

La sindrome di Salgari 20 anni dopo

di Salvatore Geraci

Articolo pubblicato su: *Janus*.
Medicina: cultura, culture.
Numero 21, primavera 2006.
Sanità meticciosa, Zadigroma
Editore - 21:29

Immense jungle formate da bambù alti quindici e più metri, si estendevano a destra e a sinistra dell'imponente fiume, coprendo quelle terre basse e fangose che chiamansi le Sunderbunds del Gange, rifugio favorito delle tigri, dei rinoceronti, dei serpenti e dei cocodrilli.

Un numero infinito di uccelli acquatici volteggiavano sopra le rizofore che coprivano le rive, ma nessun abitante si vedeva.

Aironi giganti, le grandi cicogne nere, ibis brune, e bruttissimi e colossali arghilah, allineati come soldati sui rami curvi dei paletuvieri, facevano la loro toletta mattutina, spennacchiandosi a vicenda; mentre in alto stormi di anitre bramini, di marangoni e di folaghe s'inseguivano e folleggiavano giocondamente, per precipitarsi poi tutti in acqua allorquando qualche banda di manghi, quei deliziosi pesci rossi del Gange, commetteva l'imprudenza di mostrarsi.

Emilio Salgari, *Le due tigri*, 1904

La sindrome di Salgari

Ho conosciuto Salgari ed i suoi personaggi prima dai racconti di mia madre, poi da vecchi libri di mio padre ed infine dall'indimenticabile serie "Sandokan" trasmessa dalla televisione di Stato a metà degli anni '70 che raccolse 27 milioni di telespettatori affascinati dall'esotico e dai primi colori televisivi.

Emilio Salgari che così abilmente ci ha introdotto e catturato in un mondo diverso dal nostro, che ha fatto sognare intere generazioni in epoca preglobalizzata senza le immagini, le conoscenze ed il turismo di oggi, non ha mai visto quei luoghi così dettagliatamente descritti: l'unico viaggio che ha veramente fatto è stato per tre mesi su e giù lungo l'Adriatico a bordo dell'*Italia Una*. Salgari nasce a Verona nel 1862, intraprende gli studi nautici che non concluderà, ma questo non gli impedisce di fregiarsi per tutta la vita del titolo di "capitano". Già a vent'anni il suo primo saggio intriso di esotico e da allora una serie enorme di avventure scritte e di successi (spesso postumi). Meno fortuna sul piano della vita familiare; nel 1892 sposa Ida Peruzzi, affetta da disturbi di salute mentale, e per questo si trasferisce con la famiglia a Torino (per poter più facilmente accedere a Collegno, sede di un grande ospedale psichiatrico). Salgari stesso dovrà affrontare continui problemi di salute e presto anche notevoli ristrettezze economiche. Nel 1910 lo stato di malattia della moglie si aggrava e Salgari tenta una prima volta il suicidio. Successivamente, al ricovero definitivo della moglie in manicomio, egli si toglie la vita come aveva fatto suo padre nel 1889 e come farà pure suo figlio Romero nel 1931.

Tutto ciò non ha però minato la grande popolarità degli eroi salgariani spesso amplificata dalla diffusione di oltre un centinaio di opere false, attribuite allo scrittore da editori senza scrupoli e messe in giro, addirittura, dai figli stessi.

E così che personaggi come Sandokan, Yanez, la Perla di Labuan, i Tigrotti di Mompracem o il Corsaro Nero hanno vissuto di "vita propria", sono stati conosciuti in tutto il mondo, senza limiti geografici o di tempo, anche da chi non ha mai letto una sola pagina della voluminosa bibliografia (oltre 80 romanzi) dell'autore veronese.

Ma cosa c'entra Salgari con i problemi di salute degli immigrati? Qual è il punto d'incontro tra uno scrittore fervido di fantasia di oltre un secolo fa e il fenomeno di trasformazione sociale che stiamo attualmente vivendo?

Quando, circa 20 anni fa, in Italia si cominciò a parlare di *medicina delle migrazioni*, era acceso il dibattito politico che affrontava il tema della salute di questa popolazione evocando il rischio di importazione di malattie infettive in un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato. Proprio in quegli anni l'allora ministro della sanità, on. Francesco De Lorenzo, istituì per la prima volta una commissione ministeriale con il compito di affrontare il tema della salute degli immigrati e non è casuale che a parteciparvi fossero quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi (ed anche un veterinario!).

Ma quegli anni erano anche quelli dell'impegno, spesso nascosto, di centinaia di medici, infermieri, farmacisti, operatori sanitari in genere, che nel volontariato ed in sparute strutture pubbliche particolarmente sensibili, cercavano di garantire il diritto alla salute sancito dalla nostra carta costituzionale e spesso, in quel periodo, per legge negato e nascosto agli immigrati regolari o illegalmente presenti.

E fu un periodo di scoperte, in particolare quella di trovarci davanti persone in buone condizioni di salute, provate nel fisico non dalla provenienza da una particolare area geografica o dal contatto con improbabili malattie esotiche ma dalle deboli, se non inesistenti politiche di accoglienza ed integrazione. **L'effetto migrante sano** si contrappose **alla Sindrome di Salgari**. Da una parte il processo di selezione in partenza dell'immigrato per cui non parte chi sta male ma colui che ha più possibilità di riuscita in un progetto migratorio che spesso vede nell'integrità fisica la condizione per inserirsi in un mercato di lavori rifiutati dagli italiani perché rischiosi o particolarmente faticosi; dall'altra le aspettative fantasiose di trovare persone affette da morbi tropicali senza alcuna esperienza e evidenza scientifica di tale evenienza. Dopo circa 20 anni di dibattiti e ricerche, a fine gennaio 2006, il ministro della salute di turno, on. Francesco Storace, rilancia la necessità di visite mediche per gli immigrati all'ingresso in Italia, dichiarando che ciò serve "per verificare la loro condizione di salute ... non per cacciare chi sta male ma per curarlo.". E inoltre, precisa l'on. Roberto Calderoli, ministro per le riforme del Governo Berlusconi, "con la visita si evita che possano fare (n.d.r. gli immigrati) da veicolo

per malattie infettive che da anni erano solo un ricordo dalle nostre parti e che, invece sono tornate in auge.”. Tale posizione è sostenuta dopo qualche giorno dal prof. Eolo Parodi, attualmente presidente dell’Empam, ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri, che già nel 1990 aveva lanciato la stessa proposta senza alcun successo.

Ma perché tanta attenzione agli immigrati visti unicamente come portatori di malattie infettive? Quali basi scientifiche ci sono? In questi ultimi 20 anni non è cambiato nulla?

Il pregiudizio

Storicamente non possiamo nascondere come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie. Ricorda il prof. Giovanni Berlinguer come drammaticamente questa evenienza accadde ad esempio con la conquista dell’America, evento che implicò l’unificazione microbica del mondo. I bianchi ‘esportarono’ là il vaiolo, il morbillo e l’influenza: e fu subito strage per quelle popolazioni che, non conoscendo quegli agenti infettivi, erano prive di difese immunitarie specifiche. Dall’America i conquistatori ‘importarono’ come fossero essi stessi enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale.

Un’altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si ebbe a partire dal 1600, quando gli schiavi negri deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Anche in questo caso ci fu una evoluzione drammatica seppur più lenta per una ragione biologica: la malattia non si trasmette attraverso il respiro o la pelle o i rapporti sessuali, ma a mezzo di un insetto vettore, la zanzara *Aedes aegypti*. Con le navi degli schiavisti che attraversarono l’Oceano arrivarono oltre ai malati anche le zanzare che però hanno impiegato del tempo per adattarsi al nuovo mondo e riprodursi in numero sufficiente per poter raggiungere la densità adeguata per determinare la comparsa della malattia.

Un ultimo esempio cita il prof. Berlinguer: quello dell’aids. Questa malattia dai primi focolai identificati nelle grandi città degli Stati Uniti si è diffusa in tutto il mondo ed anche in questo caso il suo ‘successo’ è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale ed all’associazione fra il virus e l’eroina, con le siringhe che fungono da moderno vettore. La diffusione è stata accelerata anche dall’intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall’ignoranza e dalla resistenza verso i metodi e comportamenti preventivi. Ma questa è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte ‘difensive’ che hanno suscitato in un non troppo lontano passato un acceso dibattito: esse erano basate spesso sull’identificazione e la schedatura e il divieto di ingresso ai soggetti positivi; paradossalmente proprio gli Stati Uniti si contraddistinsero in questa politica pensando di imporre a quanti volessero varcare la loro frontiera, esami del sangue per impedire un ‘contagio di ritorno’. Oggi la malattia in occidente è in fase calante, manifestandosi in tutta la sua drammaticità nei paesi più poveri, da dove chi è malato, a differenza degli uomini d’affari americani di un paio di decenni fa, non ha la forza per viaggiare e/o migrare.

Cronaca recente è il caso della sars (sindrome respiratoria acuta severa) che dalle prime evidenze in Oriente, ha provocato malati ed alcuni decessi in vari paesi ed allarme (forse eccessivo) in tutto il mondo.

Quanto detto può giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona?

Certamente no, in primo luogo perché, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l’organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche ed in secondo luogo per la considerazione che l’immigrato che arriva per lavorare in Italia, come abbiamo sopra scritto, in genere è in buone condizioni di salute per un’auto-selezione in partenza che porta ad emigrare chi ha maggior *change* di riuscita nel progetto migratorio e quindi anche chi è più sano e integro nel fisico. Un’ultima considerazione sta nel fatto che i viaggi internazionali e intercontinentali sono ormai ‘routinari’ e solo marginalmente per motivi di migrazione, piuttosto per turismo o affari, abbattendo di fatto barriere di spazio e di tempo che una volta potevano segregare o contenere agenti microbici più o meno infettanti.

Ma allora al senso di queste proposte dobbiamo dare il vero nome e cioè *Pregiudizio*.

L’incontro con persone di altre culture è un ambito straordinario per costruire pregiudizi. Il fascino e il timore dell’esotico, tra cui ci bilanciamo nell’incontro con persone che vengono da altri mondi, sono per noi fonti di idee preconcepite che possono interferire, e anzi generalmente interferiscono, nella nostra relazione con gli immigrati. Per citare alcuni dei luoghi comuni in negativo – perché esistono anche luoghi comuni in positivo – che sono stati raccolti in ricerche di questi ultimi anni in Italia, l’immigrato è povero, incolto, estremamente bisognoso, depresso (o con qualche altro disturbo psichico), spinto dalla fame a cambiare paese, approfittatore, tendenzialmente criminale, incompatibile con la democrazia e/o terrorista (se musulmano) ed appunto portatore di malattie infettive e tropicali.

Lo studio del pregiudizio in chiave di rappresentazione culturale dell’altro implica quindi un’attenta considerazione anche delle anticipazioni condivise da chi è impegnato nel campo della tutela della salute degli immigrati. Proprio la necessità di capire il peso dell’implicito culturale all’interno del rapporto/rituale terapeutico ci ha condotto già da vario tempo ad analizzare con prospettiva antropologica tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori socio-sanitari che nel privato sociale e sempre più nel settore pubblico entrano in relazione con l’immigrato. Abbiamo provato ad individuare quegli orizzonti di significati che producono diverse immagini dell’altro. Già da tempo con il collega Riccardo Colasanti, abbiamo proposto uno schema interpretativo partendo dall’analisi degli atteggiamenti e comportamenti che medici ed altri operatori sanitari volontari mettevano in atto in uno dei primi ambulatori per immigrati sorti in Italia a metà degli anni ’80, quello della Caritas di Roma. E’ stata delineata una dialettica dei rapporti che può essere semplificata in tre grandi fasi.

La prima fase, quella che è stata definita *dell'esotismo*, vede il più intenso ed articolato processo di produzione di "immagini dell'altro". Lo straniero è in primo luogo un agente contaminante: il medico o l'infermiere si aspetta di trovare il paziente affetto da chissà quali strane malattie, lo inquadra come vettore di morbi esotici o malattie inconsuete, ogni sintomo si ammantava di una sua presunta "eccezionalità" rispetto alla patologia "addomesticata" nostrana, si richiedevano non solo più analisi, ma anche indagini più sofisticate alla ricerca di una sicura malattia tropicale o comunque infettiva ben occultata. La ricerca di un malato, che sia tale in virtù di un suo contatto con il pericolo esotico, implica anche una maggior protezione dal potenziale contagio: il medico si lava più spesso le mani, adotta maggiori precauzioni - ad es. i guanti - nel contatto con il corpo del paziente. Come ci suggerisce l'antropologa Nicoletta Diasio in questo "esotismo" è da includere un'immagine speculare a quella del "corpo infetto" che è quella costruita dal romanticismo sanitario, in cui lo straniero è il messaggero di un'alterità salvifica e autentica, tale da configurarsi come una possibilità di riscatto dagli automatismi terapeutici indotti da un modello epistemologico centrato esclusivamente sul "guardare" anziché sull'"ascoltare" e sul "dire" in una parola sul "relazionarsi".

L'alterità del paziente immigrato viene ulteriormente articolata attraverso l'immagine del povero e/o dello sfruttato, icone che hanno forti risonanze simboliche rispettivamente nella costellazione valoriale cattolica-consevatrice e nell'ideologia "progressista" superficialmente intese ma comunemente recepite: l'altro è da conoscere ed aiutare perché possa essere salvato o emancipato, a seconda dei punti di vista.

Anche l'operatore sanitario è però oggetto di specifiche attese culturali da parte del paziente immigrato, una sorta di "esotismo capovolto", conseguenti al mito dall'alta tecnologia e dell'efficienza sanitaria, con diagnosi e cure rapide ed efficaci, a partire da una capacità occidentale d'intervento, fortemente risolutrice. Per cui ci si trova nella strana situazione del medico che tendenzialmente è portato a credere il migrante come il "buon selvaggio" rousseauviano e del paziente immigrante che abituato ai telefilm di Dallas o General Hospital che vengono trasmessi a Kinshasa come a Dar el Salam si aspetta di essere trattato come in un ospedale per Wasp bostoniani.

A questa fase d'esotismo segue il periodo dello *scetticismo*. Nella banalità della pratica quotidiana lo straniero si depotenzia tanto della sua carica "contaminante" quanto di quella di *homo naturalis* da proteggere. Spesso la domanda insistente di cura viene interpretata come ipocondria nell'assenza di un modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso da entrambi: il paziente viene visto come un "lavativo", un "malato immaginario", un "perditempo". Non scoprire malattie esotiche, non poter fare brillanti diagnosi mette in causa le categorie anticipatrici dell'operatore sanitario e sospende il rapporto medico-paziente in una specie di vuoto di senso, in cui il medico inizia a mettere in dubbio l'utilità del proprio servizio. E' questa la fase in cui si registra il più alto numero di abbandoni da parte dei volontari o il maggiore disinteresse e "disattenzione" negli operatori sanitari pubblici, ma è anche quella in cui lo spazio mediano di tipo ermeneutico comincia a prendere corpo, mettendo in questione le categorie conoscitive, che avevano dato forma e linguaggio al primo contatto.

Ma, come ci specifica lo psichiatra Marco Mazzetti, anche questa fase ha un "percorso parallelo" nel paziente immigrato: di fronte all'aspettativa di una sanità occidentale ipertecnologica, pronta ed efficiente, riceve, anche per percorsi assistenziali inappropriati (pensiamo all'uso/abuso del pronto soccorso), risposte lente, apparentemente inconsistenti, a volte sgarbate, rinvii Cose usuali forse per noi che ben conosciamo la realtà di alcuni ospedali ma che assumono per chi ha altre aspettative non convalidate dalla realtà, il senso di sgarbi premeditati, ingiustizie volute, incapacità professionale.

C'è quindi, ancora una volta una simmetria tra aspettative e conseguenti atteggiamenti tra noi ed i nostri pazienti.

Riconoscere ciò in qualche modo sposta l'attenzione sulla relazione tra due interlocutori di pari dignità, sul "qui ed adesso" del dialogo al di là delle differenze culturali.

Si avvia così la terza fase, detta del *criticismo*, nel doppio senso di *crisi* e di *criterio*: crisi dei codici consueti di comunicazione e d'anticipazione, in cui ci si accorge di non aver capito nulla della persona-paziente - in cui non è il virus o il miceto ad essere inconsueto, ma la percezione del corpo, della salute e della malattia - ma anche individuazione, lenta, faticosa, sempre relativa, dei propri criteri di giudizio. La fase del criticismo è anche quella in cui, dopo la delusione, si oltrepassano le immagini che abbiamo esaminato - del povero, dello sfruttato, dell'"untore", del primitivo/salvatore - per incontrare il soggetto, interprete assoluto di una cultura, di una storia, di una realtà psicofisica, di una vicenda esistenziale. E questo anche per il paziente che acquista una più reale consapevolezza su ciò che è possibile chiedere e su ciò che il medico e l'infermiere possono concretamente rispondere.

Questa parabola in tre fasi è riconducibile con qualche accentuazione o attenuazione, oltre che all'interno di contesti di privato sociale e di strutture pubbliche più o meno specifiche, proprio nelle scelte di politica sanitaria relativa all'immigrazione che abbiamo citato all'inizio di questo capitolo: visite mediche, test obbligatori e screening per stranieri (fase dell'esotismo). Colasanti nel 1990 definì ciò proprio come *Sindrome di Salgari*: " ... Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. Salgari non si interessò di problemi dei migranti, ma se lo avesse fatto avremmo avuto dei bei titoli da leggere nella nostra gioventù, penso a qualcosa come "I tigrotti della Pantanella" o "La filippina di Labuan". Come Salgari i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi. Giustamente in tal senso la medicina pubblica con prudenza e il buon senso di un padre di famiglia, doveva arrestare con fermezza l'arrembaggio: i tutori della legge sanitaria, novelli viceré, novelli governatori Brookes alle frontiere, dalle murate della nave Italia, dovevano contrastare

epidemiologicamente l'assalto dei pirati della Malesia, che penetrando nella nostre frontiere avrebbero condotto nuovi virus, meravigliose sintomatologie, trasmettendole ai semafori e agli incroci, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza". E nello stesso periodo il sottoscritto aggiungeva: "...E' stupefacente osservare come il gestore pubblico, di fronte a immigrati che passano i loro giorni per strada, sotto la pioggia o il freddo, mangiando dei guadagni della vendita di fiori ed accendini, tossendo di fame, di stanchezza e povertà, muova commissioni che promuovono lo studio dei problemi di medicina dei migranti, non nel senso di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e alla fame che fanno in Italia, ma per bonificare i loro corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose". Ed ancora provocatoriamente scrivevamo: "...Lodiamo soprattutto l'attenzione per la difesa delle frontiere dagli immigrati infetti. Ciò vuol dire che sarà necessario controllare i pazienti provenienti da zone a rischio: gli uomini di affari gay provenienti da San Francisco, i tossicodipendenti che vengono da Berlino, i cugini francesi in buona classifica per l'aids. E se questa logica si estende, con buona pace della Lega Lombarda e visto che a Napoli c'è stata una bella epidemia di colera e l'epatite è di casa, anche solerti squadre di funzionari ministeriali, che predispongano chioschetti per screening epidemiologici all'altezza del casello di Caianello dove effettuare seduta stante radicali operazioni di controllo ed igiene pubblica".

In quasi venti anni le acquisizioni scientifiche sono cambiate, l'immigrazione è diventata sempre più visibile e più conosciuta ma i pregiudizi, alcuni pregiudizi permangono.

La salute degli immigrati: percorsi di tutela ed aree critiche

Oggi in Italia è garantita l'accessibilità alle cure, seppur in forma diversificata, per tutti gli immigrati presenti sul nostro territorio: si è passati da una fase dell'esclusione a quella dell'emersione del diritto alla salute.

Infatti dopo un intenso lavoro preparatorio, anche con il prezioso contributo dell'associazionismo, nel 1998 viene emanato il Decreto Legislativo (DLGS) n. 286, dal titolo "*Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*",.. (da ora in poi faremo riferimento al TU) con il dichiarato obiettivo di avviare una fase di governo organico del fenomeno immigratorio nel nostro paese.

Circa un anno dopo, i principi e le disposizioni contenute nel TU, hanno trovato maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del proprio Regolamento di attuazione.

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

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

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

Tale impostazione normativa è stata supportata da alcuni documenti programmatici primi fra tutti il Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000 e quello 2003 - 2005 nei quali si evidenzia la realtà dell'immigrazione e si incentivano interventi ed azioni locali sia per garantire accessibilità e fruibilità delle prestazioni, sia per avviare percorsi di maggiore conoscenza del fenomeno.

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

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

A questo proposito ci sembrano particolarmente significativi i rapporti dell'Ufficio di statistica del ministero della Salute sulle schede di ricovero ospedaliero (SDO) degli stranieri in Italia, pubblicati nel 2001 e 2003 riferiti al 1998 e 2000 ed un nostro recente studio (2005) riferitosi all'anno 2003. Questi rapporti nazionali, a cui stanno seguendo

relazioni regionali (in particolare segnaliamo quelle del Lazio e della Lombardia per completezza ed articolazione dell'analisi e quelle del Piemonte e delle Marche per capacità di differenziare nei flussi statistici ordinari, i ricoveri di immigrati regolari e clandestini), pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico, hanno il pregio di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale (nel nostro rapporto del 2005 sono stati analizzati quasi 400.000 ricoveri di stranieri in un anno). Non può essere sottaciuto, come abbiamo spesso ricordato, che il ricovero ospedaliero costituisce solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali, esso è infatti in qualche misura un evento non rinviabile rispetto alla molteplicità delle situazioni cliniche che la popolazione in esame può richiedere. L'analisi dei ricoveri può fornirci informazioni di percorsi assistenziali che possono rivelarsi inadeguati, partendo dalla considerazione che agli stranieri, spesso, manca quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure.

Questi rapporti, coerentemente a tutte le ricerche ad oggi pubblicate, evidenziano il ricorso all'assistenza ospedaliera per motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici (gravidanze) o accidentali (traumi), e ciò può indicare che la popolazione straniera gode di un discreto stato di salute.

L'incremento, anche se contenuto, dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative, cardiache ed alla chemioterapia evidenziata negli studi più recenti, annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell'attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione. L'aumento nel numero di ricongiungimenti familiari e dei matrimoni, pur rafforzando la stabilità sociale della popolazione straniera, potrebbe modificare le dinamiche epidemiologiche attuali: ad esempio, l'ingresso di membri della famiglia più vulnerabili, come i bambini e gli anziani e le nuove nascite lasciano prefigurare una riduzione progressiva nel tempo dell'impatto dell'effetto migrante sano.

Anche le casistiche degli ambulatori di medicina di base, in particolare quelli dedicati agli stranieri temporaneamente presenti (immigrati clandestini) sia del volontariato che del settore pubblico, confermano il profilo di salute precedentemente individuato e le malattie più frequentemente diagnosticate sono quelle dell'apparato respiratorio soprattutto per precarietà e affollamento alloggiativo, del digerente per cattiva e inadeguata alimentazione oltre che per condizioni particolarmente stressogene, della cute per condizioni igieniche precarie ed alta promiscuità, e gli esiti di traumi ed affaticamenti: si evidenzia quindi che ancora oggi la vulnerabilità di questa popolazione sia aumentata a causa di incerte politiche di accoglienza ed inserimento sociale.

Lo stesso dato sulle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), di cui disponiamo più dettagliatamente grazie agli studi dell'Istituto Superiore di Sanità, è a nostro avviso indice una spiccata fragilità sociale in grado di influenzare le scelte riproduttive e di tradursi in una maggiore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie. Proprio sulle motivazioni delle scelte di ricorrere all'IVG da parte delle donne straniere è in fase avanzata una ampia ricerca che certamente fornirà indicazioni e strumenti per individuare azioni adeguate per ridurre l'impatto.

I dati sanitari disponibili evidenziano quindi un superamento delle situazioni di esclusione dai servizi da parte degli immigrati ma indicano anche una **fragilità sociale** di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabile a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative.

In definitiva possiamo indicare a partire dall'evidenza dei dati disponibili, come il profilo sanitario dell'immigrato in gran parte si sovrappone (per tipologia delle condizioni patologiche) a quello della popolazione autoctona di pari età seppur condizionato dall'effetto di scadenti condizioni di vita presenti soprattutto nelle prime fasi dell'immigrazione nel nostro paese.

I risultati dell'analisi delle SDO sono quindi coerenti con quanto ci si poteva attendere sia per un aumento assoluto degli stranieri in Italia, sia come auspicabile conseguenza di politiche tese a dare maggiore permeabilità alle strutture sanitarie pubbliche. Che una tendenza in questo senso ci sia stata è evidenziato da una ricerca pubblicata dall'Istituto Superiore della Sanità (Rapporto Istisan 03/4 del 2003) che ha indagato e monitorato nel tempo alcuni punti critici del percorso nascita tra le donne immigrate provenienti da paesi ad economia meno avanzata ed in particolare si è proposta di misurare il loro grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici. Lo studio partito nel 1995-96 è stato riproposto nel 2000-01 al fine di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l'influenza della normativa introdotta nel 1998. In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero di ecografie è quello raccomandato dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media con il 3°, come tra le italiane.

Per quanto riguarda le malattie infettive, gli ultimi dati disponibili, pur evidenziando un'incidenza maggiore rispetto ai cittadini italiani in particolare per la tubercolosi e l'infezione da hiv, mostrano un trend in discesa sia nei ricoveri sia nei nuovi casi di malattia (come per gli italiani) da imputare ad una maggiore accessibilità ai servizi ed alle cure più efficaci.

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

Il degrado più o meno rapido del patrimonio di salute del migrante nel paese ospite pone seri problemi sia alla persona che si ammala, che con la malattia viene a perdere un'importante risorsa (la buona salute) che ha da investire per la

realizzazione del progetto migratorio, sia alla collettività che comunque è costretta a sostenere i costi sociali ed economici che questo comporta.

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

Come leggere allora le recenti proposte di controlli sanitari alle frontiere? Perché tanta insistenza su provvedimenti che anche la letteratura internazionale reputa inefficaci quanto iniqui?

Non volendo malignare su possibili squallide (perché fatte sulla pelle delle persone) speculazioni ideologico-politiche, potremmo dire che la sindrome di Salgari è ancora diffusa: le paure, le aspettative, le anticipazioni intrise di pregiudizi, l'ignoranza su questi temi sono il "terreno di coltura" dove si sviluppano tali iniziative. Il "vaccino" dell'informazione e della conoscenza ancora non ha dato gli effetti sperati e per questo dobbiamo continuamente insistere con "dosi richiamo". E' il senso di quest'articolo.

Bibliografia

- ❖ Baglio G., Cacciani L., Matera E., Guasticchi G.: Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000. Roma, Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, 2002
- ❖ Baglio G., Louidice M., Geraci S.: Immigrazione e salute: aspetti normativi. «Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità», n.7, 1995 - 165:177
- ❖ Bai A, Carradori T, Dallari GV, Petio C, De Santis F. Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato. *Mecosan* 1997; 24(3):57-66.
- ❖ Barro G., Cislaghi C., Costa G., Lemma P., Bandera L.: I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni. "Epidemiologia & Prevenzione". N. 17, Milano, 1993 - 239:243.
- ❖ Berlinguer G.: La salute globale. In *Bioetica quotidiana* di Berlinguer G. . Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, 2000
- ❖ Caritas/Migrantes: Immigrazione. Dossier statistico 2003. Idos Centro Studi e Ricerche; Nuova Anterem, Roma 2003
- ❖ Caritas/Migrantes: Immigrazione. Dossier statistico 2005. Idos Centro Studi e Ricerche; Nuova Anterem, Roma 2005
- ❖ Colasanti R, Geraci S, Pittau F, eds. Immigrati e salute; paure, miti e verità. Roma: Ed. Lavoro, 1991
- ❖ Colasanti R, Geraci S. I livelli di incomprensione medico - paziente migrante. In: Geraci S, eds: *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto: Peri Tecnés, 1995. (Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Caritas Diocesana Roma, Anterem, 2000)
- ❖ Colasanti R., Geraci S.: Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale. In *Affari Sociali Internazionali*, n. 3, Milano, 1990
- ❖ 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
- ❖ Colasanti R.: Etica dell'atto medico quotidiano. In *AA.VV.: Etica dell'atto medico*. Edizioni Studio Domenicano. *Philosophia* 7, Bologna, 1991
- ❖ Colasanti R.: La medicina dei migranti: problematiche relazionali e terapeutiche. Relazione in atti del "I Corso di formazione sul disagio psichico da transculturazione". Regione Campania - USL 27 Pomigliano D'Arco Dipartimento di salute mentale, 1992
- ❖ Costa G, Lemma P, Borgia P. Lo stato di salute degli stranieri ed il Sistema Sanitario in Italia. In: *Atti del Convegno "Stranieri in Italia"*. Bologna: Istituto Cattaneo, 1990.
- ❖ Costa G., Faggiano F.: L'equità nella salute e la programmazione sanitaria. "La salute in Italia. Rapporto 1998" (a cura di M. Geddes e G. Berlinguer), EDIESSE, Roma, 1998 - 261:278
- ❖ Costa G.: Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico. "Epidemiologia & Prevenzione", n. 17, Milano, 1993 - 234:238
- ❖ Diasio N. Differenze culturali e percezioni di salute. In: Geraci S, eds. *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto: Peri Tecnés, 1995. (Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Caritas Diocesana Roma, Anterem, 2000)
- ❖ Diasio, N, Geraci, S. L'angelo triste: operatori socio-sanitari e percezione dello straniero. In: M. Delle Donne, eds. *Relazioni etniche, stereotipi e pregiudizi. Fenomeno immigratorio ed esclusione sociale*. Roma: EdUP, 1998
- ❖ El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli M.C, Scolari C, Geraci S. Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. *Studi Emigrazione* 2005; 157:133-151
- ❖ Fara GM, Marceca M. L'impatto del fenomeno immigrazione sulla sanità pubblica della popolazione residente. Relazione in II Conferenza Nazionale di medicina del turismo, del viaggio e della migrazione. Centro collaboratore OMS per la Medicina del Turismo. Bologna, 1993
- ❖ Fortino A., Pennazza F., Boldrini R., Randazzo M., Marceca M., Geraci S.: Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia - Dati SDO 1998. Roma, Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione, 2001
- ❖ Gennari M., D'Andrea M.S.: Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. *Obblighi del medico*. FM Federazione Medica, supplemento al *Medico d'Italia* n. 37, dicembre 1995
- ❖ Geraci S, Baglio G, De Benedictis A, Mazzetti M. Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri. *Studi Emigrazione* 2005; 157: 87-103
- ❖ Geraci S. (a cura di): *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Edizioni Anterem, Roma, novembre 2000
- ❖ Geraci S. (a cura di): *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Roma: Anterem Edizioni, 1996
- ❖ Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Annali Italiani di Medicina Interna* 2001; suppl.1:167-171
- ❖ Geraci S. La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. *Studi Emigrazione* 2005; 157:53-74.

- ❖ Geraci S. Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora “fragili”. In: *Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull’immigrazione – Caritas/Migrantes*. Roma: Nuova Anterem, 2003; 183-192.
- ❖ Geraci S., Baglio G., De Benedictis A., Mazzetti M.: Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri. In *Studi Emigrazione*. Centro Studi Emigrazione, Roma, anno XLII, marzo 2005, n. 157, Roma, 2005, pp. 87:103
- ❖ Geraci S., Maisano B., Mazzetti M. (a cura di): *Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire*. Numero monografico di *Studi Emigrazione*. Centro Studi Emigrazione, Roma, anno XLII, marzo 2005, n. 157, Roma, 2005
- ❖ Geraci S., Marceca M., Mazzetti M.: *Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo. Roma, luglio 2000 - 1.295:1.379
- ❖ Geraci S., Martinelli B.: *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002
- ❖ Geraci S.: Considerazione e dati sulla salute degli immigrati. In *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)*, n. 43, ottobre 2005, pp. 22:32
- ❖ Geraci S.: Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere. In *Atti VIII Consensus Conference sull’immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM*. Lampedusa (Ag), 2004 – 6:9
- ❖ Geraci S.: Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora “fragili”. In *Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull’immigrazione – Caritas/Migrantes*. Nuova Anterem, 2003 - 183:192
- ❖ Granaglia E., Magnaghi M. (a cura di): *Immigrazione: quali politiche pubbliche?* FrancoAngeli, Milano, 1993
- ❖ Ismu (Aa.Vv.): *Decimo rapporto sulle migrazioni 2004*. FrancoAngeli, Milano, 2005
- ❖ Magliona B.: *Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizioni di "irregolarità": problemi medico-legali*. Professione sanità pubblica e medicina pratica. Anno IV, n. 2, 1996
- ❖ Maisano B. *La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità*. *Studi Emigrazione* 2005; 157:75-85
- ❖ Marceca M., Geraci S., Mazzetti M. *Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni: note a margine di una decennale esperienza*. *Studi Emigrazione* 2005; 157:105-116.
- ❖ Marceca M. (con il contributo di Geraci S.). *La salute*. In: Zincone G, eds. *Primo rapporto sull’integrazione degli immigrati in Italia*. Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati. Bologna: Il Mulino, 2000: 273-315
- ❖ Marceca M. (con il contributo di Geraci S.). *La salute*. In: Zincone G, eds. *Secondo rapporto sull’integrazione degli immigrati in Italia*. Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati. Bologna: Il Mulino, 2001: 215-242
- ❖ Marceca M., Fara G.M.: *Condizionamento dei fattori sociali, economici e culturali nell’accesso ai servizi sanitari*. *Annali di igiene Medicina Preventiva e di Comunità*. n. 12 (Suppl. 1), 2000 – 49:57
- ❖ Marceca M.: *L’assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*, “L’arco di Giano”, n. 22, pp. 27-35, 1999
- ❖ Mazzetti M. *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino: L’Harmattan Italia, 1996
- ❖ Mazzetti M.: *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d’aiuto*, Carocci, Roma, 2003
- ❖ Mazzetti, M.: *Commento a proposito di “L’intercultura: da sfida a risorsa”*, L’Arco di Giano, numero 19, primavera 1999.
- ❖ Mazzetti, M.: *Il dialogo transculturale in medicina*. L’Arco di Giano, numero 22, inverno 1999
- ❖ Pennazza F., Boldrini R.: *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell’anno 2000. Rapporto statistico*. Roma, Ministero della Salute, D.G. Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici, Ufficio di Statistica, 2003
- ❖ Pullini A.: *Analisi critica di alcune diagnosi di dimissione ospedaliere, con particolare riferimento a neonati e donne*. In Pasini N, Pullini A: *Immigrazione e salute in Lombardia. Rapporto 2002*. Milano, Regione Lombardia e Fondazione ISMU, 2003 – 43:66
- ❖ *Rassegna agenzie stampa* 30 e 31 gennaio 2006
- ❖ Spinelli A., Grandolfo M.E., Donati S., Andreozzi S., Longhi C., Bucciarelli M., Baglio G.: *L’assistenza alla nascita dopo l’introduzione delle nuove normative*. In: *Atti del convegno “Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems. A consensus conference VII seminar – V Congresso Nazionale SIMM”*. Erice, 2002 – 6:11
- ❖ Spinelli A., Grandolfo M.E., Donati S., Andreozzi S., Longhi C., Bucciarelli M., Baglio G.: *Assistenza alla nascita tra le donne immigrate*. In Morrone A., Spinelli A., Geraci S., Toma L., Andreozzi S. (a cura di): *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Edito dall’Istituto Superiore di Sanità - Rapporti ISTISAN, 03/4, Roma, 2003, - 11:23
- ❖ WHO, IOM, CDC. *Health and Migration: bridging the gap*. Geneva: International Organization for Migration, 2005
- ❖ Zanfrini L. (a cura di): *La salute degli immigrati: problemi e prospettive*. *Atti del corso per operatori sanitari*. Fondazione Cariplo - I.S.M.U.- USSSL 75/prima di Milano. Quaderni I.S.M.U., n. 6, Milano, 1994