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (Asp), del rapporto dal titolo: "L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia" (Spinelli *et al.*, 2006).

La ricerca, dopo un'introduzione di natura demografica ed epidemiologica generale sulla donna immigrata in Italia, affronta l'epidemiologia dell'interruzione volontaria della gravidanza (Ivg) nel nostro paese, accompagnandola con una indagine multicentrica tra le donne straniere, che abbina la metodologia quantitativa a quella qualitativa. Il ricorso, in ambito di sanità pubblica, a quest'ultima tipologia di ricerca già recentemente adottata da istituzioni quali l'Organizzazione mondiale della sanità, offre una preziosa integrazione al quadro di riferimento attraverso storie di donne immigrate, consentendo di mettere in luce alcuni aspetti critici da considerare, in particolare nella prevenzione dell'Ivg. Completano il rapporto un capitolo sull'organizzazione dei centri sanitari deputati alla gestione della problematica nelle città di Milano, Torino, Roma e Reggio Emilia e un breve profilo per alcuni paesi di provenienza.

I principali obiettivi dichiarati dell'indagine sono stati quelli di: "approfondire le conoscenze sulle scelte riproduttive nella popolazione immigrata; individuare eventuali fattori di rischio e le motivazioni del ricorso all'Ivg; evidenziare le differenze tra i gruppi etnici; valutare l'accesso ai servizi e le difficoltà più frequentemente incontrate dalle donne immigrate; fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi e per la prevenzione dell'Ivg" (Spinelli *et al.*, 2006: 26).

Il rapporto – frutto del "sistema di sorveglianza epidemiologica dell'Ivg" istituito e gestito dall'Iss in collaborazione con il Ministero della Salute, le regioni e l'Istat – travalica la valenza di mero aggiornamento statistico, per offrire una valutazione più ampia e più complessa dell'andamento dell'abortività in Italia, con specifico riferimento alle donne straniere.

In estrema sintesi, la sempre crescente presenza di donne immigrate ha esercitato, negli ultimi dieci, quindici anni, un effetto di rallentamento nel trend di diminuzione dell'abortività legale.

Le Ivg effettuate da donne con cittadinanza straniera sono infatti passate dalle circa 9.000 del 1995 (pari al 6% del totale di Ivg registrate in quell'anno), a quasi 32mila nel 2003¹ (pari al 26% del totale annuale).

Le caratteristiche socio-demografiche raccolte in occasione della Ivg – pur evidenziandosi delle differenze di integrazione tra i paesi di provenienza indagati nello studio – sottolineano che si tratta di donne generalmente giovani

¹ Si ricorda che, come per altri dati sanitari raccolti da sistemi informativi correnti – quale è quello del sistema di sorveglianza citato – ciò che tecnicamente viene definito il "consolidamento" dei dati (e che in parole semplici attesta la necessità di adottare una serie di verifiche che ne massimizzano la validità scientifica), produce un certo ritardo temporale nella loro disponibilità effettiva.

(età media di circa 28 anni), prevalentemente coniugate o conviventi con partner in Italia, con figli², con un livello di istruzione generalmente buono e che lavorano come colf o assistenti familiari.

Lo studio, come accennato, è stato condotto abbinando l'intervista tradizionale tramite questionario, effettuata su 605 donne straniere che, per abortire, si sono rivolte ai servizi in quattro città italiane, con 43 interviste semi-strutturate della durata di circa un'ora, condotte a donne provenienti dagli stessi paesi (Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria e Cina).

Sebbene il campione esaminato, per stessa ammissione dei ricercatori, non possa essere considerato rappresentativo di tutte le donne straniere presenti in Italia, i dati emersi evidenziano che, accanto a determinanti di natura sociale che accomunano queste donne per la loro storia di immigrazione, esistono spiccate differenze per aree di provenienza riconducibili alla cultura di origine che influenzano le loro scelte sul piano procreativo.

Ad esempio, emerge come le donne rumene, provenienti da un paese in cui il ricorso all'Ivg è elevato e il tasso di abortività è circa 50 Ivg l'anno ogni 1.000 (cioè 5 donne ogni 100), difficilmente cambiano le loro abitudini nel giro di pochi anni. Accanto al permanere di concezioni e attitudini acquisite nel paese d'origine, si conferma, come già evidenziato ripetutamente in altre ricerche analoghe, il ruolo giocato dalle condizioni di precarietà sociale, a partire da quella giuridica e, legata a questa, di quella lavorativa cui queste donne sono costrette, insieme alla solitudine, in particolare per la mancanza di una famiglia cui appoggiarsi. Per le donne in condizioni di maggiore deprivazione sociale è emersa una più lenta riduzione del ricorso all'interruzione di gravidanza.

Insieme alla necessità di adeguate politiche di protezione sociale, si evidenzia quella di promuovere l'utilizzo della contraccezione tra le donne immigrate e di attuare specifici interventi di sanità pubblica. In particolare si fa riferimento ai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili, a quelli di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e negli "spazi giovani" presso le sedi consultoriali, all'attività di *counseling* per chi si rivolge spontaneamente al consultorio – anche in vista di far emergere bisogni inespressi – a una gestione in équipe interdisciplinare dei colloqui da attivarsi in caso di richiesta della certificazione, agli interventi volti alla riduzione del rischio di aborto ripetuto.

Ciò comporta il dover migliorare la capacità di offerta attiva della promozione della salute, cui è legata la necessità di potenziare le risorse dei consultori, che – in modo paradossale rispetto a quanto delineato dal Progetto Obiet-

² Tra le motivazioni per l'Ivg maggiormente riportate vi è, oltre alla presenza di problemi economici, quella di aver già raggiunto il numero di figli desiderato.

tivo materno-infantile emanato nel giugno 2000 (poi ripreso nei livelli essenziali di assistenza varati a gennaio 2002) e tuttora in vigore – sono giudicati sempre più carenti (sia in termini di numero di servizi che di operatori impegnati).

Gli autori della ricerca, in particolare, sulla scorta di quanto si è verificato in questi ultimi venticinque anni nella popolazione italiana, ritengono essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne. Le strategie per riuscirci passano per la messa in rete dei servizi pubblici con le strutture del volontariato e del privato sociale, sulla loro effettiva accessibilità, sulla formazione degli operatori sotto il profilo giuridico e antropologico, nonché sull'utilizzo effettivo delle figure specializzate nella mediazione culturale. L'offerta attiva prevede la capacità di aprirsi a un nuovo modo di lavorare, fondato sull'ascolto, che utilizzi tutte le opportunità di contatto con le immigrate, compreso il recarsi nei luoghi dove queste si riuniscono. Viene anche auspicato lo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione che consentano la partecipazione attiva delle comunità di donne straniere e l'educazione tra pari.

Nel dicembre 2006 sono stati pubblicati, da parte dell'Iss, del Ministero della Salute – Direzione Generale della prevenzione sanitaria e del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), gli Atti del Seminario su "Tubercolosi e immigrazione: strategie di controllo". Il senso dell'iniziativa è stato quello di mettere a confronto esperienze significative di controllo della malattia nella popolazione immigrata da paesi ad alta endemia tubercolare, condotte da Aziende sanitarie locali (Asl) oppure da singoli servizi e strutture. Il confronto con le istituzioni regionali, con le associazioni scientifiche di settore e con singoli esperti ha consentito di identificare le esperienze più rilevanti. L'obiettivo tecnico-scientifico sottostante è stato quello di "individuare i principali problemi di traduzione nel contesto operativo italiano degli interventi raccomandati come efficaci in ambito internazionale e identificare le possibili soluzioni agli aspetti percepiti come più critici"(Iss *et al.*, 2006: 5).

Dopo una sezione introduttiva sulle caratteristiche del fenomeno immigratorio nel nostro paese e sulle politiche sanitarie sin qui adottate, sono state presentate le esperienze di controllo della Tbc della International Organization for Migration (Iom)³. È stato poi presentato il quadro epidemiologico internazionale e italiano.

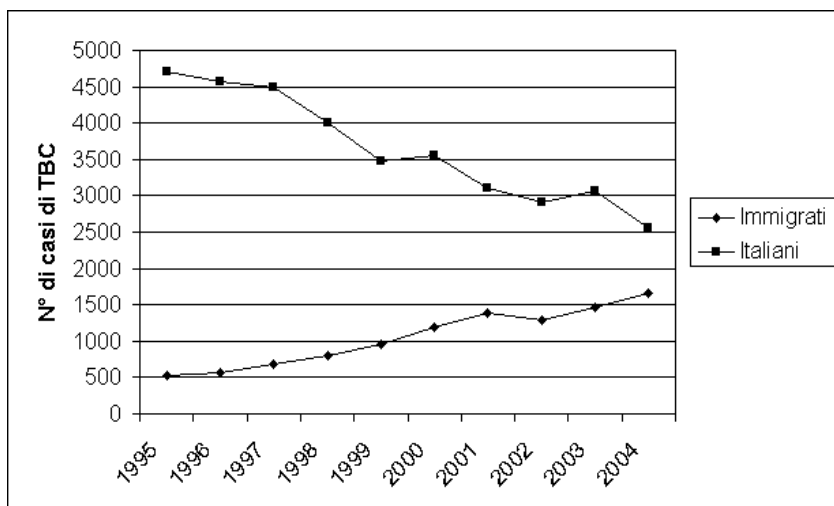
Nel nostro paese si è assistito, negli ultimi dieci anni, a un significativo aumento del numero dei casi di Tbc registrati in persone immigrate, parallelo all'aumento degli immigrati stessi.

³ Si tratta di una importante organizzazione internazionale costituitasi nel 1951, che conta oggi 118 paesi membri e ha in corso 290 missioni sul campo e 1.400 progetti.

Come schematizzato nella figura 1, si è passati dai 525 casi notificati in soggetti immigrati nel 1995 (il 10% del totale delle notifiche) ai 1.664 casi notificati nel 2004 (il 39,4% del totale); nello stesso periodo, i casi in persone con cittadinanza italiana sono passati da 4.700 a 2.556, con una riduzione del 45,6%.

L'incidenza della malattia nel 2004 è stata pari a 7 casi per 100mila abitanti negli italiani e a 69 casi per 100mila tra gli immigrati. È parere condiviso tra gli esperti che l'incidenza⁴ della Tbc negli immigrati sia verosimilmente sovrastimata, poiché l'indeterminatezza della componente immigrata clandestina fa sì che al denominatore compaiano solo gli stranieri che le fonti ufficiali (Istat) riportano come regolarmente residenti nel nostro paese.

Fig. 1 - Numero di nuovi casi di Tbc dal 1995 al 2004: popolazione italiana e immigrata a confronto



Fonte: Dati Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute – Ccm, 2006.

Il continente maggiormente rappresentato tra gli stranieri presenti in Italia cui è stata diagnosticata la Tbc è quello africano, seguito, nel 2004, da quello europeo, quello asiatico e quello americano; i casi registrati tra i soggetti prove-

⁴ Questa preziosa misura epidemiologica si calcola rapportando il numero di nuovi casi di malattia registrati nel periodo di tempo considerato (convenzionalmente un anno) – riportati al numeratore – al totale dei soggetti che, all’inizio dello stesso periodo, erano a rischio, in quanto non già affetti da Tbc, di contrarre la malattia stessa – riportati al denominatore. Il risultato viene convenzionalmente moltiplicato per una costante che ne renda maggiormente intelligibile il significato – in questo caso la costante è pari a 100mila [I (annuale) = N° nuovi casi / N° soggetti a rischio x 100mila].

nienti da queste aree continentali hanno complessivamente registrato un trend in diminuzione, con l'eccezione del continente europeo.

Nel 2004, più del 70% dei casi di Tbc registrati tra i 15 e i 34 anni sono stati a carico di persone immigrate, che viceversa sono risultati pressoché assenti tra i casi registrati in soggetti ultrasessantacinquenni.

Dalla lettura dei dati epidemiologici disponibili, è emerso come il rischio maggiore di sviluppare la malattia si verifica durante i primi due anni dalla migrazione. In effetti, tra cittadini non italiani, l'insorgenza della malattia è in media più frequente tra il primo e il secondo anno dall'arrivo in Italia.

Un altro parametro da tenere in considerazione è, ovviamente, il grado di endemia della Tbc nel paese di origine dell'immigrato. Agiscono infine, come noto, i determinanti di natura sociale che configurano le condizioni di vita e di lavoro.

La difficoltà di pervenire a una diagnosi tempestiva, oltre che per l'efficacia clinica individuale anche per controllare la diffusione della malattia, è emersa come una criticità che interroga il Servizio sanitario pubblico. Un recente studio condotto in Emilia Romagna ha evidenziato come, su tutti i pazienti con Tbc polmonare notificati in un anno, l'intervallo tra l'inizio dei sintomi e l'accesso a un servizio o a una struttura sanitaria sia significativamente più lungo nelle persone immigrate rispetto ai pazienti nati in Italia. La letteratura scientifica disponibile non ha invece dimostrato differenze tra immigrati e italiani nel rischio di presentare una tubercolosi farmacoresistente.

Le esperienze di controllo della Tbc tra immigrati presentate al seminario, poco più di una decina e di ambito cittadino, differiscono molto tra loro, sia per la natura del servizio (prevalentemente servizi territoriali di natura pubblica, ma anche ambulatori gestiti dal privato sociale e servizi ospedalieri, universitari e non), sia per il numero di immigrati annualmente assistiti, che per la tipologia di personale presente (solo in quattro casi disponibilità di mediatori culturali), nonché per la natura "attiva" o "passiva" dei programmi di ricerca (sulla base della capacità o meno di ricercare casi di infezione o malattia in gruppi a rischio che non si sono spontaneamente presentati al centro). Pur nella varietà dei contesti e delle esperienze, sono state enucleate in modo condiviso alcune criticità, a partire dall'insufficiente promozione dell'accesso ai servizi (collegata anche alla scarsa conoscenza delle norme vigenti), passando per la eccessiva rigidità e burocratizzazione degli stessi e per le difficoltà comunicative linguistico-culturali. Sulla base di questo confronto di esperienze, gli studiosi e i professionisti che hanno animato questa iniziativa si sono trovati d'accordo nell'affermare che, "per promuovere un migliore controllo della Tbc negli immigrati a livello nazionale è essenziale:

- promuovere politiche efficaci a facilitare l'accesso ai servizi;
- rivalutare e aggiornare le linee guida nazionali per il controllo della Tbc nella popolazione immigrata;

- rilevare dati di sorveglianza utili a monitorare i programmi di controllo della Tbc negli immigrati;
 - individuare le risorse necessarie per promuovere l'attuazione di programmi efficaci di controllo della Tbc negli immigrati" (Iss *et al.*, 2006: 7).
- Si ritiene inoltre utile, dopo queste informazioni di ambito nazionale, illustrare una ricerca di livello locale, il Rapporto "La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia", poiché iniziative di questo tipo sono estremamente importanti per la messa a punto di efficaci politiche di tutela delle comunità straniere.

L'obiettivo esplicito di questa ricerca è stato quello di tentare di leggere i bisogni e la domanda di salute della popolazione straniera che vive a Reggio Emilia, una delle province italiane a più forte immigrazione, attraverso l'utilizzo delle fonti informative correnti.

Tenteremo qui di illustrare schematicamente le principali evidenze di questo lavoro, sia in termini di contenuto che di metodo.

Le aree problematiche emerse si allineano con quelle delle altre ricerche già condotte nel nostro paese; in particolare, per quanto riguarda il ricorso alle strutture sanitarie: l'uso improprio del Pronto soccorso e l'insufficiente adesione agli screening oncologici.

Su quest'ultimo aspetto vale la pena soffermarsi, anche in considerazione della grossa spinta che il Ministero della Salute, e in particolare il Ccm, sta cercando di imprimere a tutte le regioni italiane – attraverso il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 – per un effettivo rilancio della prevenzione.

Tab. 1 - Popolazione interessata dai principali screening oncologici sulla base dell'Anagrafe assistiti a Reggio Emilia. Anni 2005-2006, valori assoluti e percentuali

<i>Tipologia di screening</i>	<i>Screening mammella</i>	<i>Screening collo utero</i>	<i>Screening colon retto</i>
Caratteristiche demografiche degli eleggibili	Donne 50-69 anni (agosto 2005)	Donne 25-64 anni (agosto 2005)	Donne e uomini 50-69 anni (maggio 2006)
Popolazione residente	57.087	135.286	114.720
Italiani	55.659	124.498	111.263
Stranieri	1.428	10.788	3.457
% Stranieri	2,5%	8,0%	3,0%

Fonte: Centro Screening Azienda Usl di Reggio Emilia (Paterlini, 2006: 46) - modificato

La tabella 1 ben rappresenta il diverso interessamento della popolazione straniera, in termini assoluti e percentuali, agli screening oncologici di massa attualmente offerti alla popolazione sulla base delle fasce di rischio (popolazione *target*).

Occorre anche considerare che la possibile mobilità territoriale della popolazione straniera, e la sua più difficile reperibilità rappresentano dei potenziali ostacoli alla realizzazione di programmi di sanità pubblica che abbiano le caratteristiche dell' "offerta attiva", cioè in cui i servizi non aspettano i cittadini sulla base di un problema di salute già emerso, ma cercano di "intercettarli" in fase asintomatica per massimizzare la possibilità di diagnosticare precocemente le patologie interessate.

In sintesi, premettendo che lo screening per il tumore del colon-retto è iniziato da poco tempo e richiede quindi ulteriori elementi di valutazione, l'adesione della popolazione straniera agli screening dei tumori femminili varia, a Reggio Emilia, secondo il tipo di tumore indagato e la nazionalità della donna.

In generale, si può considerare "buona" la partecipazione allo screening del tumore del collo dell'utero, mentre è minore la partecipazione a quello della mammella. Più in dettaglio, si è evidenziata una maggiore partecipazione delle donne dell'America latina e dell'Europa dell'Est, nettamente minore (cioè bassa) per le donne cinesi; per le altre nazionalità emerge una partecipazione differenziata.

I ricercatori ricordano giustamente che il cancro del collo dell'utero, la cui frequenza è bassa nel nostro paese, è particolarmente frequente in America latina, Africa centro-meridionale, India, Filippine; quello della mammella ha la frequenza massima nei paesi a sviluppo avanzato come l'Italia, ma anche quei paesi che per stile di vita e ricchezza si avvicinano a noi, o da noi sono meno dissimili, come l'Europa dell'Est, presentano frequenze elevate. Per il tumore del collo dell'utero la popolazione straniera – particolarmente quella proveniente dall'America latina, dall'Asia e dall'Africa – dovrebbe dunque rappresentare un target privilegiato dello screening, mentre per il tumore della mammella l'incremento dell'adesione delle donne dell'Est Europa rappresenta un importante obiettivo di salute.

Per quanto attiene le condizioni di salute che presentano maggiori elementi di criticità, il rapporto conferma le aree relative alla maternità e ai nuovi nati, agli infortuni sul lavoro, agli incidenti stradali, alle malattie infettive, tentando di individuare le nazionalità maggiormente esposte ai problemi segnalati, al fine di destinargli opportuni interventi.

È altresì emersa l'attuale assenza, o inadeguatezza, delle informazioni relative alle modalità di ricorso degli stranieri ai medici di medicina generale (Mmg) e agli specialisti ambulatoriali; al consumo di farmaci; all'utilizzo dei consultori materno-infantili; alla salute degli immigrati irregolari; al disagio psichico; alle tossicodipendenze, agli stili di vita. Parte di queste lacune pos-

sono essere colmate con un migliore utilizzo dei flussi informativi correnti, parte richiederebbero invece indagini ad hoc⁵.

Il lavoro ha anche evidenziato alcune difficoltà metodologiche di non facile soluzione, relative a: gli indicatori (di domanda e di salute), che essendo “mutuati” dalla popolazione italiana non appaiono sempre adeguati a descrivere altre realtà; l’affidabilità ed estrapolabilità dei risultati: il tentativo di fornire indicazioni operative (le nazionalità o le classi di età più problematiche) confligge infatti con l’elevato livello di incertezza delle stime calcolate, basate spesso su piccoli numeri, e con il significato locale e temporalmente definito della popolazione analizzata.

Malgrado tali limiti, riteniamo di poter auspicare un’ampia diffusione di iniziative di ricerca analoghe, in cui, oltre alla possibilità di indirizzare le politiche locali, non va trascurato il valore della sensibilizzazione e del coinvolgimento del mondo della salute e dei servizi sul tema della popolazione straniera immigrata (solo alla ricerca suesposta hanno collaborato, oltre ai curatori, una trentina di professionisti impegnati nell’assistenza).

2.3.2 Altre iniziative di interesse

Tra le iniziative istituzionali, merita di essere citata la giornata seminariale dal titolo “Immigrazione e Servizio sanitario nazionale – le sfide, le risposte, le risorse”, organizzata dal Ministero della Salute e dal Ccm il 20 aprile 2007, durante la quarta edizione del tradizionale appuntamento del Sanit.

Nella sessione “Sfide” vi hanno trovato spazio tematiche rilevanti quali: la salute delle seconde generazioni; l’etnicizzazione degli infortuni sul lavoro e la precarietà della salute dei lavoratori stagionali; la salute riproduttiva delle donne immigrate; quella delle popolazioni Rom e Sinti; le problematiche igienico-sanitarie poste, nel campo dell’alimentazione, dalla società multietnica. Nella sessione “Le risposte del sistema” è stato presentato l’“Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà”⁶ e sono stati approfonditi il sistema della regione Piemonte, il tema delle reti pubblico-privato, quello dei consultori familiari e un’esperienza napoletana di mediazione culturale. Nella sessione “risorse” è stato dato spazio alla tematica del personale infermieristico nel settore ospedaliero, alla presentazione dell’accordo italo-tunisino sul reclutamento del per-

⁵ Si veda a questo proposito, in particolare per gli aspetti tecnico-epidemiologici, il capitolo sulla salute curato nel Rapporto Ismu 2005, in cui viene anche illustrata la prima esperienza italiana relativa all’utilizzo del flusso informativo dell’assistenza specialistica ambulatoriale per ricavare informazioni sugli stranieri immigrati.

⁶ Si rimanda, a questo proposito, al commento tecnico riportato nel paragrafo 2.3.3.

sonale sanitario e, in modo più generale, al tema della mediazione culturale nell'assistenza sanitaria.

La varietà e l'importanza dei temi trattati – di cui non è evidentemente possibile qui rendere conto in dettaglio – dimostrano come sia ininterrotto, nel mondo della salute, il dibattito sulle priorità da affrontare e sulle strategie più adeguate⁷.

Il giorno stesso del Seminario e nello stesso contesto del Sanit è stato anche presentato lo studio curato da Federanziani “Sic – Sanità In Cifre – 2007”. È particolarmente preoccupante registrare il fatto che agenzie di stampa abbiano lanciato questa notizia titolandola “Generosi con gli immigrati, trascuriamo i nostri anziani”; l'articolo dell'agenzia sintetizzava i risultati del rapporto di Federanziani, fotografando “un'Italia a due velocità, splendida con gli immigrati e tirchia con i suoi anziani”. Si ritiene necessario non sottovalutare il taglio di questo articolo (ed evidentemente del rapporto che lo ha ispirato) perché la polemica che intende innescare, e la conflittualità che se ne può originare, potrebbe essere particolarmente pericolosa. La “logica” sottesa è quella di presentare gli interventi volti alla salute degli immigrati come alternativi a quelli atti a tutelare la salute degli anziani; in termini di potenziali beneficiari del sistema sanitario a finanziamento pubblico, gli immigrati assurgono quindi, in questa visione distorta, ad “antagonisti” degli anziani. Se questa percezione fosse ulteriormente indotta e incoraggiata e prendesse progressivamente piede, cosa potrebbe accadere un domani, quando una quota non trascurabile della popolazione immigrata stabilmente in Italia diventerà anch'essa anziana, con tutti i bisogni assistenziali collegati?

Iniziano infatti a essere pubblicati studi in cui le proiezioni effettuate sull'attuale struttura per età della popolazione immigrata in Europa annunciano un notevole incremento (per quanto differenziato per gruppi di stranieri) della popolazione immigrata anziana, interrogandosi sull'impatto che tale evoluzione potrà avere sui sistemi di welfare. Attualmente, gli stranieri anziani (cioè sessantacinquenni e ultrasessantacinquenni) rappresentano in Italia circa il 3% di tutta la popolazione straniera, con una presenza, in termini assoluti, pari a circa 70mila persone⁸; tra quindici, venti anni però, se le dinamiche migratorie dovessero rimanere sostanzialmente stabili, la quota di anziani immigrati potrebbe risultare molto più consistente, oscillando tra le 500mila e il milione di persone, con evidenti e importanti ripercussioni sul nostro sistema sanitario.

⁷ Basti pensare al tema della mobilità internazionale nel settore sanitario, e in particolare all'importazione di manodopera straniera meno qualificata nel settore della cura – specialmente di tipo domiciliare – in cui alcune ricerche stimano la presenza di 500mila lavoratori.

⁸ Fonte: Elaborazioni Caritas/Migrantes su dati del Ministero dell'Interno, per gentile concessione (dati non pubblicati).

Un'altra iniziativa promossa dal Ministero della Salute ha riguardato la predisposizione – da parte della “Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” istituita con D.M. 6 settembre 2006 – del Rapporto al Ministro della Salute, che contiene, in particolare, le linee guida destinate agli operatori (figure professionali sanitarie e altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da aree a rischio). Tale iniziativa segue quanto previsto dall'art. 4 della Legge n. 7/2006 dal titolo “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”. Per quanto riguarda la presenza e rilevanza del problema nel nostro paese, la Commissione si è espressa in questi termini: “il problema c'è e riguarda un numero limitato e ben individuabile di persone. Questo non ne riduce la gravità, che è data dalle violazioni dell'integrità della persona che le mutilazioni producono, e rimane elevata anche se riguarda una sola persona a rischio. Il Servizio sanitario nazionale e gli operatori del settore hanno intercettato questo problema su tutto il territorio nazionale nel corso dello svolgimento delle loro funzioni e le loro testimonianze ne confermano le ridotte dimensioni” (Ministero della Salute, 2007: 12). Nel condividere questa impostazione non allarmistica ma “prudenziale” e nell'auspicare una capillare diffusione delle linee guida⁹, ricordiamo che anche la nostra Fondazione ha dedicato al tema specifico un articolato Rapporto pubblicato nel marzo 2007.

L'ultima segnalazione, ma non certo per importanza scientifica, riguarda il III Convegno organizzato a Milano il 17 e 18 maggio 2007 dalla Fondazione Ismu, congiuntamente con la Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm) e il Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato (Gnlbi) della Società italiana di Pediatria, dal titolo “Un patto per la salute degli immigrati: diritti, famiglia, tutela del lavoro, reti”.

Tale iniziativa, che consolida e conferma per il terzo anno consecutivo significative “alleanze” culturali e scientifiche per il tema di interesse, ha rappresentato un'occasione importante di approfondimento e di scambio di esperienze. Il valore aggiunto di questo Convegno è rappresentato dalle Raccomandazioni finali che organizzatori e partecipanti hanno predisposto in modo condiviso e quindi inviato alle autorità e istituzioni competenti, raccomandazioni con le quali chi scrive concorda pienamente, ritenendole particolarmente coerenti alle attuali esigenze di tutela della salute della popolazione straniera. Non casualmente tali raccomandazioni, riportate integralmente alla fine del presente capitolo, mostrano uno spiccato profilo sociale, in quanto individuano e sollecitano una serie di interventi volti alla maggiore tutela e integrazione sociale di individui, famiglie (è stata questa una delle principali focalizzazioni

⁹ Disponibili all'indirizzo:
www.ministerosalute.it/imgs/C_17_minpag_446_documenti_documento_0_fileAllegatoDoc.pdf

dell'incontro) e comunità immigrate. Tra i concetti chiave espressi dalle raccomandazioni possono essere citati in particolare quelli di: "sostegno alla progettualità familiare" (attraverso iniziative volte a rendere meno precario il percorso lavorativo, ad agevolare i ricongiungimenti familiari, a prolungare la validità temporale dei permessi di soggiorno, a tutelare e assistere le donne); "diminuzione della fragilità sociale dei figli di immigrati" (garantendo l'accesso all'istruzione per i figli di immigrati privi di permesso di soggiorno; concedendo permessi di soggiorno per motivi umanitari che prevedano l'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale); "attuazione di politiche di prevenzione per la salute" (sostegno all'*empowerment* individuale e collettivo per la prevenzione degli incidenti sul lavoro¹⁰; coinvolgimento effettivo delle comunità straniere, sia in condizione di regolarità che di irregolarità giuridica, nei "Piani di prevenzione" attivi a livello nazionale e regionale).

2.3.3 Le politiche sanitarie nazionali

Come già illustrato in altre parti di questo Rapporto (cfr. cap. 1.3), il 24 aprile 2007 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il disegno di legge conosciuto come "Amato-Ferrero", che delega al Governo il riesame della disciplina dell'immigrazione e delle norme sulla condizione dello straniero.

Esso – pur delineando una serie di principi e di interventi che, essendo volti a favorire i percorsi di inserimento professionale e sociale di individui e famiglie, non possono che avere, laddove effettivamente messi in atto, positive ripercussioni sulla salute delle persone straniere – presenta in realtà pochi accenni all'ambito sanitario.

Tra le azioni previste per dare seguito al principio e criterio direttivo di "favorire il pieno inserimento dei cittadini stranieri legalmente soggiornanti", troviamo però "l'aggiornamento delle disposizioni relative al diritto-dovere di iscrizione al Servizio sanitario nazionale in relazione alle nuove tipologie di permesso di soggiorno e la razionalizzazione delle competenze in materia di assistenza sanitaria dei cittadini stranieri, in un'ottica di piena inclusione nel Sistema sanitario nazionale", che ben sintetizza molte delle esigenze assistenziali che ci siamo sforzati di porre in risalto in questi anni.

Inoltre, nella direzione di "superare l'attuale sistema dei centri di permanenza temporanea e assistenza, promuovendone e valorizzandone la funzione di accoglienza, di soccorso e di tutela dell'unità familiare, e modificando la disciplina relativa alle strutture di accoglienza e di trattenimento degli stranieri irregolari (...)" è prevista "la revisione delle caratteristiche strutturali e ge-

¹⁰ È questo, oltre alla famiglia, il secondo paradigma su cui è stato costruito il Convegno, che ha quindi riservato una sessione specifica al binomio "salute" e "lavoro".

stionali delle strutture finalizzate all'accoglienza, al soccorso (omissis) con l'individuazione di forme di gestione in collaborazione con gli enti locali, le Aziende sanitarie locali (...)" . Tale previsione riconosce finalmente alle Asl quella competenza territoriale nella tutela della salute che, permettendo l'ingresso nei centri di permanenza temporanea e accoglienza, non può che favorirne una gestione rispettosa della dignità di ogni individuo, compresa la denuncia di eventuali abusi psico-fisici.

Si è accennato, precedentemente, alla recente istituzione, con Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2007, dell'"Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà". La legge finanziaria del 2007 (L. 296/06), all'articolo 1, comma 827, ha previsto, per la sua realizzazione, il finanziamento di 25 milioni di euro in tre anni.

Vista la rilevanza di tali decisioni, sembra necessario commentarle da un punto di vista tecnico-scientifico, in particolare con una prospettiva di sanità pubblica, anche se dispiace, sotto questo specifico aspetto, muovere rilievi critici ad un Ministero che ha peraltro dimostrato una sensibilità e un impegno rilevanti sul tema della salute straniera¹¹.

Si tratta di un Istituto, identificato in una rinomata struttura scientifica pubblica di vocazione dermatologica e venereologica e con una notevole casistica di stranieri assistiti, cui sono affidati i seguenti compiti:

- svolgere, in conformità alle programmazioni nazionale e regionali, attività di ricerca per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà;
- elaborare e attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale, di educazione e comunicazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività;
- supportare, in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità e con altre istituzioni internazionali, l'organizzazione del trattamento delle malattie della povertà nei paesi in via di sviluppo attraverso la ricerca clinica e altri strumenti;
- elaborare piani di ricerca clinica e modelli, anche sperimentali, di gestione dei servizi sanitari specificamente orientati alle problematiche assistenziali emergenti nell'ambito delle malattie della povertà, anche in collaborazione con l'Unione europea e organismi dedicati dell'Organizzazione mondiale della sanità;
- istituire una rete delle organizzazioni italiane, europee e internazionali, pubbliche, del privato sociale e del volontariato che si occupano della promozione della salute delle popolazioni migranti e del contrasto delle malattie della povertà;

¹¹ Vedi Rapporto 2006 della Fondazione Ismu (2007), p. 163.

- assicurare le attività assistenziali tramite le strutture di cui all'art. (omissis).

In effetti, non si riescono a comprendere le premesse (a partire da quelle culturali che ne hanno giustificato la denominazione), né gli obiettivi concreti e la strategia di questa istituzione, che mette insieme, in termini di competenze, tipologie sociologiche e categorie epidemiologiche (immigrati e poveri) solo minimamente sovrapponibili, nonché piuttosto confusive aree di intervento (sia nazionale che internazionale, inclusa la cooperazione nei paesi in via di sviluppo), senza considerare che il miglior modo di contrastare le malattie della povertà è quello di contrastare la povertà stessa, e questo, a nostro giudizio, non può e non deve essere fatto da una istituzione scientifica ma da istituzioni politiche.

Occorre inoltre constatare come l'esigenza di questo organismo non sia maturata dal basso, tra gli operatori e le strutture che si occupano quotidianamente della salute degli stranieri, né questi sono stati di fatto coinvolti, ancorché con valenza consultiva, nel processo decisionale.

Sembra infine anacronistica e potenzialmente inefficace la caratterizzazione ospedaliera che si sta dando ai centri coinvolti, attualmente in forma sperimentale, nel "progetto di sperimentazione gestionale" previsto dal comma 827 dell'art. 1 della Finanziaria, mediante le strutture sanitarie di cui al successivo art. 3 (collocate a Cerignola, nella provincia di Foggia, e ad Agrigento¹²), che l'Istituto ha il mandato di promuovere, coordinare e realizzare.

Un'altra criticità da segnalare riguarda gli effetti, in ambito sanitario, dell'ingresso di Romania e Bulgaria nell'Unione europea, a partire dal 1° gennaio 2007, data alla quale la presenza complessiva di queste due comunità superava le 360mila unità (di cui circa il 95% di nazionalità rumena). Prima di tale data un rilevante numero di immigrati di queste nazionalità, se in condizione di irregolarità giuridica, poteva usufruire dell'assistenza attraverso il riconoscimento della tessera Stp (Straniero Temporaneamente Presente)¹³. L'ingresso nell'Unione europea, che pure rappresentava l'evento finale di un lungo periodo di preparazione politico-diplomatica, cui si sarebbero dovute accompagnare azioni concertate di protezione sociale, ha avuto l'effetto paradossale di rendere maggiormente precarie sia la tutela della salute complessivamente intesa di questi neocomunitari sia, per quelli già bisognosi di cure, le loro possibilità di assistenza con i relativi rischi di aggravamento. Il paradosso sta nel fatto che la normativa europea sancisce, come principio generale, che i

¹² Questa provincia è tra l'altro (dati Caritas, 2006) solo la settima sulle nove presenti in Sicilia in termini di presenza straniera, con 4.648 presenze stimate al 31.12.2005.

¹³ Come già riferito in precedenti Rapporti della Fondazione Ismu, in Italia tale codice identifica e tutela da un punto di vista assistenziale gli immigrati privi di regolare permesso di soggiorno.

cittadini dell'Unione non possono avere comunque meno diritti di quelli riconosciuti ai cittadini "stranieri".

Nel caso di soggiorno di breve durata, l'accesso alle prestazioni mediche che si rendessero necessarie per i cittadini comunitari¹⁴ è subordinato alla possibilità di esibire la Tessera europea di Assicurazione Malattia (Team); purtroppo si dà il caso che molti cittadini provenienti da Romania e Bulgaria, soprattutto se in condizioni di fragilità sociale, non siano in possesso di tale documento e, spesso, non risultino iscritti al Servizio sanitario nazionale del loro paese di provenienza. Inoltre, poiché a causa dell'assenza di accordi bilaterali specifici risulta difficile, ad oggi, ottenere da questi paesi il rimborso delle prestazioni sanitarie eventualmente fornite ai loro cittadini dai nostri servizi sanitari pubblici, sono state ripetutamente denunciate, da associazioni attive in questo campo come Medici Senza Frontiere, diverse e gravi situazioni in cui rumeni e bulgari si sono trovati nelle condizioni di non poter proseguire trattamenti terapeutici in corso o si sono visti negare l'assistenza sanitaria anche in situazioni delicate come la gravidanza. Ciò ha comportato la necessità, da parte loro, di dover continuare a far riferimento per l'assistenza alla rete degli ambulatori di primo livello per immigrati irregolari gestiti sul territorio nazionale dal terzo settore.

È però importante rimarcare come la maggior parte di queste persone non si trovi in Italia per soggiorni di breve durata e non possa quindi accedere alle prestazioni sanitarie con la Team. Inoltre, chi lavora e soggiorna stabilmente in Italia, non sempre è in grado di ottenere l'iscrizione anagrafica e il rilascio della tessera sanitaria attraverso la dimostrazione di un regolare contratto di lavoro.

Pur trattandosi di criticità altamente prevedibili, in quanto già occorse anni or sono in occasione dell'ingresso nell'Ue della Polonia, l'azione del nostro Governo è intervenuta tardivamente (febbraio 2007) e con soluzioni provvisorie e frammentarie, prorogando la possibilità di rinnovo del tesserino Stp per tutto l'anno 2007, ma solo a favore di coloro che ne erano già in possesso nel 2006 e che non hanno altro titolo all'assistenza sanitaria.

Solo nell'agosto 2007 il Ministero della Salute ha emanato una circolare di chiarimento circostanziata sui percorsi e sulle procedure da seguire per la copertura sanitaria di questi neocomunitari, che pure ne esclude una parte significativa in termini di fragilità sociale (rom, donne in gravidanza, minori anche se non accompagnati).

In sintesi, l'incapacità di prevedere e dare seguito ad adeguate forme di cooperazione a livello internazionale e interministeriale ha di fatto determina-

¹⁴ Si ricorda che a seguito dell'ingresso nell'Ue i rumeni e i bulgari, come gli altri cittadini comunitari, possono circolare liberamente nel territorio dell'Unione e non possono essere espulsi.

to situazioni di vuoto assistenziale non accettabili né coerenti con il nostro dettato costituzionale e impianto normativo.

2.3.4 Considerazioni in prospettiva

Una prima considerazione riguarda la necessità che, sul tema della salute straniera, il nostro paese, pur globalmente attento e impegnato, eviti il rischio di isolamento, riuscendo a recuperare una prospettiva allargata di tipo europeo.

Tale dimensione è fondamentale sia in termini di avanzamento scientifico e culturale, sia per giovare di un confronto da cui derivino, ad esempio, la conoscenza delle cosiddette “*best practices*” nelle diverse dimensioni preventive e assistenziali rivolte alla popolazione immigrata.

In questa auspicabile collaborazione, l'Italia potrebbe in realtà esercitare un ruolo di primo piano, se non altro per la normativa sanitaria che da molti paesi ci viene riconosciuta come particolarmente avanzata.

È di un certo conforto constatare come, tra i temi emersi con maggior forza nella conferenza recentemente tenutosi a Lisbona dal titolo “*Health and migration in the EU. Better health for all in an inclusive society*”¹⁵, e richiamati come conclusioni e raccomandazioni finali della conferenza, ve ne siano molti che hanno animato in questi anni il dibattito nazionale nel settore.

Rimarchiamo inoltre una esigenza già espressa nel precedente Rapporto, cioè quella relativa alla necessità di promuovere, in particolare a livello locale, il coinvolgimento attivo delle comunità straniere nel segnalare quelle che percepiscono come aree critiche per la loro salute e nel partecipare alla pianificazione ed effettuazione degli interventi di promozione della salute e di assistenza.

Occorrerebbe infine, come accennato, iniziare a pensare tempestivamente a quanto necessario da attivare, in termini di aggiornamento del personale e di riorganizzazione dei servizi, per affrontare una nuova categoria di utenti che si profila all'orizzonte, quella degli immigrati anziani.

L'auspicio è che queste considerazioni possano trovare spazio all'interno del “Piano salute immigrati” che il Ministero della Salute ha da poco iniziato a elaborare e su cui contiamo di riferire nel prossimo Rapporto.

Parimenti importante, in una prospettiva di attivazione di iniziative e processi decisionali a partire dalle comunità immigrate e dagli operatori con esse impegnati, è l'ulteriore consolidamento e diffusione del modello GrIS (Gruppi locali Immigrazione e Salute) nelle regioni che ancora non ne hanno visto la costituzione.

¹⁵ Salute e immigrazione nell'Ue. Migliore salute per tutti in una società inclusiva.

Allegato al capitolo 2.3

Raccomandazioni del III Convegno Congiunto Fondazione Ismu, Società italiana di medicina delle migrazioni, Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato della Società italiana di Pediatria

“Un patto per la salute degli immigrati: diritti, famiglia, tutela del lavoro, reti” (Milano 17-18 maggio 2007)

Premessa

Lavoro e famiglia, le due motivazioni che comprendono oltre il 90% degli immigrati in Italia.

La precarietà e l'instabilità del lavoro rendono la famiglia migrante socialmente fragile, leggi improntate sul sospetto e sulla difesa non aiutano ad avviare percorsi di salute. A pagarne il prezzo sono soprattutto bambini, donne, lavoratori.

Coerentemente con le precedenti raccomandazioni¹⁶, che rimangono tutte valide e alla luce di quanto emerso nelle sessioni scientifiche di questo Convegno, riteniamo di poter offrire il nostro contributo all'interno del percorso legislativo avviato con il disegno di legge delega sull'immigrazione (così detto ddlg “Amato-Ferrero”).

La nostra esperienza quotidiana di operatori socio-sanitari ci rende consapevoli che la dimensione della salute è sempre più fortemente condizionata da determinanti e da dinamiche di natura sociale. A tal proposito ci sembra necessario sottolineare come nella gran parte dei casi il progetto migratorio superi la dimensione individuale e riguardi l'intero nucleo familiare; è quindi alla tutela e al sostegno della famiglia che politiche concertative dovrebbero essere indirizzate.

¹⁶ In particolare segnaliamo le proposte: iscrizione obbligatoria al Ssn di tutti i minori comunque presenti in Italia; l'estensione della validità del permesso di soggiorno rilasciato per gravidanza per ulteriori 6 mesi con la possibilità di cercare lavoro e successiva regolarizzazione per lavoro; divieto di allontanamento per chi è colpito da grave malattia; l'esenzione dal ticket per i bambini adottati nel primo anno di presenza in Italia favorendo un'accoglienza sanitaria precoce e specializzata.

Tutto ciò implica un “approccio di sistema” in grado di attivare dei processi decisionali che coinvolgano le persone e le comunità immigrate, gli operatori, la società civile e le istituzioni ai vari livelli.

Proposte

Da un punto di vista di metodo nell'apprezzare le modalità partecipative con cui il disegno di legge delega è stato costruito, mettiamo a disposizione il nostro bagaglio di esperienze e competenze per collaborare al processo di sintesi dei contributi raccolti, in un'ottica di strategie e azioni prioritarie finalizzate alla promozione della salute delle comunità immigrate.

Da un punto di vista di merito, poiché spesso “buone leggi e buone pratiche producono buona salute”, proponiamo di dare una particolare efficacia operativa ai seguenti enunciati inseriti nel disegno di legge delega: “(...) favorire l’inserimento civile e sociale dei minori stranieri” (art. 1 comma i) e “(...) favorire il pieno inserimento dei cittadini stranieri (...) in un’ottica di piena inclusione nel sistema sanitario nazionale (...)” (art. 1 comma l.1). Ciò perché l’Italia, in particolare a causa della crisi demografica in atto, ha bisogno di politiche che tendano a includere gli immigrati, e che mirino a fare di loro a pieno titolo i nuovi italiani. Questo è tanto più vero per quanto riguarda le seconde generazioni, bambini il più delle volte nati nel nostro paese, che crescono come italiani sia dal punto di vista linguistico che culturale. Il nostro paese ha bisogno non solo di nuovi cittadini, ma anche di cittadini che crescano con un senso di appartenenza affettiva al territorio dove vivono e in buona salute.

Per questo raccomandiamo di:

- 1) garantire permessi di soggiorno con una validità temporale che permetta di dar vita a una progettualità familiare, in particolare dove siano presenti bambini in età scolare;
- 2) dare seguito a concrete iniziative di tutela e di supporto delle donne straniere, con particolare riferimento a quelle impegnate in mansioni di assistenza socio-sanitaria a tempo pieno e persone non autosufficienti;
- 3) sostenere progetti di assistenza alle donne, nel primo anno di vita del bambino nato in immigrazione, che prevedano il rinforzo della rete territoriale, con un’attenzione particolare alle problematiche del disagio psichico che le donne immigrate vivono nella “solitudine” del post- partum;
- 4) agevolare i ricongiungimenti familiari evitando che i requisiti richiesti (in particolare quelli di natura abitativa) possano esserne di impedimento e snellirne l’iter burocratico;
- 5) consentire il ricongiungimento anche per i figli maggiorenni inferiori ai 21 anni di età, e in tutti i casi in cui questo serva a non separare i fratelli (ad esempio se le età fossero 22, 16 e 12 anni);

- 6) garantire l'accesso all'istruzione per i figli degli immigrati privi di permesso di soggiorno anche al di fuori della scuola dell'obbligo;
- 7) diminuire la fragilità sociale dei bambini figli di immigrati irregolari e clandestini, o dei minori non accompagnati garantendo loro un permesso umanitario che preveda l'iscrizione obbligatoria al Ssn;
- 8) rendere meno precario il percorso lavorativo, anche valorizzando le competenze tecniche di appartenenza e permettendo un reale avanzamento professionale;
- 9) attuare politiche di prevenzione degli incidenti lavorativi puntando sull'empowerment individuale e collettivo;
- 10) adottare tutte le iniziative percorribili affinché i "Piani di prevenzione" attivi a livello nazionale e regionale possano raggiungere anche la popolazione straniera.

In questo processo di inclusione è determinante la revisione della normativa sulla cittadinanza, in particolare per coloro che nascono in Italia, e la predisposizione di percorsi agevolati per l'acquisizione della cittadinanza per i minori stranieri che, pur non essendo nati nel nostro paese, vi abbiano trascorso un tempo significativo, in specie quello di scolarizzazione.

Nel corso dei lavori si è sottolineata la necessità di un lavoro integrato istituzionale, interistituzionale e paraistituzionale. Dal canto proprio le società scientifiche, il privato sociale, i servizi, il volontariato esprimono la necessità di un integrato e concreto lavoro di rete, condotto con stile partecipato affinché possano emergere i nodi e le problematiche e individuare le possibili soluzioni.

Infine si denuncia l'eccessiva discrezionalità nell'applicazione attuale della normativa vigente per l'accessibilità ai servizi socio-sanitari e la fruibilità delle prestazioni sanitarie in particolare per gli Stranieri Temporaneamente Presenti e l'inadeguatezza delle indicazioni per l'assistenza sanitaria per i cittadini comunitari con particolare riferimento ai nuovi paesi entrati nell'Ue dal 2004. Discrezionalità e indicazioni poco esaustive producono danni evitabili per la salute, disagio e tensione sociale, alti costi per interventi divenuti urgenti a causa di ritardi ed esclusioni.

Il patto che deve unire migranti, volontariato, terzo settore e società civile, istituzioni a tutti i livelli, non può prescindere da un costante impegno per i diritti, una adeguata valutazione dei bisogni e una appropriata e integrata risposta sanitaria e sociale in un'ottica di giustizia ed equità.

Bibliografia

- Candela S., Greci M., Pergolizzi S., Ventura C., Luberto F. (a cura di), *La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia*, in Collana Progetto Salute, n. 10, Reggio Emilia, Dicembre 2006.
- Commission of the European Communities, *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Third Annual Report On Migration And Integration*, Brussels, 11.9.2007, COM(2007) 512 final.
- Federanziani, *Sanità in cifre, foto dell'Italia a due velocità*, Comunicato Stampa, 18 aprile 2007, http://www.federanziani.it/site/articolo.asp?id_area=22&id_rubrica=81&id_articolo=132.
- Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie, *Tubercolosi e immigrazione: strategie di controllo*, in Atti del Seminario tenutosi a Roma il 12 maggio 2006. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2006.
- MacPherson D.W., Gushulak B.D., Macdonald L., *Health and foreign policy: influences of migration and population mobility*, Bulletin of the World Health organization, Marzo 2007, vol. 85, n. 3, pp. 200-206.
- Marceca M., *La salute*, in Fondazione Ismu, *Dodicesimo Rapporto sulle migrazioni 2006*, FrancoAngeli, Milano, 2007, pp.149-164.
- Marceca M., Geraci S., Martino A., *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze*, in Atti del IX Convegno “Fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità”, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 13 dicembre 2006. Roma, Rapporti Istisan 07/14, 2007, pp. 19-24.
- Ministero della Salute, Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile (D.M. 6 settembre 2006), *Rapporto al Ministro della Salute*, Roma, 9 marzo 2007.
- Legge 9 gennaio 2006, n. 7, *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*, G. U. n. 14 del 18 gennaio 2006.
- Paterlini L., *Screening Oncologici*, in S. Candela, M. Greci, S. Pergolizzi, C. Ventura, F. Luberto (a cura di), *La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia*, in Collana Progetto Salute, n. 10, Reggio Emilia, Dicembre 2006.
- Pasini N. (a cura di), *Mutilazioni genitali femminili: riflessioni teoriche e pratiche. Il caso della Regione Lombardia*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano, 2007.
- Pitkin Derosé K., Escarce J.J., Lurie N., *Immigrants And Health Care: Source Of Vulnerability*, Health Affairs, vol. 26, n. 5, 2007, pp. 1258-1268.
- Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo M., *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Rapporti Istisan 06/17, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2006.

Virgilio A., Defilippi L., Moschochoritis K., Ravinetto R., *Right to health care for vulnerable migrants*, *Lancet*, vol. 370, 8 settembre 2007, pp. 827-828.

White P., *Migrant populations approaching old age: prospects in Europe*, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 32, n. 8, 2006, pp. 1283-1300.