


Sanità di frontiera

Il Corriere della salute migrante di tutti



**Prima le persone:
medici in prima linea**

**Il muro della
disinformazione**

Un nuovo linguaggio
per le migrazioni

**Il futuro
oltre la siepe**

La convenienza
della convivenza

**Colmare i divari:
integrazione è salute**

Le mappe del disagio

**Le barriere
dell'accesso**

Una *sicurezza*
che preoccupa

Gira il foglio, rovescia il senso comune

Chi lavora sulla (o per la) frontiera della salute e del benessere, e a maggior ragione chi lavora nel campo della cura degli 'altri', ovvero delle persone emarginate, spesso immigrate, 'straniere', deve necessariamente modificare il suo punto di vista sulla realtà. Rimettendo il margine al centro del campo visivo e obbligato a mettere in discussione la visione consolidata del mondo, a rovesciare stereotipi e luoghi comuni.

Vista da vicino la frontiera perde il suo carattere rigido e indeterminato: da linea di demarcazione torna ad essere terreno comune, luogo di incontro, conoscenza, scambio. Una soglia da attraversare senza pregiudizi. Cambiando prospettiva, emarginati e immigrati sono soltanto persone, la povertà può diventare ricchezza, i problemi risorse, le distanze percorsi che ci avvicinano. Questo magazine, nel suo piccolo, ci prova. Ruota ancora il foglio, entra nel mondo di Sanità di frontiera.



Gira il foglio, rovescia il senso comune

Chi lavora sulla (o per la) frontiera della salute e del benessere, e a maggior ragione chi lavora nel campo della cura degli 'altri', ovvero delle persone emarginate, spesso immigrate, 'straniere', deve necessariamente modificare il suo punto di vista sulla realtà. Rimettendo il margine al centro del campo visivo è obbligato a mettere in discussione la visione consolidata del mondo, a rovesciare stereotipi e luoghi comuni.

Vista da vicino la frontiera perde il suo carattere rigido e indeterminato: da linea di demarcazione torna ad essere terreno comune, luogo di incontro, conoscenza, scambio. Una soglia da attraversare senza pregiudizi. Cambiando prospettiva, emarginati e immigrati sono soltanto persone, la povertà può diventare ricchezza, i problemi risorse, le distanze percorsi che ci avvicinano. Questo magazine, nel suo piccolo, ci prova. Ruota ancora il foglio, entra nel mondo di Sanità di frontiera.





La lezione di Mohamed Keita

La fotografia in questa pagina ritrae il frutto del peccato: l'oggetto dello sfruttamento sistematico dei braccianti africani nella piana di Gioia Tauro, impiegati nella raccolta delle arance (e dei pomodori) per 3 euro all'ora quando va bene, e costretti a vivere in baraccopoli prive di servizi e delle più elementari condizioni igieniche (in un vasto territorio dove si contano 35.000 case sfitte, come denuncia il Comitato per il riutilizzo delle case vuote).

Come tutte le immagini di questo magazine, anche questa è opera di Mohamed Keita, giovanissimo fotografo di origine ivoriana, giunto da solo in Italia non ancora maggiorenne, dopo un lungo viaggio. Mohamed si è imbattuto nella prima macchina fotografica a Roma, in un centro a bassa soglia promosso da Save the Children, e da allora non se ne è più separato. Le immagini sono diventate il suo pane quotidiano, in un percorso di crescita professionale che lo ha portato a esporre a Londra, New York, Cracovia, e a collaborare con musei e fondazioni. «Quello che più mi interessa di questo lavoro è la possibilità di raccontare la vita della gente - soprattutto di chi vive sulla strada, una condizione che ho conosciuto in prima persona - attraverso gli oggetti, i vestiti, le situazioni, gli ambienti, i contrasti della vita quotidiana, senza mettere in mostra il volto e l'identità di chi ritraggo. Sono cresciuto in una famiglia che mi ha insegnato l'importanza e il valore del rispetto: oggi, attraverso la fotografia, cerco di instaurare una relazione con gli altri e con il mondo all'insegna del rispetto».



Mentre tutte le indicazioni politiche vanno verso una visione talora restrittiva del concetto di universalità del diritto di accesso alle cure, l'Organizzazione Mondiale della Salute si appresta, nel corso della prossima Assemblea Generale, a varare il proprio piano globale di supporto alla salute dei migranti e dei rifugiati. La negoziazione di un compromesso dovrebbe permettere, lo auspichiamo, al neonato network delle agenzie delle Nazioni Unite impegnate nella migrazione di includere la dimensione sanitaria tra le proprie priorità, per garantire la messa in sicurezza delle comunità migranti così come delle comunità dei Paesi di transito e di destinazione.

È proprio su questi fattori che l'iniziativa editoriale che viene presentata va a incardinare la propria ragione di essere, in linea con le priorità indicate dal piano globale dell'OMS: si tratta, infatti, di fornire informazioni e documentazioni oggettive relativamente a questioni che verrebbero altrimenti strumentalizzate. Al di là di una visione strategica che deve informare la politica in maniera chiara, non ambigua, con dati e una metrica basati sull'evidenza.

Si tratta anche di garantire alle comunità che accolgono e cercano di integrare i migranti nel proprio tessuto sociale quel supporto e quell'accompagnamento, anche culturali, indispensabili a gestire il cambiamento inevitabile che l'accoglienza implica, nonché la nuova semantica socio-sanitaria che il sistema sanitario sta faticosamente apprendendo. Non c'è dubbio che la migrazione implichi cambiamento. La nostra responsabilità è fare in modo che questo cambiamento sia in senso migliorativo, sapendo che la migrazione è un fenomeno ineluttabile, determinato dalla somma di fattori che descrive la nostra società attuale, globalizzata e in cerca di aggiustamenti strutturali che ne permettano il progresso collettivo, non a scapito dei più deboli in una situazione di disuguaglianza diffusa. Quest'ultima promuove, infatti, la malattia evitabile, che circonda la competenza di servizi, come quello sanitario, che sono, invece, per loro stessa natura, universalistici.

Ritengo che il Corriere della Salute del Migrante si posizioni idealmente in questo dialogo costante, alle volte difficile e mai banale, che dovrebbe esserci tra operatori sanitari, esponenti politici, società civile, organizzazioni non governative e amministrazione pubblica, in cui il cittadino si trova spesso a osservare, e talora subire, situazioni e decisioni dove la bussola dell'evidenza fattuale e della solidarietà talvolta si perdono. Si dovrebbe, infatti, iniziare e condurre a

tutti i livelli, anche quello scolastico, il lungo discorso sulla miseria e sull'esclusione come determinanti veri di (cattiva) salute, oltre i colori della povera umanità che troppo spesso è relegata al ruolo di fantasma invisibile ai confini della nostra struttura sociale.

La guerra indotta tra poveri che porta alla marginalizzazione è forse l'epidemia peggiore che sta avvelenando il nostro clima sociale. Questa *epidemia* non può che essere combattuta e vinta con strategie inclusive, formative e educative prima di tutto. Che possano avere un consenso politico ed economico che guidi le nostre comunità in maniera non ideologizzata a gestire il cambiamento inevitabile indotto, si badi bene, non dalla migrazione, ma dalla crisi demografica, dal cambiamento climatico, dalla globalizzazione economica e della mobilità.

È fondamentale quindi che sia presente con la propria voce un'iniziativa come questa, che vada a documentare le radici della problematica, che raccolga il contributo degli operatori, soprattutto di quel 10% di colleghi medici, infermieri, operatori sociali, *care givers* in ambiti come quello domestico - in cui si sostanzia la maggior parte del supporto all'anziano e a chi soffre di patologie cronico-degenerative, che sono nuovi italiani e che garantiscono la sopravvivenza del nostro sistema socio-sanitario, oltre che assistenziale e pensionistico. L'informazione intorno alla migrazione, alle sue criticità e alle sue prospettive, è quindi indispensabile per evitare il peggior errore che la nostra società potrebbe fare: negarla, ignorarla, combatterla in maniera pregiudiziale, creando i presupposti per conflitti sociali determinati dalla mancanza di strategie di integrazione, di cui in altri Paesi vediamo le conseguenze spesso drammatiche.

Ranieri Guerra

Direttore Generale Aggiunto per le Iniziative Strategiche Organizzazione Mondiale della Salute

Questa iniziativa è resa possibile grazie al generoso sostegno di Consulcesi ONLUS e del suo Presidente.

Sanità di frontiera

Il Corriere della salute migrante di tutti



L'idea di questa pubblicazione origina dalla convinzione che la paura per lo straniero, che è oggi in crescita in Italia, non nasca da razzismo ma sia generata da una sorta di cortocircuito. Un cortocircuito alimentato da disinformazione, interessi di parte e un sistema di accoglienza e integrazione malfunzionante che canalizza spesso l'immigrato verso il degrado, anziché verso un'integrazione rispettosa dei diritti umani di chi arriva nel nostro Paese e dell'esigenza di benessere e sicurezza umana di noi tutti.

Sanità di Frontiera è un'Associazione che si adopera per promuovere e tutelare la salute di tutti, senza distinzione tra italiani e stranieri, con un'attenzione particolare verso coloro che sono più vulnerabili. Attraverso l'Osservatorio Internazionale per la Salute, uno dei suoi programmi principali, la nostra Associazione si impegna in attività di ricerca e in pubblicazioni come questa che vi accingete a leggere. Il tentativo è quello di contribuire alla giustizia sociale, per chiunque e ovunque, fornendo un'informazione sul tema che si smarchi dalle ideologie politiche che caratterizzano lo sterile dibattito esistente oggi intorno al fenomeno migratorio.

La Salute è uno stato di *completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia* (OMS). Coloro che si sentono obbligati a lasciare il proprio Paese, i propri punti di riferimento, i familiari, le persone a loro care, sono giusto alla ricerca di un miglioramento del loro stato di salute e, anche quando scappano da guerre o disastri naturali, perseguono un nuovo benessere fisico, psichico e sociale.

Il tentativo di migliorare il proprio stato di salute a 360° è dunque alla base della emigrazione degli esseri umani. Ma il concetto di benessere dovrebbe essere anche alla base di qualsiasi politica che affronta il fenomeno, perché, come illustreremo in questa pubblicazione, è provato da diverse fonti autorevoli che l'immigrazione, se ben gestita, porta benessere sociale ed economico per le comunità di accoglienza. In Europa, gli stranieri regolarmente residenti contribuiscono alla flessibilità del settore occupazionale anche in comparti per i quali non si trova più personale autoctono e, in Italia in particolare, contribuiscono a versare nelle casse dello Stato circa 3 miliardi di euro di surplus positivo all'anno, allentando, altresì, la decrescita demografica che rischia di portare al collasso il sistema economico del nostro Paese.

Per garantire salute, benessere e sicurezza umana di tutti, l'integrazione e l'inclusione sociale giocano un ruolo chiave anche per le comunità di accoglienza, per i cittadini che accolgono i migranti e che vogliono vedere assicurata la loro salute, il loro benessere e dunque la loro condizione di sicurezza umana.

Perciò, quando parliamo di migrazione dobbiamo tenere in considerazione che *salute, benessere, sicurezza umana e integrazione* non solo sono fondamentali, ma si sovrappongono e coincidono. Sono parte di un unico paradigma senza il quale il percorso migratorio è destinato a fallire.

Ecco che diventa centrale attivare dei sistemi di gestione dei flussi migratori, nonché di accoglienza e integrazione, che possano garantire un'efficace inclusione sociale ed interazione di tutti i soggetti coinvolti. Di tutte le persone.

Giuseppe Petrella

Presidente del Comitato Scientifico

Osservatorio Internazionale per la Salute/Sanità di Frontiera



SOMMARIO

Per una salute senza confini

Sanità di Frontiera - salute senza confini - Onlus è una associazione senza scopo di lucro, apolitica e aconfessionale, che realizza interventi nel settore del contrasto alle disuguaglianze e della promozione del benessere psicofisico, dell'inclusione sociale e del rispetto dei diritti umani in Italia e all'estero. Sanità di Frontiera sperimenta e diffonde modelli di intervento per favorire la salute intesa come *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità*, secondo la nota definizione dell'Organizzazione Mondiale della Salute. Nel suo impegno l'associazione si adopera con particolare attenzione nei confronti dei soggetti più vulnerabili o più discriminati, quali i minori, le donne, i migranti e i più bisognosi, in Italia e all'estero.

Tra le attività in corso, si segnalano in particolare i corsi di formazione residenziali o a distanza indirizzati a tutti gli operatori sanitari che si trovano ad interagire con immigrati e stranieri residenti (o che hanno interesse ad approfondire la tematica della medicina delle migrazioni) e l'attivazione dell'unità mobile *Salute e Inclusione* a Roma per offrire assistenza sanitaria e orientamento ai servizi socio-assistenziali alle persone svantaggiate, in particolare migranti.

L'associazione ha inoltre attivato una partnership con l'Organizzazione MEDU (Medici per i Diritti Umani) per rinnovare e riattivare una unità mobile in Calabria, nella Piana di Gioia Tauro (dicembre 2017), e dal gennaio 2019 anche in Puglia, nel territorio della Capitanata. Sanità di Frontiera effettua ricerche e indagini tramite l'Osservatorio Internazionale per la Salute, un programma guidato da un prestigioso Comitato Scientifico che ha, altresì, mandato di fornire l'indirizzo strategico all'intera organizzazione. L'Osservatorio opera attraverso un ascolto costante delle istituzioni, dei medici e delle loro istanze, dei cittadini e delle altre organizzazioni di settore.

Oltre alla ricerca e all'azione, l'Osservatorio si adopera per fornire alle istituzioni informazioni e dati sempre aggiornati per aiutarle a prendere le decisioni migliori.



Una pubblicazione di:
Sanità di Frontiera Onlus
Marzo 2019

A cura di:
Giulio Cederna

Redazione:
Giulio Cederna, Michela Diodato,
Valeria Vivarelli

Fotografie:
Mohamed Keita

Elaborazione e illustrazione mappe:
Velia Sartoretti e Alessandro Davoli
(GisAction by TeamDev)



Progetto grafico e impaginazione:
Daria Sorrentino

Stampa:
Ograro srl

Si ringrazia Consulcesi Onlus

1 Ruota il punto di vista,
cambia prospettiva

2 La lezione di Mohamed Keita

4 **PREMESSA**
di Ranieri Guerra

5 **INTRODUZIONE**
di Giuseppe Petrella

8 **Prima le persone**
Medici in prima linea

MAPPA
*Rete degli ambulatori
STP/ENI a Roma e nel Lazio*

INTERVISTA
L'importanza di sporcarsi le mani
(e di studiare): **Salvatore Geraci**

16 **Il muro della disinformazione**
Parole: un nuovo linguaggio
per le migrazioni

GLOSSARIO
Migrante, extra-comunitario,
profugo, rifugiato, irregolare,
clandestino, persona

INTERVISTA
Dire la verità per costruire
l'integrazione: **Ahmad Ejaz**

DATI DI REALTÀ
I numeri della migrazione in Italia

MAPPA
*Stranieri residenti per provincia
Principali paesi di provenienza
degli stranieri extra UE*

28 **Il futuro oltre la siepe**
La convenienza della convivenza
La vita per gli altri

MAPPA
Tasso di disoccupazione per provincia

INTERVISTA

Un'occasione per guarire la relazione medico e paziente: **Kossi Komla-Ebri**

38 **Colmare i divari: integrazione è salute**
Stranieri a casa nostra

FOTONOTIZIA
Senza fissa dimora

INTERVISTA
La responsabilità etica di produrre
conoscenza: **Santino Severoni**

APPROFONDIMENTO
Le mappe del disagio

MAPPA
*Stranieri a rischio di povertà o esclusione
sociale e tasso di sovraffollamento
della popolazione straniera*

FOTONOTIZIA
Un camper ai margini
della cittadinanza

INTERVISTA
Superiamo la visione emergenziale:
Silvia Declich

54 **Rimuovere ostacoli e barriere:**
La *sicurezza* che preoccupa: i punti
dolenti del decreto 113.

Il nodo della formazione
INTERVISTA
Breve storia della SIMM, avamposto
di civiltà: **Maurizio Marceca**

62 **La frontiera della politica**
Una nuova agenda per la migrazione
di **Francesco Aureli**

64 **Limes. Indirizzi utili**
Bibliografia essenziale
La frontiera della salute

Prima le persone



La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

*Costituzione Italiana
Articolo 32*

L'articolo 32 della Costituzione stabilisce che la tutela della salute è un diritto fondamentale dell'individuo, da difendere nell'interesse della collettività. La sua formulazione ha permesso di esprimere norme inclusive anche in relazione ai migranti. Garantire il diritto alla salute di chi arriva in Italia è uno dei principali doveri di chi ha a cuore la salute di tutti.

Se c'è un ambito nel quale non è possibile stabilire gerarchie tra persone di serie A e di serie B, ad esempio tra *cittadini italiani* e *persone straniere*, così come propugnato dal refrain *prima gli italiani*, questo è per definizione il campo della salute. Lo stabilisce l'articolo 32 della Costituzione italiana indicando nella tutela della salute un «fondamentale diritto dell'individuo», unico diritto della nostra carta riferito esplicitamente all'*individuo*, piuttosto che al *cittadino*, e qualificato con l'aggettivo *fondamentale*. Come osserva Maurizio Marceca, professore di Igiene generale e applicata all'Università La Sapienza di Roma, nonché

presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), «proprio per questa sua peculiarità, l'articolo 32 è un patrimonio giuridico di grande importanza che ci ha permesso fino ad oggi di esprimere norme inclusive nel campo della salute, anche nei confronti di tutti quegli immigrati che oggi non sono al riparo dell'ombrello della cittadinanza». Non è un caso che l'articolo sia opera di uomini appena usciti dagli orrori del nazifascismo, consapevoli che nell'applicazione della legge possono sempre «entrare in giuoco elementi razzisti». La prima parte del comma si deve ad esempio a Giuseppe Caronia, pediatra dell'università

di Roma, insignito dopo la sua morte del titolo di Giusto tra le Nazioni per aver protetto decine e decine di ebrei durante l'occupazione nazista. Il suo emendamento fu preferito dall'assemblea a quello, decisamente più blando, proposto da un onorevole repubblicano: la difesa e la cura della salute fisica dei cittadini è compito della Repubblica. «Un articolo di Costituzione deve essere sintetico - affermò Caronia, intervenendo a sostegno della sua proposta. Mirabile esempio di sintesi, che in quattro parole tutto esprime, è la norma di diritto sancita da Roma antica: *salus publica suprema lex*». La maggiore perfezione della formulazione proposta da Caronia fu apprezzata dagli altri padri costituenti: «in termini alquanto generali e quindi più propri per una Costituzione» (Tupini), l'articolo dava forma a uno di quei diritti sociali che «costituiscono delle innovazioni e dei germi che potranno avere uno sviluppo nella legislazione ordinaria, e che, nel caso della salute, sono premessa indispensabile per poter affermare gli stessi diritti di libertà». «La salute - dichiarò in assemblea Mario Merighi, fisiologo di fama internazionale ed esperto di bonifiche idrauliche, eletto alla Costituente nelle file del partito socialista - è il primo requisito essenziale per la libertà dell'individuo. Un individuo malato o minorato nelle sue capacità fisiche e intellettuali, indubbiamente non è più un uomo libero». La salute è dunque considerata un diritto fondamentale perché garantendo l'integrità fisica e morale dell'individuo permette l'esercizio di tutti gli altri diritti stabiliti dalla Costituzione e il pieno sviluppo della persona umana. Ancora più significativa, se possibile, è la seconda parte del primo comma che coniuga il diritto individuale all'interesse di tutti. «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». «In questo modo - afferma Marceca - la nostra Costituzione sottolinea la forte interdipendenza tra salute individuale e collettiva: trascurare la salute di una persona, nel caso di malattie tra-

In queste pagine, due immagini storiche del poliambulatorio Caritas di via Marsala. Questa qui sotto risale al 1986. L'immagine nella pagina a destra è stata scattata nel 1991. (Archivio Caritas)

smisibili ma non solo, può mettere a repentaglio la salute degli altri. Viceversa è interesse generale esprimere normative che favoriscano l'accesso alle cure da parte di tutti». Anche da parte di chi non se le può permettere, ad esempio gli indigenti, come conclude esplicitamente l'articolo. Dove per indigenza non si intende la semplice povertà, ma l'*indigenza medica*, ovvero l'impossibilità di accedere a specifiche cure a pagamento (Corte costituzionale, n. 992/1988).

I principi fondamentali che informano il dettato costituzionale (rispecchiando alcuni degli assunti basilari della moderna scienza medica), ritornano di grande attualità oggi, a settant'anni dalla sua

approvazione, in un contesto profondamente mutato, segnato dalla presenza significativa di persone immigrate e insieme dall'ascesa di pulsioni xenofobe. Lo ribadisce con forza, fin dal sottotitolo, il *Rapporto sulla salute di rifugiati e dei migranti nella regione europea* pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità all'inizio del 2019: «non c'è salute pubblica se non c'è salute per rifugiati e migranti». «Rifugiati e immigrati godono lo stesso diritto umano alla salute di qualsiasi altro - afferma Zsuzsanna Jakab, direttrice generale dell'OMS per l'Europa - una priorità è migliorare la protezione di rifugiati e migranti, compreso lo sviluppo di sistemi di meccanismi finanziari sostenibili, a livello nazionale e internazionale, per assicurare la copertura sanitaria universale e la protezione sociale. Un'altra priorità fondamentale è ridurre la xenofobia, la discriminazione e lo stigma sperimentati spesso dai rifugiati e dai migranti» (OMS 2018, p. V). Il rapporto ricorda infatti che una delle maggiori minacce per la tutela della salute pubblica è rappresentata oggi proprio dal ritorno di quelle ideologie e di quelle istanze discriminatorie che «rischiano di farci recedere dalle conquiste raggiunte». Il diritto alla salute non è solo un fondamentale diritto umano sancito dai trattati internazionali, ma è un pre-requisito fondamentale della salute pubblica, perché «la sicurezza della salute collettiva è in definitiva la somma della sicurezza della salute individuale, che si raggiunge attraverso la copertura sanitaria universale», e perché «gruppi di popolazione con una bassa copertura sanitaria possono avere impatti negativi sull'intera comunità» (p. 11). Difendere e garantire il diritto alla salute degli immigrati è quindi oggi uno dei principali doveri di chi ha a cuore la salute di tutti. ●



Il diritto alla salute nei trattati internazionali

Il diritto alla salute è più volte affermato da numerosi documenti e trattati internazionali.

La *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità* (1946) definisce la salute non come semplice assenza di malattia, ma come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» e afferma che «il godimento delle migliori condizioni di salute raggiungibili costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzioni di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale».

L'articolo 12 del *Patto internazionale sui diritti sociali, economici e culturali* (1966) postula «il diritto di ogni indi-

viduo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire».

Tale diritto deve essere garantito dagli Stati nel rispetto di quattro criteri fondamentali (*Commento n. 14 del Comitato delle Nazioni Unite, 2000*): la disponibilità di strutture, beni e servizi; la loro accessibilità senza discriminazioni, appropriatezza etica e culturale, e qualità. Il commento n. 14 postula il collegamento tra diritto alla salute e diritti sociali, mettendo l'accento sui *determinanti sociali* del diritto alla salute, ovvero le condizioni non strettamente sanitarie per garantire il benessere della persona, come l'uso dell'acqua pulita, la dispo-

nibilità di cibo, la qualità dell'abitazione, eccetera. La *Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina del Consiglio d'Europa* (1997) impegna gli stati a «garantire un accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità adeguata, in base alle esigenze della persona». L'articolo 35 della *Carta dei diritti fondamentali della UE* afferma che «ogni individuo ha diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». ●

Dall'attività pionieristica dei primi ambulatori aperti agli immigrati negli anni Ottanta, alla nascita della SIMM, alla stesura di un articolo di legge fondamentale alla metà degli anni Novanta.

Breve storia di alcune persone illuminate e di tanti medici in prima linea che con il loro impegno hanno concorso a rendere effettivo il diritto alla salute per tutte le persone immigrate.

PIONIERI

Medici in prima linea

Le grandi enunciazioni da sole non bastano se la società e la politica non creano le condizioni per trasferire i principi dalla carta alla realtà. L'affermazione in concreto del diritto alla salute per tutti i cittadini italiani si è avuta il 23 dicembre del 1977 con la nascita del Servizio Sanitario, un piccolo grande miracolo nella direzione di una società più inclusiva. Ma creare i presupposti per fare accedere alle cure anche le diverse categorie di immigrati, è stato un percorso assai più accidentato e difficile, reso possibile dalla lungimiranza di tanti operatori, medici, volontari, che hanno deciso e decidono tutt'oggi di impegnarsi in prima linea. Nel corso degli anni Ottanta, in tutte le principali città vedono la luce ambulatori e servizi ad opera del cosiddetto privato sociale che intendono dare una risposta ai bisogni inevasi degli stranieri, a quel tempo fuori dai radar della sanità pubblica. Allora, infatti, gli immigrati si dovevano accontentare per legge, quando ne venivano a conoscenza, delle cure offerte dal pronto soccorso. «Agli stranieri presenti nel territorio nazionale sono assicurate, nei presidi pubblici e convenzionati, le cure urgenti ospedaliere per malattia, infortunio e maternità» (Art. 5, D. L. 30 dicembre 1979, N. 663).

A Roma, già a partire dal 1983, su impulso di Don Luigi Di Liegro, la Caritas avvia un poliambulatorio di base aperto a tutte quelle persone (stranieri, rom, poveri) che non godono dell'assistenza sanitaria pubblica e gratuita. Presso via Marsala, è attivo anche un servizio che raccoglie e smista farmaci, mentre per i rom confinati nei campi viene realizzata un'apposita unità mobile. «La malattia è di per sé un elemento emarginante, soprattutto per chi non è adeguatamente tutelato - scrive in quegli anni Di Liegro - Pur essendo il diritto alla salute uno dei diritti irrinunciabili per l'uomo, migliaia di persone anche nella nostra città ne sono di fatto esclusi: immigrati irregolari e clandestini, nomadi,



senza fissa dimora». «Il diritto alla salute è negato per legge ai clandestini e nascosto ai regolari», denunciano Salvatore Geraci e Maurizio Marceca, allora giovani volontari presso il poliambulatorio Caritas. Negli stessi anni, a Milano, Italo Siena - denuncia la situazione di precarietà e grave emarginazione degli immigrati condannati ad essere irregolari, «in quanto non vi è nessuna legge che dà la possibilità di essere regolarizzati. Gli immigrati non esistevano e, non esistendo i loro corpi, non

Tra altri volontari e obiettori di coscienza del poliambulatorio Caritas si riconoscono Salvatore Geraci, Riccardo Colasanti e Maurizio Marceca. (Archivio Caritas)



vi era nessuna assistenza sanitaria che li riguardasse». Dall'intraprendenza di questo medico illuminato nasce un ambulatorio di medicina generale per stranieri e rom che compie visite specialistiche e dispensa farmaci, e nel 1989 l'Associazione Naga, attiva anche nel campo della consulenza legale e della difesa dei diritti sociali. Altri ambulatori per gli immigrati irregolari operano in quegli anni a Bologna, Genova, Palermo e in altre città, mentre nel 1990 nasce a Roma, presso l'associazione Ferdinando Riello, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), destinata a diventare un autorevole punto di riferimento nel campo della ricerca e dell'advocacy per favorire il cambiamento delle politiche. «In quel contesto, le domande e i sogni dei medici volontari in varie parti del nostro paese iniziarono a diventare un progetto: come assicurare un'attenzione sanitaria a chi si vedeva negato questo diritto? La nuova realtà dell'immigrazione richiedeva la capacità di inventare nuovi percorsi, capacità di trasformare una società impostata per una sola cultura ed un solo territorio in uno spazio inter-etnico, aperto al dialogo ed alla costruzione del bene comune, disponibile e accessibile per tutti» (M. Affronti, 2018). Dalla metà degli anni Novanta, questo laboratorio vitale di sperimentazioni, iniziative, proposte, inizia

finalmente a fare breccia nel quadro normativo lacunoso e frammentario del tempo, favorendo l'emersione del diritto alla sanità pubblica anche per le persone *irregolari*, nel rispetto della Costituzione. In particolare, l'articolo 13 di un decreto legge restrittivo emanato dal Governo Dini (1995), poi confluito nel 1998 nella legge Turco Napolitano e nel Testo Unico sull'immigrazione, stabilisce che «anche coloro che sono presenti in Italia in condizioni di irregolarità giuridica e clandestinità hanno diritto non solo alle cure urgenti ma anche a quelle essenziali, continuative ed ai programmi di medicina preventiva». Da allora sono subentrate nuove leggi e nuove procedure, la riforma del titolo V della Costituzione ha dato nuovi poteri alle Regioni, ma quel principio di fondo - sostanziato dall'introduzione del codice STP per garantire le cure anche degli Stranieri Temporaneamente Presenti, senza permesso di soggiorno né residenza - sulla carta è rimasto invariato. Oggi, però, le recenti disposizioni del decreto n. 113/2018, in un quadro segnato dal graduale indebolimento degli investimenti nella sanità pubblica, rischiano di allentare il sistema di tutele per le persone immigrate (e di conseguenza anche per i cittadini italiani).

Salute e immigrazione: cosa dice la legge

La prima disposizione a estendere allo straniero temporaneamente presente nel territorio dello stato, anche se irregolare, i programmi di medicina preventiva e la tutela della maternità, oltre ai servizi di emergenza, risale al decreto legge n. 489 varato dal Governo Dini nel 1995 principalmente per rispondere all'esodo dei profughi dall'ex Jugoslavia. Il contenuto dell'articolo 13 viene recepito dalla Legge 40 Turco Napolitano (marzo 1998, www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm), poi confluita nel Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (D.Lgs. 286, luglio 1998), i cui principi hanno trovato concretezza applicativa nel Regolamento di at-

tuazione (D.P.R. n. 394, 31 agosto 1999). Ulteriori chiarimenti sono stati forniti da una Circolare del Ministero della Sanità datata 24 marzo 2000. In particolare l'articolo 34 del Testo Unico («Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale») prevede, con l'intento di sostenere i percorsi di integrazione e di cittadinanza, che gli stranieri legalmente e stabilmente presenti siano obbligatoriamente iscritti al SSN. Rispetto alla normativa precedente, viene eliminato il requisito della residenza come condizione indispensabile ai fini dell'iscrizione al SSN (art. 34, comma 7). In mancanza di residenza, il cittadino straniero è iscritto, con i familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Azienda sanitaria locale nel cui territorio

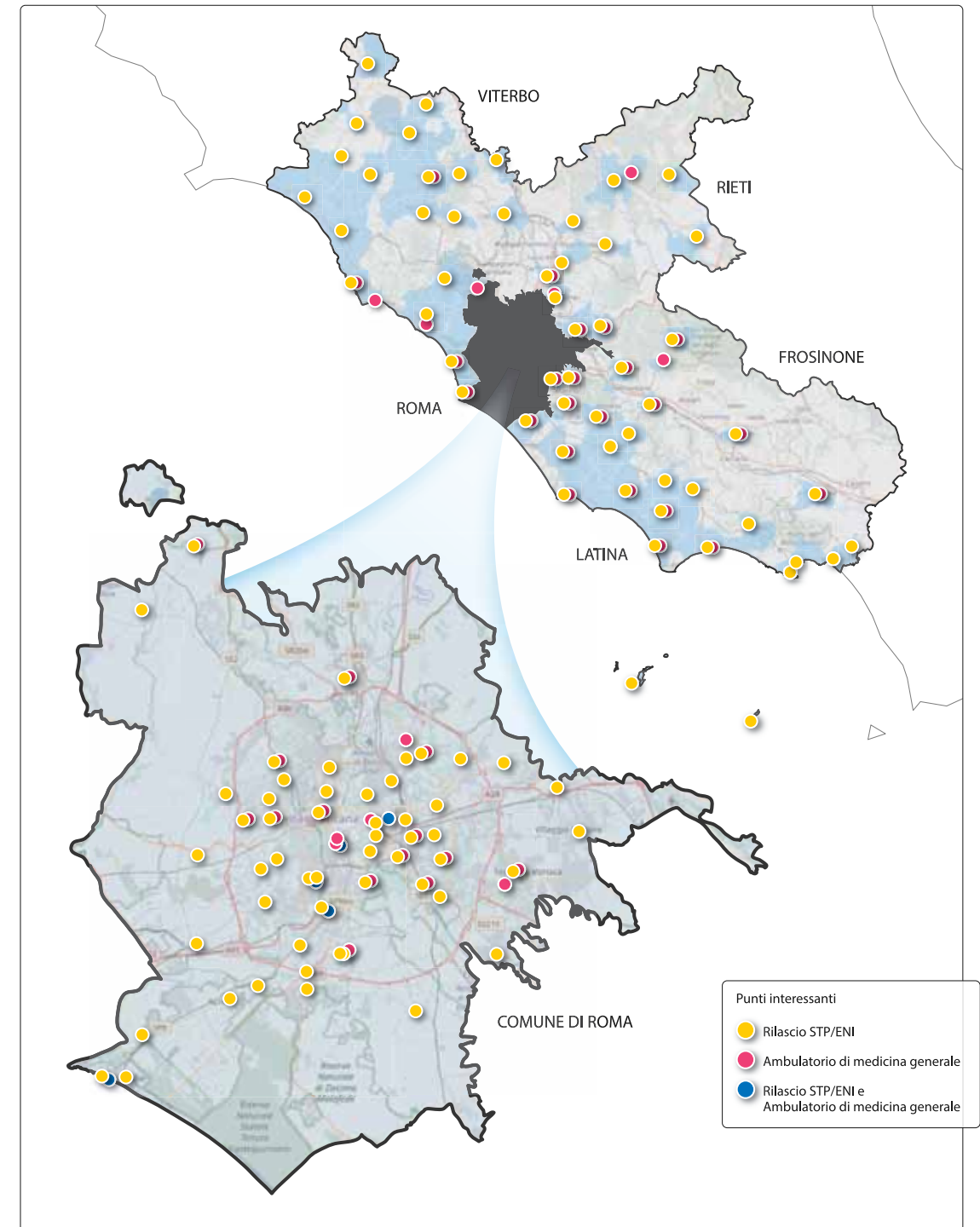
ha effettiva dimora (ovvero quello indicato nel permesso di soggiorno). L'articolo 35 del Testo unico garantisce (commi 3, 4, 5 e 6) la tutela sanitaria «a salvaguardia della salute individuale e collettiva» anche nei confronti di coloro «non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno». La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei loro confronti vengono effettuate «utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio

nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3, del Testo Unico» (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/11/03/099G0265/sg). La legge Bossi Fini (n. 189/2002) e il suo regolamento di attuazione (2004) non hanno modificato le disposizioni in materia sanitaria. Con la riforma del Titolo V della Costituzione (legge costituzionale n° 3, 18 ottobre 2001), tuttavia, le Regioni hanno ottenuto il riconoscimento della potestà legislativa concorrente con quella dello Stato. Il decentramento gestionale negli anni una frammentazione di norme e pratiche che non garantiscono uniformità e continuità di cure alle persone immigrate su tutto il territorio nazionale.

Rete degli ambulatori STP/ENI a Roma e nel Lazio

Anno: dicembre 2018
Fonte: Regione Lazio

Secondo la legge, le persone straniere presenti sul territorio italiano hanno diritto di ricevere un'assistenza sanitaria pur non essendo in regola con il permesso di soggiorno. Per accedere alle cure devono richiedere un tesserino presso appositi uffici della ASL denominati STP/ENI, ossia per Stranieri Temporaneamente Presenti o per Europei Non Iscritti. Nel 2019, Sanità di frontiera, GRIS Lazio, SIMM e Caritas, hanno realizzato la mappa della rete degli uffici e degli ambulatori STP/ENI di Roma e del Lazio, con l'obiettivo di rendere immediatamente disponibili tutte le informazioni ai potenziali utenti e di orientare il personale dei servizi. www.sanimapp.it



L'importanza di sporcarsi le mani (e di studiare)



Salvatore Geraci è responsabile da quasi 30 anni dell'Area sanitaria per immigrati e rom della Caritas capitolina, ed è stato per nove anni presidente della SIMM.

Ci racconta com'è cominciato il suo impegno: una vocazione?

In realtà ho iniziato a occuparmi di immigrazione per una circostanza assolutamente casuale. A metà degli anni '80 ero impegnato nella società civile, ero stato tra i fondatori del Comitato per il Parco della Caffarella, e feci domanda per poter fare l'obiettore di coscienza mettendo in conto di poter prestare servizio in qualche biblioteca. Mi stavo per laureare in medicina ma non pensavo ci fosse un luogo dove poter mettere a frutto quel poco di competenze che avevo acquisito, quando un giorno vidi un'intervista a Don Luigi di Liegro sull'ambulatorio per migranti da poco aperto vicino alla stazione Termini. Chiesi di poter integrare la mia domanda indicando la Caritas romana come destinazione e alla fine (dopo oltre 18 mesi d'attesa) venni assegnato all'ambulatorio della Caritas, era l'ottobre del 1986. Terminati i venti mesi di Servizio Civile, Don Luigi mi chiese di restare e di continuare ad impegnarmi per la salute dei migranti. E sono rimasto... fino ad oggi.

Com'era lavorare con Di Liegro?

Per Don Luigi l'impegno al fianco degli emarginati e dei poveri non doveva esaurirsi nell'offrire dei servizi, anche se altamente qualificati e professionali, ma esige una *attenzione particolare, uno sforzo in più*, come diceva lui, ovvero la possibilità di mettersi in discussione e di *lasciarsi cambiare dall'incontro con l'altro*. Bisognava fare esperienza, sporcarsi le mani, impegnarsi in prima persona, ma allo stesso tempo Di Liegro ci chiedeva di studiare e trasmettere ciò che imparavamo. L'immagine che ci guidava era una frase di Paolo VI che diceva: «l'uomo contemporaneo ascolta più volentieri i testimoni che i maestri o, se ascolta i maestri, è perché sono dei testimoni». Per questa ragione, fin da subito, cominciammo a raccogliere dati. Oggi abbiamo la banca dati più vecchia e tra le più grandi d'Italia: circa 90 mila schede pazienti, 300 mila schede diagnosi a partire dal 1987.

Allora però l'immigrazione nel nostro Paese era ancora allo stadio embrionale. I numeri degli immigrati in Italia erano certamente molto diversi rispetto a quelli di oggi. Ma già a quel tempo la nostra grande battaglia era quella di dire che l'immigrazione, lungi dall'essere un fatto transitorio, sarebbe presto diventata un fenomeno strutturale, culturalmente necessario e socialmente significativo. Quando facevamo questi discorsi ci pigliavano per matti. Pensavano che fossimo fuori dal mondo.

Fin da subito vi confrontaste con il tema del pregiudizio. In che modo?

Fin dai primissimi anni la nostra riflessione si concentrava sulla relazione medico-paziente e su tutto ciò che potesse condizionare tale rapporto, ad esempio i pregiudizi, che tra l'altro erano reciproci. Gli immigrati, ad esempio, avevano l'aspettativa di incontrare da noi una sanità ipertecnologica, mentre qui non trovavano nemmeno i diritti: a un immigrato potevo dare solo quello che sapevo fare, ma non potevo certo attingere ad altri servizi perché la legge non lo prevedeva. D'altra parte in quei tempi ci capitava spesso di leggere dichiarazioni di professori

Salvatore Geraci è responsabile dell'Area sanitaria per immigrati e rom della Caritas capitolina. È stato presidente della SIMM (Società Italiana di Medicina della Migrazione) dal 2000 al 2009 e attualmente fa parte del coordinamento dei Gruppi locali *Immigrazione e salute* (GrIS). È stato membro di vari tavoli istituzionali sui temi salute, migrazione e disuguaglianze e collabora con alcune Aziende sanitarie e diverse Università. È nel comitato scientifico di alcune riviste e organizzazioni scientifiche. È componente del Gruppo di lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati della Regione Lazio istituito presso l'Assessorato regionale alla sanità ed è direttore dell'Executive master in *Salute Globale e Migrazioni*.

o politici che pontificavano sulla salute degli immigrati senza mai averne visto nemmeno uno. Riccardo Colasanti, un collega che aveva fondato l'ambulatorio Caritas qualche anno prima, disse che erano vittime della *sindrome di Salgari*, grande scrittore che ha saputo farci sognare la Malesia e altri mondi fantastici senza mai esserci stato. Chi come noi gli immigrati li incontrava ogni giorno, al contrario, trovava cose molto diverse rispetto a quanto affermavano questi *sedicenti esperti*. Quella dissonanza divenne evidente nel 1990, quando durante gli Stati generali della migrazione organizzati a Roma in occasione del varo della legge Martelli, ci ritrovammo insieme ad altri gruppi del privato sociale che facevano assistenza ai migranti: il Naga di Milano, il Biavati di Bologna, la Croce Rossa di Genova, il Santa Chiara di Palermo, eccetera. Si trattava sostanzialmente di ambulatori per poveri che poi con la crescita del fenomeno dell'immigrazione sono diventati progressivamente ambulatori per migranti, e che adesso, paradossalmente, stanno ritornando ambulatori per poveri. Ognuno portò le sue casistiche e così scoprimmo che i nostri pazienti, pur provenendo da popolazioni diverse di riferimento, avevano le stesse caratteristiche, erano sovrapponibili... Le patologie che vedevamo noi a Roma, erano le stesse patologie che vedevano a Milano, Bologna, Palermo e Genova. Ed erano molto diverse da quelle che leggevano dalle dichiarazioni di ministri, politici che parlavano di malattie esotiche, tropicali, eccetera. Al contrario erano malattie dovute al disagio e alla povertà.

Già allora quindi emergeva la stretta correlazione tra salute degli immigrati e condizioni di vita?

Oggi il concetto che la salute sia legata ai determinanti sociali è diventato il paradigma della sanità. C'è un'ampia letteratura sulle cosiddette cause distali delle malattie... l'inclusione sociale, la coesione sociale, il reddito, le reti, eccetera. Noi allora non avevamo ancora gli strumenti per affermarlo con precisione, ma lo intuivamo, e avevamo capito che prima di parlare di salute degli immigrati bisognava comprendere gli scenari dell'immigrazione. Solo studiando i modi in cui gli immigrati si strutturano all'interno del paese è possibile capire quali sono le patologie che possiamo aspettarci, prima ancora delle patologie *esotiche* che pure possono marginalmente esserci, ma che non sono la causa principale del disagio degli immigrati. E questa è l'impostazione che manteniamo ancora oggi anche in percorsi formativi locali e nazionali.

Ma dall'insegnamento di Di Liegro avete avuto anche "stimoli politici"...

Per don Luigi l'impegno di carità non poteva prescindere dell'impegno per la giustizia. Ed anche la solidarietà aveva una precisa accezione: «essa non è un vago sentimento di compassione - ci diceva - né si fonda su un sentimento di altruismo ingenuo, ma nasce dall'analisi della complessità sociale, dai guasti del sistema sociale disordinato, dal degrado morale e culturale provocato dalla legge del più forte, dalla carenza di etica collettiva». Anche qui mi viene in mente un insegnamento di Paolo VI e cioè che «la politica è la forma più alta della Carità». Questo è l'imprintig che la mia generazione di medici, molti obiettori di coscienza al servizio militare, impegnati in quel piccolo ambulatorio alla stazione Termini ha respirato e vissuto. E si capisce il grande impegno, certamente non in modo isolato (la *rete* altro valore insegnatoci da don Luigi), che abbiamo avuto per far emergere il diritto alla tutela sanitaria per gli immigrati, e che ha prodotto nel tempo delle norme inclusive, coerenti con la nostra Costituzione, e che hanno resistito anche a politiche certamente non favorevoli agli immigrati.

Ecco, questo *pendolo* tra l'impegno concreto, quotidiano con le persone straniere e con quelle più fragili della nostra società, e l'attenzione alle politiche, agli scenari sociali e istituzionali, potremmo dire con una frase di oggi, è la cifra del nostro agire e di migliaia di volontari che in questi anni sono stati protagonisti, forse inconsapevoli, di un piccolo cambiamento culturale. ●

Primo comandamento: vietato segnalare

L'accesso alle strutture sanitarie da parte del cittadino non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano».

La disposizione del comma 5 dell'articolo 35 del Testo unico sull'immigrazione - purtroppo spesso disattesa per un malinteso senso del ruolo e delle funzioni del sistema sanitario pubblico - è un principio fondamentale per garantire la tutela della salute pubblica, e il diritto di ciascuno alle cure.

È evidente infatti che rendendo perseguibile, sulla base del suo status giuridico, un soggetto portatore di un bisogno di salute, si corre il rischio di alimentare la sua diffidenza nei confronti del servizio e di attivare una potenziale, pericolosa condizione di *clandestinità sanitaria* che potrebbe mettere a repentaglio la salute dell'intera collettività.

La mala-informazione degli italiani in materia di immigrazione rappresenta un serio ostacolo alla ricerca di politiche e soluzioni ragionate. Come certificano numerose ricerche, la percezione prevalente del fenomeno - condizionata da rappresentazioni mediatiche emergenziali e allarmiste - sovrastima la presenza degli stranieri e in particolare di quelli *irregolari*. Un italiano su due pensa addirittura che quest'ultimi - una piccola minoranza - rappresentino la maggioranza degli immigrati presenti nel nostro Paese.



Il muro della disinformazione

Se c'è un luogo del nostro sapere politico e sociale che evoca l'idea della frontiera della conoscenza, del limite della nostra stessa capacità o volontà di capire, questo sembra essere proprio il campo dell'immigrazione. Il paradosso del vivacissimo dibattito su questo argomento cruciale, infatti, nel nostro Paese è rappresentato proprio dalla sproporzione tra il diluvio quotidiano di prese di posizione, news, variazioni sul tema, e la diffusa, generale, ignoranza dei principali dati di fatto, come testimoniano numerose ricerche sulla percezione del fenomeno. I cittadini italiani (e di tanti altri Paesi europei) hanno una visione fortemente distorta della quantità, della composizione, delle caratteristiche prin-

cipali del fenomeno migratorio. Il sondaggio condotto dalla Commissione Europea nell'ottobre 2017 sull'integrazione degli immigrati in Europa (EU Commission, Special Eurobarometer 469, April 2018) mostra come, in media, meno di 4 cittadini europei su 10 pensino di essere ben informati sull'immigrazione e sui fenomeni ad essa collegati. Solo in 5 paesi su 28 gli intervistati (che si ritengono) ben informati sono più della metà delle persone interpellate (Danimarca, Svezia, Paesi Bassi, Germania, Lussemburgo). In Italia prevale il realismo e la percentuale delle persone che dichiarano di sapere raggiunge il 34%, due gradini sotto la media europea del 36%. E tuttavia, nel nostro Paese, la fiducia nei media è molto

maggiore di quella che si riscontra negli altri Paesi: ben il 46% degli italiani ritiene affidabile la narrazione mediatica, il 12% pensa sia eccessivamente favorevole e positiva, e solo il 26% pensa che il fenomeno sia ritratto in maniera sfavorevole. Generalmente i Paesi che su questi temi confidano maggiormente nei media sono quelli che ci hanno abituato a frequenti manifestazioni di xenofobia (ad esempio l'Ungheria) mentre si osserva una maggiore distanza critica nei Paesi a forte tradizione democratica (UK, Danimarca, Francia, Svezia).

Per effetto della scarsa informazione e di un'eccessiva fiducia nei media, in Italia lo scarto tra la realtà percepita e i dati base del fenomeno è tra i più

elevati d'Europa. Se mediamente in Europa i cittadini valutano una presenza percentuale di immigrati poco più che doppia rispetto a quella reale (2,3 volte superiore), in Italia la stima per eccesso è addirittura tre volte e mezzo: mediamente gli italiani interpellati pensano che gli immigrati regolari extra UE siano il 25%, addirittura una persona su quattro, contro una media reale del 7% (calcolata al momento della rilevazione il 1° gennaio 2017). Ancora più clamorosa è la distorsione della percezione del rapporto tra immigrati regolari e *irregolari*, un dato che da solo mostra tutto il peso della narrazione mediatica sul dibattito pubblico: se in media in Europa ben il 29% del campione interpellato pensa che gli immigrati irregolari superino

La fonte: il sondaggio di Eurobarometro

Dal 2007 il Parlamento europeo ha inaugurato Eurobarometro, una propria serie di sondaggi sulla percezione e sulle aspettative dei cittadini a proposito dei principali temi in agenda. Il sondaggio Integration of immi-

grants in the European Union, pubblicato ad aprile 2018, intendeva comprendere le opinioni prevalenti sul fenomeno migratorio nei diversi paesi europei per rispondere alle sfide dell'integrazione. Il questionario ha usato un nuovo set di domande disegnate per l'occasione ed è stato proposto tra il 21 e il 30 ot-

tobre 2017 a 28 mila residenti dei 28 paesi, appartenenti a diversi gruppi demografici e sociali, attraverso interviste faccia a faccia nelle loro case e nella loro lingua madre. Il questionario definisce immigrati quelle persone nate fuori dall'Unione europea che hanno lasciato il loro paese natale e vivono legal-

mente e momentaneamente nel Paese ospitante. «Questa definizione è stata ripetuta più volte nel corso delle interviste per accertarsi che i rispondenti avessero compreso. Non stiamo parlando di cittadini europei, né di figli di immigrati con la nazionalità europea, né di immigrati irregolari».

quelli regolari, e il 18% che siano grosso modo lo stesso numero, in Italia quasi la metà degli intervistati, ben il 47%, ritiene che i primi siano in numero maggiore dei secondi, e il 24%, un italiano su 4, crede che si equivalgano. Solo il 16% degli interpellati dà una risposta corretta. I dati reali, che svilupperemo nelle pagine seguenti, ci dicono quanto sia incredibile e sistematicamente sballata la percezione del fenomeno e non solo nel nostro Paese.

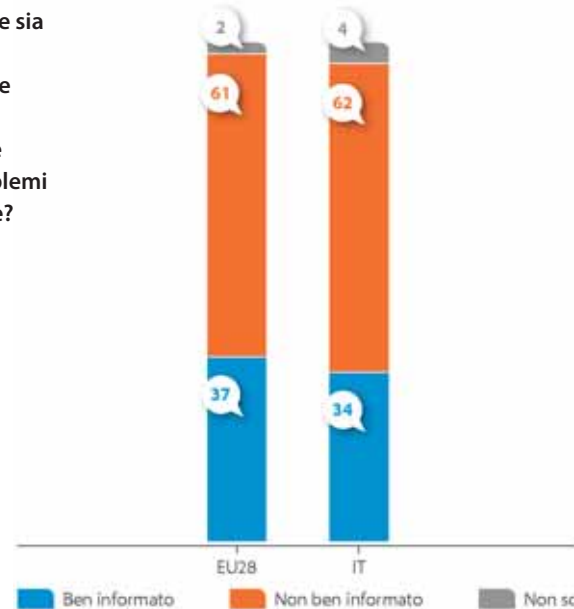
Come dimostrano gli studi realizzati in questo campo, ad esempio l'indagine *Perils of perceptions, le cose non sono così cattive come sembrano*, promosso dall'Istituto di ricerca Ipsos-Mori, più che di semplici errori si tratta di «distorsioni» (bias) sistematiche che chiamano in causa la natura dei nostri stessi processi cognitivi: riguardano generalmente i temi mediatici più caldi, più presenti alla nostra memoria, e dei quali tendiamo a sovrastimare il peso nella nostra personale ricostruzione dei fenomeni.

A conclusioni analoghe perviene una ricerca più

recente realizzata nel 2018 dal National bureau of economic di Harvard per indagare l'effetto della percezione degli immigrati sulle politiche sociali di redistribuzione. Secondo questo studio, nel nostro paese la presenza percepita degli immigrati raggiunge addirittura il 26% e «la disinformazione riguarda anche la composizione degli immigrati. Credono che vengano prevalentemente da regioni culturalmente più lontane o 'problematiche' di quanto non sia, e che siano economicamente più deboli e meno abili di fornire contributi al paese ospite di quanto non sia» (Alesina, Miano, Stantcheva, Immigration and redistribution, Nber working paper, <http://www.nber.org/papers/w24733>). Vi è una sovrastima del 14% della quota di immigrati musulmani provenienti dal Medio oriente e dal Nord Africa e del 35% della quota di stranieri disoccupati. E le distorsioni, avverte l'indagine, sono molto più presenti in tre gruppi di rispondenti: chi è privo di una formazione universitaria; i lavoratori poco qualificati nei settori a forte presenza di immigrati; gli elettori che votano a destra. Se è vero quindi che «molto del dibattito politico sull'immigrazione ha luogo in un mondo di disinformazione», la ricerca mostra tuttavia quanto sarebbe sbagliato trarre la conclusione che tale dibattito avvenga sul 'nulla'.

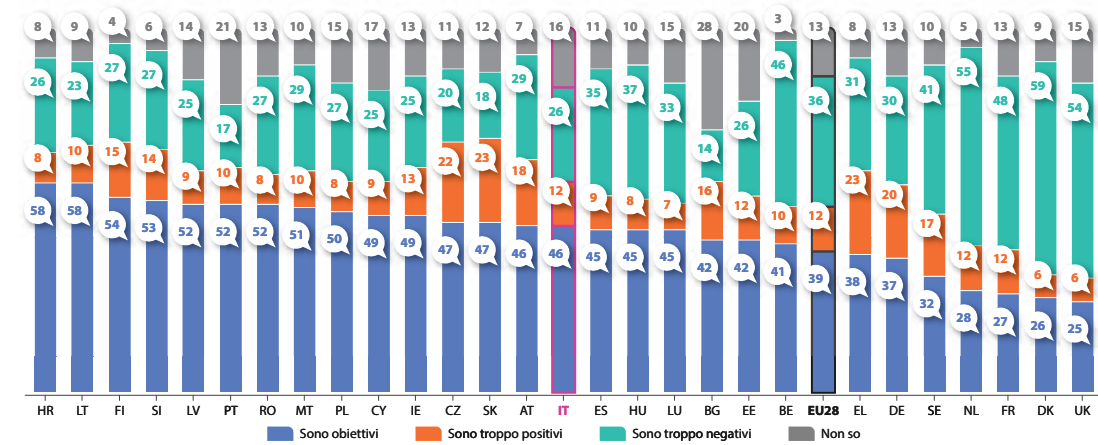
Al contrario le convinzioni erranee dei cittadini sono così radicate, consolidate e innervate in un sistema di informazione chiuso che finiscono per alimentare un circolo vizioso estremamente perniciosa: «Poiché la disinformazione è endogena, può nascere un circolo vizioso. Più i nativi sono disinformati, più diventano contrari all'immigrazione e alla redistribuzione delle risorse, e più possono cercare conferma delle loro vedute nei media. Allo stesso tempo, i media sono incentivati ad offrire un'informazione a supporto di questi punti di vista. Ad esempio, gli immigrati che commettono crimini possono ricevere più copertura rispetto ai non immigrati che commettono lo stesso crimine». Un cortocircuito difficile da scalfire, come dimostra il proliferare di tutta una serie di luoghi comuni.

Come pensi che sia il tuo livello di informazione riguardo l'immigrazione e i relativi problemi di integrazione?

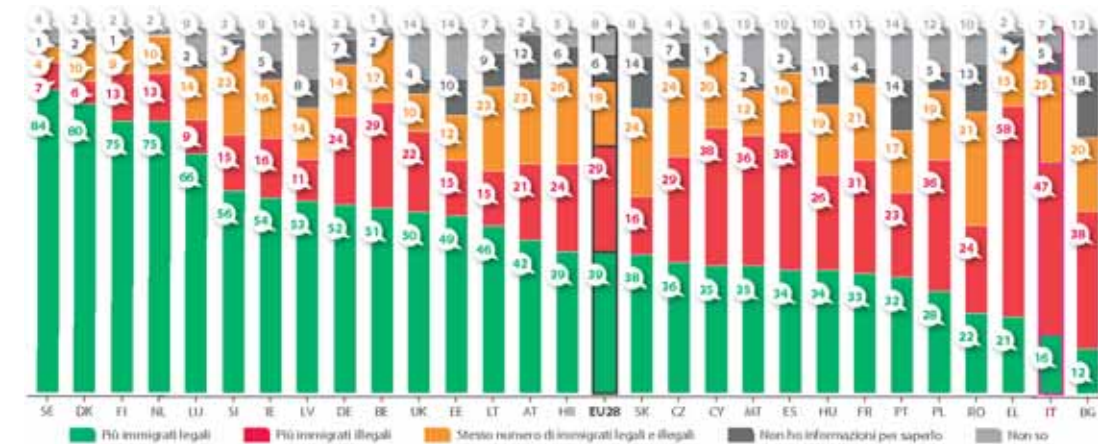


Anno: fine 2017

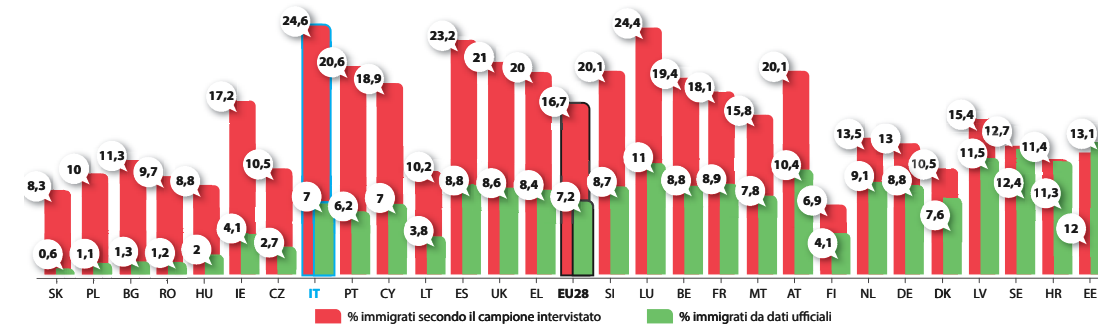
Fonte: European Commission/Eurobarometro



Quando i media parlano di notizie riguardanti gli immigrati come ritieni presentino la notizia?



Diresti che nel tuo paese sono presenti più immigrati legali o illegali?



In base alla tua conoscenza quale pensi che sia la percentuale di immigrati rispetto alla popolazione totale nel tuo paese?

Parole: un nuovo linguaggio per le migrazioni

Alla fine del Novecento gli espatriati hanno cessato ufficialmente di essere *emigrati* per diventare a tutti gli effetti gli *italiani nel mondo*. Questo mutamento lessicale è stato preceduto e accompagnato da una nuova attenzione politica nei loro confronti, culminata con l'approvazione nel 2001 del riconoscimento del diritto di voto agli italiani all'estero.

Non altrettanto è accaduto per gli immigrati in Italia. L'arrivo di tanti giovani ambulanti provenienti dall'Africa subsahariana, alla fine degli anni Ottanta, è stato salutato spesso e a lungo con parole di scherno: *marocchini, negri, vucumprà*. «Il guaio è che noi non possiamo mai difenderci, perché siamo clandestini e la legge è contro di noi - si legge nel primo romanzo pubblicato nel lontano 1990 da un immigrato - tutti lo sanno. Anche il ragazzo che ti prende in giro, scimmiotta la tua voce, i tuoi comportamenti: 'Vu cumprà, vu cumprà'. Ignoranti', mi dico. Nessuno mi può sentire e l'offesa mi resta dentro, me la trascino per tutta la notte» (Pap Khouma, Io, venditore di elefanti, Milano 1990, p. 65).

Con il passare degli anni il lessico della migrazione è migliorato solo in parte, e negli ultimi tempi, da più parti, si segnala una pericolosa regressione linguistica e culturale, anche a livello mediatico. Se è vero che il ricorso a termini apertamente razzisti come *zingari, vucumprà e negri* si è andato riducendo - segnala *Notizie in chiusura*, il 6° rapporto su media e immigrazione realizzato dall'associazione Carta di Roma con l'Osservatorio di Pavia - dal 2017 si è assistito al gran ritorno del vocabolo *clandestino* nelle titolazioni dei quotidiani. Un vocabolo, ufficialmente sdoganato dall'intro-

Come parliamo degli altri in Italia? Con quali vocaboli rappresentiamo gli immigrati sui media? Se *vucumprà, zingaro*, e altre espressioni razziste sembrano andate in soffitta,

la narrazione mediatica del fenomeno sconta un ritardo preoccupante. Secondo il rapporto Caritas-Migrantes siamo alle prese con un'autentica «emergenza culturale».

duzione nel 1998 del "reato di immigrazione clandestina", che tende a connotare l'intero fenomeno all'insegna dell'oscurità, della segretezza, e quindi del pericolo. Un'altra significativa mutazione lessicale segnalata dal rapporto è il progressivo sopravvento del termine *migrante* sulla parola *immigrato*, a indicare il continuo divenire dell'azione del migrare tra attese infinite di permessi e la continua ricerca di un transito verso altre mete. Un'altra ricerca autorevole, lo storico rapporto firmato da Caritas e Migrantes giunto alla ventisettesima edizione, rivela come i riferimenti al fenomeno nei telegiornali di prima serata delle reti Rai, Mediaset e La7 siano notevolmente cresciuti in dodici anni, passando da 350 notizie nel 2005 a 4268 nel 2017. Insieme all'attenzione, tuttavia, è aumentata la tendenza di associare all'immigrazione sensazioni di minaccia e insicurezza, in quella che viene sempre più descritta come un'*emergenza permanente*: nel corso del 2017 i telegiornali di prima serata si sono soffermati prevalentemente sui flussi migratori e sugli sbarchi mettendo in relazione l'immigrazione con la criminalità e/o la sicurezza. Solo una notizia su dieci dedicata al fenomeno ha il crisma della 'buona notizia'.

Secondo il rapporto, il nostro Paese sarebbe alle prese con una vera e propria *emergenza culturale* che richiede la ricerca di un nuovo linguaggio per le migrazioni. «E' necessario mettere in campo tutte le risorse educative capaci di stimolare, da un lato, il necessario approfondimento rispetto a temi che sono ormai cruciali, e dall'altro di accompagnare le nostre comunità verso l'acquisizione di una nuova grammatica della comunicazione che sia innanzitutto aderente ai fatti e rispettosa delle persone».

GLOSSARIO

MIGRANTE

È una persona che lascia la propria città e/o il proprio paese per andare in un altro. Dal punto di vista della comunità di partenza è un emigrante, dal punto di vista della società di arrivo è un immigrato. Se la distanza tra le due città è piccola, forse il migrante non sarà visto come uno straniero, anche se lui, almeno inizialmente, potrà sentirsi un estraneo. Se il migrante varca dei confini nazionali allora sarà sicuramente, per la società di arrivo, uno straniero.

EXTRA-COMUNITARIO

E' un cittadino straniero non appartenente ad uno dei 27 paesi dell'Unione Europea che per vivere e lavorare in Italia ha bisogno del Permesso di soggiorno.

PROFUOGO

Dal latino profugere, «cercare scampo», il profugo è una persona costretta ad abbandonare la sua terra in seguito a eventi bellici, persecuzioni, oppure a cataclismi naturali (in questi ultimi casi si usa anche il termine sfollato). Degli oltre 65 milioni di persone nel mondo costrette alla fuga nel 2015, l'86% resta nelle regioni più povere del pianeta (UNHCR 2017). L'immagine archetipica del profugo è quella di Enea che fugge da Troia portando il padre Anchise sulle spalle.

RIFUGIATO

Secondo l'articolo 1 della Convenzione di Ginevra (1951) è colui che, «temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori dal Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo fondato timore, farvi ritorno». A metà del 2016 circa 16 milioni e mezzo di persone avevano ottenuto lo status di rifugiato nel mondo, e la relativa protezione (Onu, 2018): di questi poco più di 2 milioni si trovavano in Europa e 131 mila in Italia. L'Italia è agli ultimi posti in Europa per incidenza dei rifugiati sulla popolazione totale (circa 2 ogni mille persone).

IRREGOLARE

Una persona che vive in un determinato Paese senza avere i documenti di soggiorno richiesti dalla legge. Il fenomeno riguarda chi è entrato in Italia senza gli opportuni visti e documenti, ma anche tante persone che pur avendo vissuto a lungo in Italia con un permesso, in seguito agli eventi della vita o a causa della crisi economica lo hanno perso perdendo il lavoro. Secondo la legge attuale, in determinate circostanze può diventare irregolare perfino un ragazzo nato in Italia da entrambi i genitori stranieri quando, al compimento dei 18 anni, non è in grado di produrre gli attestati necessari per ottenere la cittadinanza.

CLANDESTINO

Parola di origine latina (da clam 'nascosto' e dies 'giorno', letteralmente 'nascosto di giorno') sempre più associata all'immigrazione, irregolare e non, con l'effetto di connotare l'intero fenomeno migratorio all'insegna dell'oscurità e della segretezza. Sono stati spesso definiti clandestini anche migliaia di donne, uomini e bambini morti nel Mediterraneo, senza aver mai fatto in tempo a toccare le nostre coste e dunque a infrangere la legislazione che regola l'ingresso nel nostro paese.

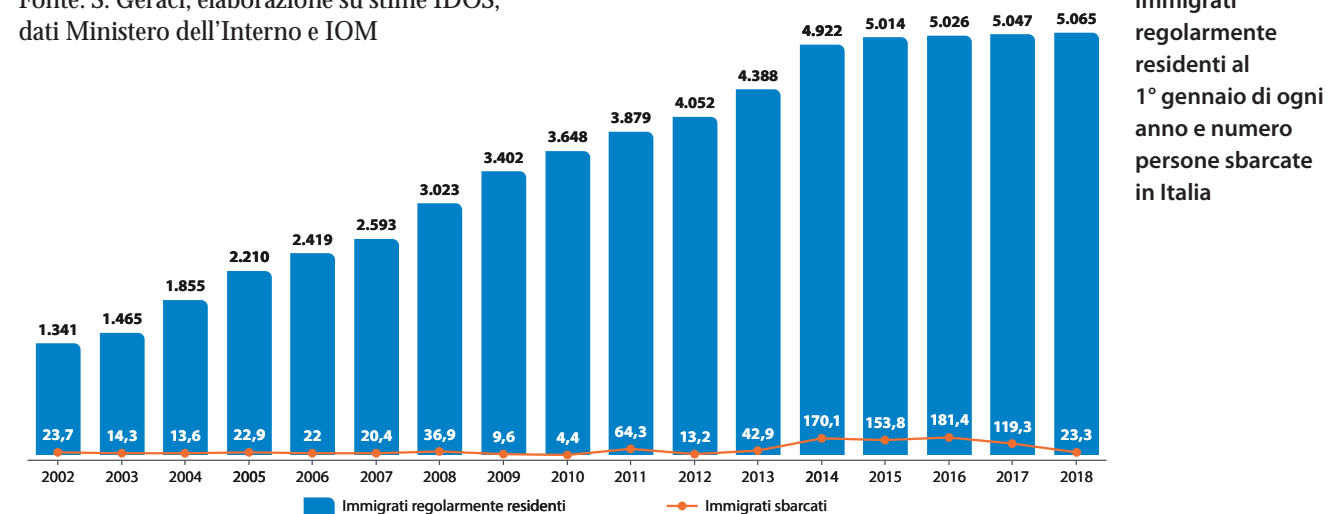
PERSONA

Individuo della specie umana, senza distinzione di sesso, età, condizione sociale ecc. «Nell'etimologia latina, il termine indica la maschera teatrale che veniva indossata dagli attori per intensificare la loro voce, facendola per-sonare, e farsi ascoltare anche dagli spettatori più lontani dal palcoscenico. Di qui, l'uso nella filosofia stoica di chiamare P. tutti gli uomini, quali attori nel mondo, destinatari del dovere fondamentale di recitare il ruolo loro attribuito da dio, dal destino, dalla società. P. è pertanto colui che è riconoscibile e qualificabile come soggetto di azione, causa del proprio agire. Nel diritto romano il termine era contrapposto a *res*, indicando l'uomo quale esclusivo soggetto di diritti».

www.treccani.it/enciclopedia/persona/

Anno: 2018

Fonte: S. Geraci, elaborazione su stime IDOS, dati Ministero dell'Interno e IOM



Dire la verità per costruire l'integrazione



Pakistano, impegnato da decenni nel nostro Paese come attivista e mediatore culturale, Ahmad Ejaz è prima di tutto un giornalista. **Può dirci quando è iniziato il suo impegno nella carta stampata e perché è arrivato in Italia?**

Nel 1987, appena laureato, iniziai a collaborare con Jang ('guerra' in urdu), un grande quotidiano fondato durante la seconda guerra mondiale per colmare il vuoto di informazione su quanto andava accadendo al fronte, in particolare in Europa, dove erano stati mandati a combattere anche molti soldati indo-pakistani. Solo in Italia ne sono morti 6500, sepolti nei cimiteri di Cassino e Rimini. Ma in Pakistan sotto la dittatura non era facile fare il giornalista, inoltre ero curioso di conoscere il mondo occidentale. Così decisi di partire: il primo maggio del 1989 atterrai a Roma dove sarei dovuto rimanere una settimana. Pochi mesi dopo, invece, grazie alla Legge Martelli, ottenni il permesso di soggiorno e decisi di restare.

Com'era il clima nei confronti degli stranieri in quel periodo?

Quando arrivai gli stranieri erano pochi, circa 300.000, e non esisteva la parola clandestino. Nei primissimi anni Novanta andai a chiedere lavoro in un'azienda di Bergamo e ricordo ancora le parole della segretaria, quando chiamò il titolare: «è venuta una persona ma non ha i documenti italiani». Non usò la parola straniero, e tantomeno clandestino. Il sentimento prevalente nei confronti degli immigrati era sotto tanti aspetti positivo. A Roma partecipai all'occupazione della Pantanella, il primo centro di accoglienza creato dalla società civile romana, il primo laboratorio di integrazione, la prima moschea. A Bologna conobbi Roberto Roversi che mi fece scrivere la prima guida sul Pakistan. Poi, dal momento che parlavo poco l'italiano e che l'urdu qui non serviva, feci un corso che mi ha aperto le porte della mediazione culturale. Del resto il giornalista è anche un po' un mediatore culturale.

In che senso?

Lo spirito del giornalista dovrebbe essere quello di divulgare il pensiero nel rispetto della verità. Il mediatore deve fare la stessa cosa. Non deve difendere gli immigrati, ma decifrare il messaggio e trasmetterlo con la maggiore precisione possibile. Perché spesso il messaggio non passa a causa delle differenze culturali. Ad esempio, nei primi tempi non riuscivo a capire perché la gente mi dicesse *guarda che bella giornata*, quando fuori c'era il sole. L'ho capito solo dopo un po', perché da noi è bello quando piove... nei film di Bollywood durante i matrimoni o nelle scene d'amore piove sempre. Poi ho capito che qui l'inverno è molto lungo, mentre da noi in Punjab piove solo due mesi l'anno. La pioggia è preziosa.

E poi che cosa è successo?

Per vent'anni alcuni canali televisivi molto popolari e alcuni giornali hanno impiegato tutte le loro energie per costruire e diffondere un'immagine negativa dell'immigrato. Oggi nell'immaginario collettivo l'immigrato è maschio, nero, africano, proveniente dalla Libia, potenzialmente terrorista, ecc. Invece, se guardiamo

la realtà, le donne sono maggioranza, le comunità più numerose provengono dall'Europa dell'est, eccetera. Si è costruito un nuovo glossario dell'immigrazione - *clandestino, invasione, eccetera* -, e si è lavorato sul linguaggio: *musulmano* è sinonimo di terrorista, *immigrato* di delinquente, e così via. Da qualche anno, leggendo ogni mattina la rassegna della Stampa estera, mi accorgo che alcuni giornalisti vanno in redazione con l'unico obiettivo di raccontare la diversità come minaccia: la notizia viene restituita in modo da far cadere l'accento non sul fatto o sulla persona, ma sull'immigrato. Sono articoli studiati per creare un *noi* contrapposto a un *loro*. Per costruire il nemico.

In Italia questa strategia sembra aver funzionato particolarmente bene. Perché? I motivi sono tanti. Il retaggio culturale del fascismo, con cui l'Italia non ha fatto mai davvero i conti. Il fatto che il fenomeno dell'immigrazione è relativamente nuovo qui da noi (Ejaz è cittadino italiano e usa sempre la prima persona plurale parlando degli italiani, ndr). Tra gli immigrati non ci sono politici, giornalisti, intellettuali, classe dirigente (e anche quando ci sono non vengono ascoltati), pronti a difenderli sui media come accade in Francia e in Inghilterra. Gli stessi meccanismi della comunicazione di massa: le *good news* non fanno ascolto, la violenza verbale sì; i tempi televisivi sono velocissimi, mentre ad esempio io ho tempi indiani: in Pakistan l'autobus parte quando è pieno.

Anche la scuola ha una responsabilità?

Tutto parte dai libri di testo. I libri sui quali studiano i miei figli sono monoculturali. Nella paginetta dedicata all'Islam la notizia più importante è che Maometto aveva molte mogli, mentre questo genere di informazioni non vengono fornite ad esempio per Giulio Cesare o altri personaggi storici. E poi non raccontano l'emigrazione italiana: non trovi da nessuna parte che più di 400 italiani sono stati vittime di linciaggio negli Stati Uniti nei primi del Novecento e che gli Italiani erano considerati *non integrabili*. Per imparare l'immigrazione devi conoscere l'emigrazione.

Cosa bisogna fare allora?

Un sindaco ha chiesto recentemente alla scuola locale di rimuovere le bambole nere e ogni simbolo delle altre culture con il pretesto, a suo dire, che i bambini devono imparare la *nostra cultura*. Nessuno gli ha spiegato che Gesù Cristo era un extracomunitario, che i re Magi venivano dall'Iran, che il Papa è un argentino

È vero che è l'immigrato a venire in Italia, ma anche noi dobbiamo creare nuovi spazi mentali e fisici per accoglierlo.

figlio di emigranti italiani, e che la lingua italiana sarebbe gravemente incompleta senza l'arabo. Oggi l'Italia appare ancora un paese monoculturale mentalmente, ma fisicamente è sempre più multiculturale. Bisogna arricchire e difendere questo multiculturalismo agendo dal basso, con corsi di formazione e di mediazione nelle scuole, con i medici, con le forze dell'ordine, eccetera.

Bisogna insegnare la verità senza paura: che l'immigrazione è ricchezza, che tutti gli immigrati lavorano per gli italiani e che l'integrazione non è unilaterale, ma si fa da due parti. È vero che è l'immigrato a venire in Italia, ma anche noi dobbiamo creare nuovi spazi mentali e fisici per accoglierlo. Ma questo non significa sottrarre qualcosa, intercultura significa aggiungere, arricchire. Oggi la situazione sembra difficile, ma la filosofia di vita della mia cultura di origine è ottimista. Come Gandhi penso che il mondo può cambiare in meglio e che alla fine la verità verrà a galla. ●

I pericoli della percezione

Dal 2014 l'Ipsos-Mori social research Institute realizza l'indagine *Perils of perceptions, le cose non sono così cattive come sembrano*, che valuta la distanza tra la percezione e la realtà in numerosi paesi. «In tutti i 38 paesi indagati, la popolazione prende spesso molti abbagli - ha dichiarato il direttore dell'istituto Bobby Duffy - Le imprecisioni riguardano più spesso i fattori che sono ampiamente trattati dai media come le morti per terrorismo, i tassi di omicidio e l'immigrazione. Ci sono molteplici ragioni per questi errori - dalle nostre difficoltà con la matematica e le proporzioni, ai media, alla politica, alle spiegazioni psicologiche delle nostre scorciatoie mentali e dei nostri pregiudizi. In particolare gli studi ci dicono che questo accade anche perché tendiamo a sovrastimare ciò che temiamo: più vediamo trattato un problema, più pensiamo sia prevalente, soprattutto se la sua copertura è spaventosa o minacciosa. Il nostro cervello elabora le informazioni negative in maniera differente e modifica il modo in cui vediamo la realtà».

Nato in Pakistan nel 1962, Ahmad Ejaz vive e lavora in Italia da 30 anni. Giornalista e mediatore culturale laureato in Comunicazione di massa, a lungo caporedattore di *Azad (libero)*, il giornale in lingua urdu della comunità pakistana in Italia consultato da oltre ventimila persone (chiuso nel 2015 in seguito alla crisi del gruppo editoriale *Stranieri in Italia*), è membro laico della Consulta islamica presso il Ministero dell'Interno. È sposato con una donna italiana e ha due figli, Ludovico e Iacopo.

Dare i numeri sull'immigrazione può rivelarsi pericoloso. Alla lunga finisce per trasformare le persone in cifre, cose inanimate prive di vita, umanità, affetti, diritti. Ma conoscere i numeri reali

dell'immigrazione ci aiuta a riconoscere e disinnescare luoghi comuni e stereotipi, permettendoci di neutralizzare le insidie e le trappole cognitive fuorvianti della percezione.

Stranieri residenti sul totale dei residenti per provincia (%)

Fonte: Istat, dati al 1/01/2018

La mappa degli stranieri residenti sul territorio italiano mostra l'estrema variabilità della loro distribuzione nel nostro Paese. Le comunità di origine straniera si concentrano al Centro e al Nord, dove superano il 10%, due volte il dato del Sud. In alcune province del Nord la loro presenza oltrepassa il 14% (Milano, Piacenza). A Prato l'incidenza degli immigrati, in gran parte cinesi, raggiunge il 17,5%, una percentuale doppia rispetto alla media nazionale (8,5%).

DATI DI REALTÀ

I numeri della migrazione in Italia

L'unico modo per comprendere i lineamenti principali dell'immigrazione nel nostro Paese è quello di provare a scavalcare il muro scivoloso del senso comune con l'aiuto dei tanti repertori di informazione disponibili oggi in materia. Da almeno due decenni, infatti, numerosi soggetti pubblici e privati (ministeri, istituti di ricerca, università, associazioni) monitorano e studiano il fenomeno nella sua complessità, sotto molteplici punti di vista, offrendo a chi lo desidera un ricco patrimonio di dati, molto accurati e attendibili, che aiutano a collocare il dibattito nella giusta prospettiva. Restando con i piedi ben piantati per terra, proviamo quindi a dare i numeri. Vediamo dove ci portano.

Quanti sono gli stranieri in Italia?

Un'analisi puntuale della presenza degli immigrati in Italia mostra quanto l'opinione pubblica tenda a ingigantire il fenomeno, alimentando allarmi ingiustificati. Fonti ufficiali ci dicono che alla fine del 2017 erano iscritti all'anagrafe circa 5,1 milioni di cittadini stranieri residenti, pari al 8,5% della popolazione italiana (Idos 2018, p. 100), un dato di poco superiore alla media europea, ma leggermente inferiore a quanto accade in altri paesi comparabili al nostro (Germania, Francia, Gran Bretagna, Olanda). A questi vanno aggiunti 68.000 neo-nati da genitori immigrati nel corso dell'anno; 146.000 persone che hanno acquisito la cittadinanza italiana nel corso dell'anno; e una quota imprecisata di immigrati «irregolari» per una serie di ragioni diverse: secondo la Fondazione ISMU all'inizio del 2018 ammontavano a circa 530.000 (ma il loro numero è destinato ad aumentare per effetto del cosiddetto

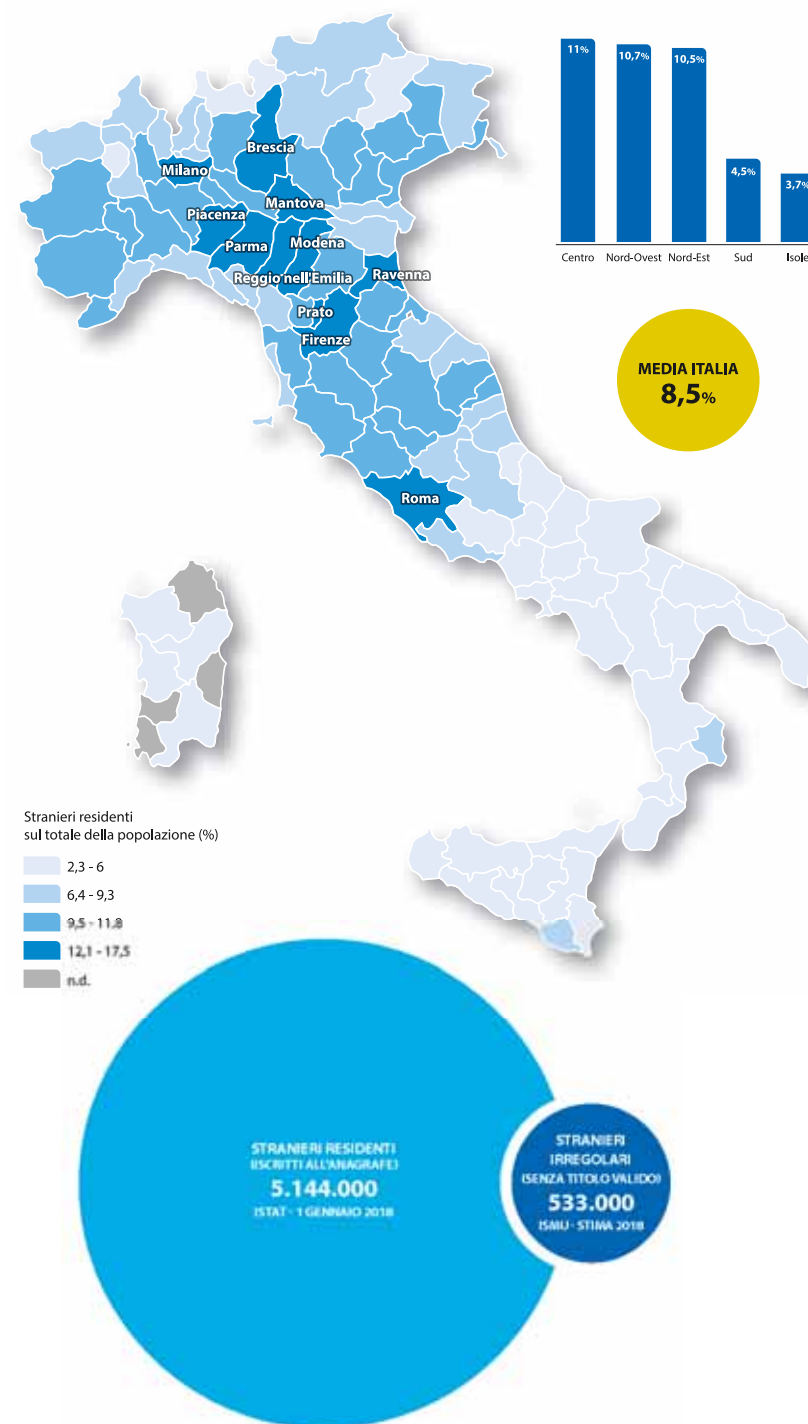
decreto "sicurezza"). Mettendo tutte queste persone insieme (e conteggiando quindi tra gli 'stranieri' anche almeno 800.000 bambini e ragazzi nati in Italia), gli 'altri' non arrivano al 10% della popolazione totale, un dato due volte e mezzo più basso del percepito, al quale i cosiddetti irregolari contribuiscono appena per l'1%. Un dato, quest'ultimo, colto soltanto dal 16% della popolazione italiana!

Da dove provengono?

La ricostruzione del quadro estremamente variegato della presenza immigrata in Italia mostra come la percezione di un afflusso maggioritario di popolazioni geograficamente e culturalmente lontane sia completamente destituita di fondamento. Dei 5,1 milioni di cittadini stranieri residenti, circa la metà proviene da un paese europeo (2,6 milioni) e ben 1,6 milioni, il 30%, da un paese dell'UE. I cosiddetti cittadini stranieri *extracomunitari*, provenienti cioè da paesi esterni all'UE che vivono regolarmente in Italia, sono 3.715.000 e rappresentano soltanto il 6,1% della popolazione. Di questi il 31,6% è originario del continente africano (1.172.000 persone, in primis dall'Africa mediterranea e dall'Africa occidentale: Marocco, Egitto, Tunisia, Senegal e Nigeria), un altro 29,6% del continente asiatico (1.099.000 persone, principalmente da Cina, Filippine, India, Bangladesh, Pakistan), il 28,5% dell'Europa non comunitaria (1.059.000 persone, soprattutto albanesi, ucraini, moldavi) e il 10,9% delle Americhe.

Come sono arrivati?

La stragrande maggioranza degli immigrati residenti in Italia è arrivata da noi via terra o con un volo aereo. Il refrain dell'invasione via mare dalla



I dati e le fonti sull'immigrazione in Italia

I principali dati statistici sull'immigrazione (inclusi quelli che hanno generato le mappe presenti in queste pagine) sono raccolti, sistematizzati e resi accessibili da ISTAT nel *data warehouse* all'indirizzo <http://dati.istat.it> (sezione «popolazione e famiglie» alla voce «stranieri e immigrati»). Istat scatta inoltre una fotografia annuale delle presenze extra UE nel nostro Paese (*I cittadini non comunitari: presenza, nuovi ingressi e acquisizioni di cittadinanza*) disponibile all'indirizzo <https://www.istat.it/it/archivio/204296>. Un documento fondamentale per leggere l'evoluzione e l'articolazione del fenomeno migratorio in Italia è il *Dossier statistico Immigrazione* curato da IDOS e giunto alla ventottesima edizione: il volume si avvale della collaborazione di un centinaio di studiosi e ricercatori con competenze differenti per mettere a fuoco il fenomeno da *punti di vista* e angolature diverse; i dati provengono sia da archivi amministrativi, sia da ricerche sul campo e indagini qualitative. Un'altra ricerca storica è quella realizzata con grande cura dall'inizio degli anni Novanta dagli uffici statistici di Caritas e Fondazione Migrantes, due organismi pastorali della CEI. Da segnalare infine il rapporto annuale realizzato dall'associazione Carta di Roma con l'Osservatorio di Pavia: un'analisi puntuale, quantitativa e qualitativa, della narrazione del fenomeno sui media.



rotta Sud (via Lampedusa o Sicilia) e da quella orientale (via Turchia e Grecia) è un'invenzione mediatica come è possibile vedere mettendo a confronto i dati degli immigrati residenti con quelli degli sbarchi (vedi il grafico a pagina 21). Negli anni di massimo afflusso via mare, successivi agli eventi della cosiddetta Primavera araba e al drammatico inasprirsi della guerra in Siria, gli sbarchi annuali via mare rappresentavano circa il 3,4% del fenomeno migratorio nel nostro Paese. Nel 2016, l'anno più difficile, il totale degli sbarcati avrebbe riempito due volte lo stadio di San Siro a Milano.

Da quanto risiedono in Italia?

A differenza della narrativa corrente, la grande maggioranza degli immigrati non comunitari (56,6%) soggiorna nel nostro Paese da oltre 5 anni ed ha acquisito il permesso di lungo-soggiornanti a testimonianza del grado di radicamento strutturale a cui è pervenuta; soltanto il 35,7% è titolare di un permesso a termine, soggetto a scadenza e da rinnovare periodicamente. La quota totale della popolazione immigrata non comunitaria è sostanzialmente invariata dal 2016 e stabile dal 2013.

Che età media hanno?

Un dato fondamentale per comprendere l'immigrazione in Italia, e le sue implicazioni, è quello anagrafico. Se mettiamo a fuoco la popolazione dei soli non comunitari, vediamo quanto questi siano mediamente più giovani e prolifici degli ita-

liani, e quanto il loro contributo sia importante per la tenuta demografica e produttiva del Paese. I minorenni rappresentano il 21,8% della popolazione, ben cinque punti e mezzo percentuali in più dell'incidenza della minore età sulla popolazione totale (16,3%). La fascia più cospicua, quasi un terzo dei soggiornanti (32%) è composta da 30-44enni (1.190.000). Assai ridotta, invece, è la presenza di stranieri non comunitari anziani: appena 166.000, il 4,5%.

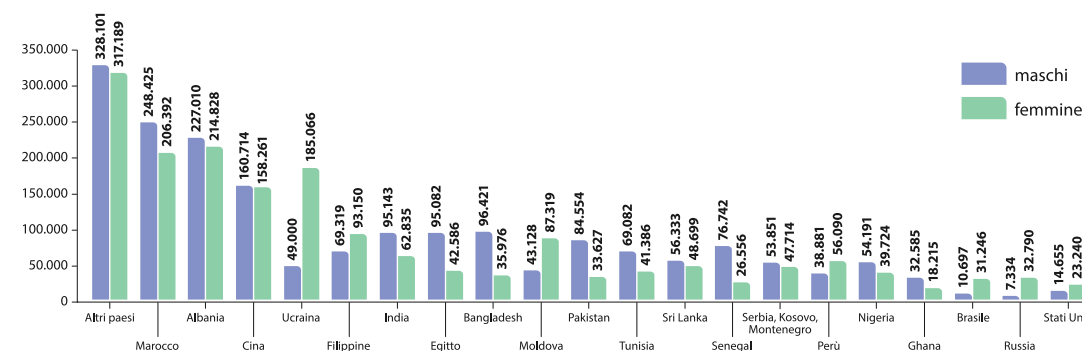
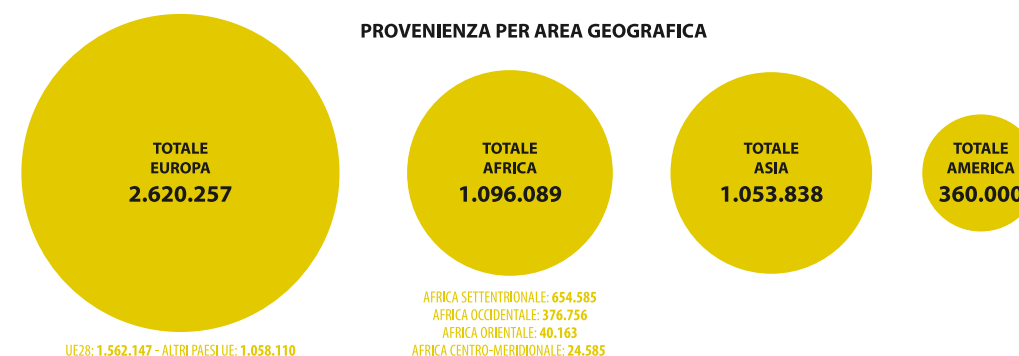
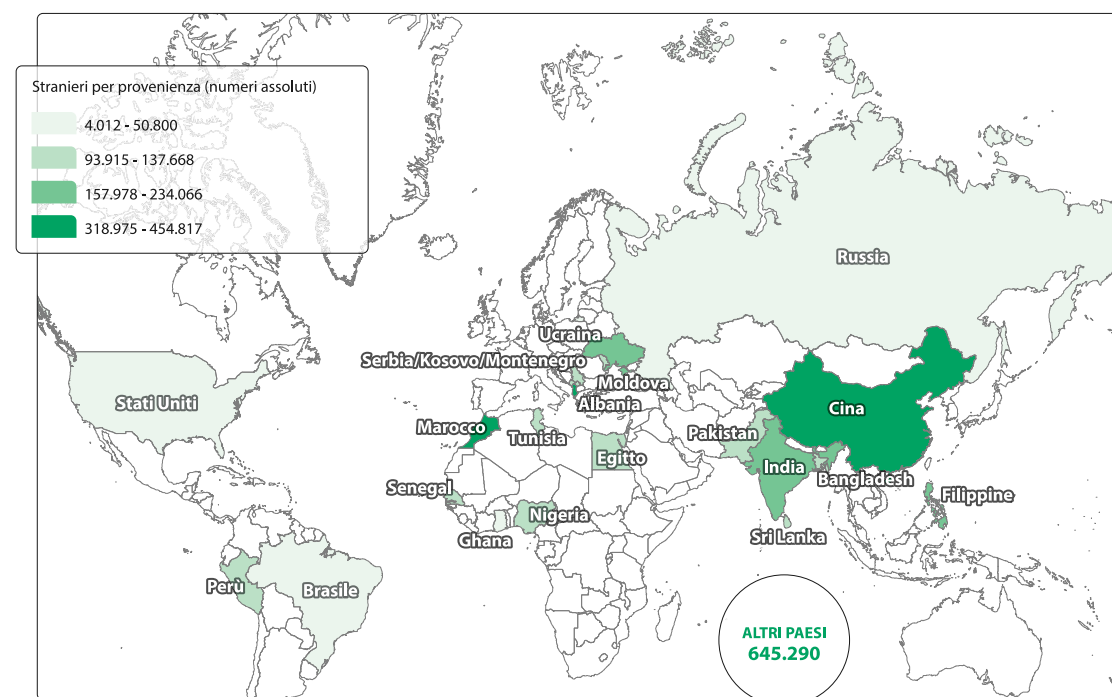
In che cosa credono?

Gli studi più recenti mostrano come il contributo dell'immigrazione sia vario e frastagliato anche sotto il profilo religioso, non solo per la varietà di fedi ma anche per la pluralità dei modi di viverle e di aderirvi. La maggioranza assoluta degli immigrati residenti è di fede cristiana (2.706.000 persone, il 52,6% dei residenti), in prevalenza ortodossi (1.523.000), seguiti da cattolici (918.000) e protestanti (224.000 fedeli). Malgrado l'opinione corrente, le persone straniere di religione musulmana rappresentano meno di un terzo di tutti gli immigrati residenti (1.523.000, 29,6%), e 3 su 10 sono nati in Europa (28,9%): per la quasi totalità provengono dall'area balcanica e centro orientale (albanesi e kosovari). Ma del caleidoscopio migrante fanno parte anche molti atei e agnostici (stimati in 242.000), induisti (152.000), buddhisti (117.000) e tanti adepti di altri credo religiosi minori (Idos, 2018, p. 199-200).

Principali paesi di provenienza extra UE degli stranieri residenti in Italia.

Anno: 2017. Fonte: Istat

2.620.000 immigrati, circa la metà di tutti gli immigrati residenti in Italia, provengono dall'Europa. Di questi, appena 1.050.000 sono originari di paesi extra UE (in particolare Albania, Ucraina, Moldavia, Serbia). La mappa indica i principali paesi di provenienza degli immigrati cosiddetti *extra-comunitari*: tra le comunità più numerose (colore verde acceso) spiccano quelle del Marocco, dell'Albania e della Cina. Il grafico a fondo pagina mostra la composizione per genere delle diverse comunità.



Favorevoli o contrari? Il dibattito sull'immigrazione propone da tempo confronti in bianco e nero, aut aut, domande sbagliate. Perché la realtà è più articolata e ricca di sfumature di quella di un reality. Merita risposte complesse, informate, lontane dagli slogan della politica.

Un discorso serio, ad esempio, non può prescindere da un'attenta analisi dei costi della migrazione. I sacrifici economici, psicologici, affettivi, umani, sostenuti innanzitutto da chi si trova nella condizione di dover lasciare la casa, la famiglia, il paese natale, per cercare lavoro, salvezza, nuove prospettive (inevitabilmente precarie) in mondi lontani, come testimonia la stessa epopea dell'emigrazione italiana.

Ma anche i costi economici, politici, sociali, che si possono ingenerare nelle comunità di arrivo in assenza di politiche inclusive capaci di combattere le disuguaglianze e insieme di governare i fenomeni. Soprattutto nei periodi caratterizzati dalla crisi, quando l'incontro con lo *straniero* può degenerare in scontro, rifiuto, guerre tra poveri. Basta guardare l'abituale concentrazione degli immigrati nei territori periferici del paese, per comprendere quanto sia ricca di insidie la coesistenza tra le fasce più vulnerabili della popolazione italiana e gli ultimi arrivati.

Se però, come avviene sempre più di frequente, tutto il discorso pubblico si concentra esclusivamente sugli aspetti emergenziali del fenomeno legati al qui ed ora del telegiornale, perdendo di vista la cornice più ampia, ad esempio i benefici che le

Negli ultimi due decenni l'immigrazione ha contribuito a mitigare denatalità e invecchiamento.

Ma le previsioni demografiche sono impietose: per garantirsi un domani l'Italia avrà sempre più bisogno di manodopera straniera.

Prepararci a questo scenario senza soffiare sul fuoco, ma educando al rispetto, alla tolleranza, all'intercultura, è l'unica strada percorribile per costruire un futuro democratico e sostenibile.

migrazioni determinano nei paesi di partenza e in quelli di arrivo (benefici e vantaggi che in definitiva ne costituiscono il motore e la stessa ragione d'essere), si rischia soltanto di alimentare letture frettolose, risposte miopi e pericolose.

Il principale fraintendimento propagandato in questi anni, a destra e a manca, è stato quello di considerare l'immigrazione un'emergenza inattesa, e non il dato strutturale più autentico della nostra epoca, che prende il nome di globalizzazione e ha molteplici cause: storici rapporti di dominio che hanno generato squilibri e disuguaglianze tra i popoli; rivoluzioni economiche, sociali, culturali, de-

mografiche, nei paesi di arrivo e di partenza; grandi innovazioni industriali e tecnologiche, eccetera.

Limitiamoci a guardare il fenomeno in Italia alla luce delle trasformazioni della società (e di quanto si appresta ad accadere nell'immediato futuro). Negli ultimi 50 anni abbiamo assistito a un vero e proprio crollo della natalità: siamo passati da oltre un milione di nati (1964) ai 458.000 attuali, 68.000 dei quali generati nel 2017 da mamme straniere. Il fenomeno è dovuto a una molteplicità di fattori: il forte calo della fertilità iniziato già alla metà degli anni Settanta, la riduzione della quota di donne in

Il futuro oltre la siepe



«È ampiamente riconosciuto che lo spostamento e la migrazione possono portare significativi benefici e opportunità ai rifugiati, agli immigrati e alle comunità stesse nei paesi di origine e di destinazione. Gli immigrati non devono essere percepiti come un fardello per i servizi, né come persone che hanno solo dei bisogni».

Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018

In queste pagine e in copertina, qualche immagine scattata ai margini della riserva naturale della Marcigliana (Roma), dove la società agricola Fiore del Deserto promuove percorsi riabilitativi e di inclusione per "riportare la natura dentro le nostre società" e generare nuova occupazione nel segno del benessere. In basso, un momento del Capodanno cinese a Piazza Vittorio (Roma).

età feconda, la diminuzione della propensione ad avere figli, la posposizione della maternità, lo spostamento in avanti delle tappe che segnano il passaggio alla vita adulta.

Questa concatenazione di eventi è strettamente connessa al processo di modernizzazione del Paese: l'industrializzazione, l'urbanizzazione, la trasformazione degli stili di vita e dei modelli familiari, le conquiste civili e culturali degli anni Settanta, l'accesso al mondo del lavoro da parte di milioni di donne.

I grandi livelli di benessere raggiunti da ampie fasce della popolazione e i passi avanti compiuti dalla medicina e dalla sanità pubblica nel dopoguerra spiegano l'altra radicale metamorfosi del paesaggio demografico: il sensibile innalzamento dell'aspettativa di vita, più di 10 anni guadagnati soltanto tra il 1960 e il 2010! Un dato positivo per tutti che però, unito a quello della contemporanea evaporazione dei bambini, ci ha trasformati in pochi decenni nel secondo paese più vecchio del mondo. In soli trent'anni, gli anziani sopra i 65 anni sono quasi raddoppiati, passando da 7 a oltre 13 milioni; nello stesso periodo i minorenni sono scesi da più di 13 milioni a meno di 10 milioni. E così oggi ogni 100 bambini e ragazzi sotto i 15 anni si contano 165 persone anziane.

Se è vero che l'invecchiamento della popolazione è comune a buona parte dei paesi europei, in Italia è avvenuto in un contesto reso più fragile dalla debolezza della politica, dall'abnorme crescita del debito pubblico (un fardello ulteriore sulle spalle dei figli), dall'incapacità di orientare il welfare verso le famiglie più giovani. Il testa-coda generazionale ri-

schia di avere serie ripercussioni sull'assetto del paese e desta legittime preoccupazioni sulla possibilità di continuare a garantire in futuro servizi, pensioni, coesione sociale.

Analizzata in questo quadro senza farsi fuorviare da pulsioni ideologiche, l'immigrazione non appare più un fardello, ma si rivela una necessità per la tenuta stessa del sistema sociale, un contributo importante che negli ultimi due decenni ha permesso se non altro di mitigare denatalità e *degirovanimento*. «Servono più immigrati per pagare le pensioni - ha dichiarato il presidente dell'INPS Tito Boeri, nella relazione annuale 2018 - Le previsioni sulla spesa indicano che anche innalzando l'età del ritiro, ipotizzando aumenti del tasso di attività delle donne che oggi tendono ad avere tassi di partecipazione al mercato del lavoro più bassi, incrementi plausibili e non scontati della produttività, per mantenere il rapporto tra chi percepisce una pensione e chi lavora su livelli sostenibili è cruciale il numero di immigrati che lavoreranno nel nostro Paese». (Boeri, *Relazione annuale INPS*, 2018).

Che piaccia o meno, le previsioni demografiche mostrano il ruolo strategico dell'immigrazione nel nostro futuro. Secondo lo scenario medio, basato sull'ipotesi di una timida crescita dei tassi di fertilità e sul mantenimento di flussi migratori sostenuti, nel 2050 l'Italia potrebbe avere una popolazione leggermente più contenuta (circa 59 milioni di abitanti) ma nettamente più anziana di quella attuale (51 anni di aspettativa media di vita), con meno lavoratori e costi più cospicui per mantenere i servizi.

Ancora meno desiderabili sono gli scenari che vedono una forte riduzione dei flussi o, addirittura, una vera e propria chiusura dei rubinetti della migrazione: nel primo caso si avrebbe una popolazione ancora più anziana e (mal)ridotta di 56 milioni di residenti; nel secondo, compiremmo un balzo indietro di circa un secolo dal punto di vista numerico, con una popolazione di appena 50,6 milioni di persone, paragonabile a quella che si registrava tra il 1950 e il 1960, ma formata per circa un terzo di anziani (Eurostat 2019).

A preoccupare ovviamente non è tanto il dato assoluto, quanto il progressivo venir meno di quella in età da lavoro (tra i 15 e i 64 anni), la cosiddetta PEL (*popolazione in età da lavoro*). Un processo che nemmeno una politica illuminata potrà invertire del tutto. «A livello di singoli paesi si prevede che, da un lato, un numero crescente di essi registrerà una drammatica contrazione della propria PEL (questo avverrà già a partire dal 2025 in Europa e Cina) - segnala l'ultimo *Dossier statistico* di Idos - Dall'altro, che un numero sempre più piccolo di paesi vedrà esplodere la propria PEL a seguito dell'ingresso di leve sempre più numerose nella fase lavorativa della vita. In ambo i casi l'auspicio per il futuro è che i flussi migratori possano svolgere un ruolo compensatore di questi squilibri, superando l'attuale fase di *laissez-faire* e puntando su programmi di migrazione gestita per la convenienza di tutti» (Idos 2018, p. 25).

Preparaci a questo scenario senza soffiare sul fuoco, ma educando al rispetto, alla tolleranza, all'intercultura, è l'unica strada percorribile per costruire un futuro più equo e sostenibile. ●



Futuro demografico: il declino è nei numeri

Le previsioni demografiche hanno effetti importanti sulla vita di tutti i giorni perché vengono utilizzate per verificare la sostenibilità della finanza pubblica, definire programmi di sviluppo, indirizzare i sistemi previdenziali e assistenziali. Quelle dell'ISTAT utilizzano il cosiddetto modello per componenti secondo il quale la popolazione si modifica sulla base del saldo naturale (differenza tra nascite e decessi) e del saldo migratorio (differenza tra movimenti migratori in entrata e in uscita), e sono articolate secondo tre distinti scenari. Le ultime disponibili (26 aprile 2017) ipotizzano, nello scenario medio, un parziale recupero della fecondità (da 1,34 figli per donna del

2016 a 1,59 entro il 2065). Malgrado questa previsione appaia oggi piuttosto ottimistica (il picco minimo di 458 mila nati, annunciato per il 2025, è stato raggiunto alla fine del 2017), la ripresa non basterà comunque a determinare un numero di nati sufficiente a compensare l'aumentato numero di defunti. «A meno di un qualche significativo cambiamento del contesto globale, la futura evoluzione demografica appare in gran parte definita. Le ipotesi riguardo al comportamento demografico futuro della popolazione possono soltanto attenuare (o accelerare) le tendenze in corso ma non modificarle in modo sostanziale. Da un lato si assisterà a una progressiva riduzione numerica delle coorti di donne in età feconda (14-50 anni), dall'altro si assisterà a coorti di popolazione in età anziana (65 anni e più)

sempre più infoltite dalle positive condizioni di sopravvivenza presenti e future (86,1 e 90,2 anni, rispettivamente, la vita media maschile e femminile prevista entro il 2065)». (ISTAT 2017).

Assai più incerta appare la previsione relativa al saldo migratorio: in questo caso lo scenario mediano stima un afflusso poco inferiore ai 300 mila immigrati annui (per un ingresso complessivo di 14,4 milioni di persone tra il 2016 e il 2065) e un'uscita di circa 150-130 mila emigranti annui (6,7 milioni di emigrati nell'arco della proiezione). Per quanto generoso, il contributo degli stranieri contribuirebbe solo in parte a compensare gli effetti del saldo naturale.

Naturalmente le previsioni demografiche sono incerte per definizione, con ampi margini di errore quanto più ci si allonta-

na dall'anno base. Questo è ancora più vero per quelle relative alle migrazioni, come ricorda l'ISTAT, perché «i flussi migratori con l'estero sono contrassegnati, assai più delle altre componenti demografiche, da profonda incertezza riguardo al futuro. Le migrazioni internazionali sono infatti governate da una parte da normative suscettibili di modifiche, dall'altra da fattori socio-economici interni ed esterni al Paese di non facile interpretazione. Si pensi, ad esempio, alla pressione migratoria esercitata nei Paesi di origine per via delle condizioni ambientali, sociali e demografiche, alle politiche di accoglienza e integrazione degli immigrati, alla modulazione del mercato del lavoro in Italia, al possibile incremento dell'emigrazione di cittadini residenti in Italia». (ISTAT 2017, p. 6). ●

Sono circa due milioni e mezzo i lavoratori stranieri nel nostro Paese: muratori, manovali, braccianti, ambulanti, badanti, imprenditori. Il loro apporto alla società italiana, e a quella dei paesi di origine,

è ritenuto fondamentale da tutte le ricerche pubblicate in questi anni. Ma il loro impegno e il loro lavoro attende ancora di essere riconosciuto, tutelato, promosso.

CAPITALE UMANO

La convenienza della convivenza

Se ne parla quasi sempre come di un Problema. E invece l'immigrazione è una risorsa che ha portato e porta molteplici benefici alla società italiana, sotto diversi punti di vista. Proviamo a elencarli sinteticamente, cercando di non pensare alle persone immigrate come a semplici 'numeri'. Sono donne, bambini, giovani, lavoratori, persone che svolgono un ruolo prezioso all'interno delle nostre comunità.

Donne

Rappresentano la maggioranza relativa delle persone immigrate (52% nel 2017) e contribuiscono in molti modi all'economia del nostro Paese. Una su due lavora regolarmente, un dato inferiore a quello pre-crisi ma in ripresa. Il 43,2% di loro è impiegato nei servizi domestici o di cura alle famiglie. Nella veste di mamme, hanno contribuito significativamente al recupero del tasso di fecondità nei primi dieci anni del 2000, giunto a 1,46 figli per donna nel 2010 (1,34 per le italiane, 2,43 per le straniere). La successiva flessione fino a 1,32 figli per donna nel 2017 ha riguardato anche le mamme straniere scese sotto il livello di sostituzione naturale (1,98 figli per donna), secondo un trend conosciuto che prevede un graduale riallineamento delle abitudini riproduttive delle straniere a quelle del paese di arrivo.

Bambini

Si calcola che tra il 1993 e il 2014 le famiglie immigrate abbiano messo al mondo in Italia quasi un milione di bambini (971.000 per l'esattezza, ISTAT 2016), le cosiddette seconde generazioni di stranieri che abbiamo osservato crescere con i

nostri figli, esordire in Nazionale, pubblicare romanzi, scrivere canzoni di successo, vincere medaglie. Nel 2017 rappresentavano poco di più del 14% dei nuovi nati, 1 su 7 (nel 1993 erano 1 su 100). Malgrado per la legge attuale continuino ad essere considerati *stranieri*, sono italiani a tutti gli effetti (lingua, cultura, abitudini), destinati a scrivere il futuro del nostro paese.

Alunni

Tra il 1961 e il 2017 l'Italia ha perso per strada circa un terzo della popolazione scolastica in età dell'obbligo (sotto i 15 anni). Negli ultimi quindici anni l'ingresso di tanti bambini di origine straniera a scuola (sono 826.000 nel 2017, il 60% dei quali nati in Italia) ha fermato l'emorragia, e ha rappresentato un'occasione per rinnovare la didattica, avviare percorsi di formazione e di motivazione del corpo docente. Ma anche questa spinta è destinata a esaurirsi: secondo le proiezioni dell'ISTAT, nei prossimi 10 anni molte scuole dovranno chiudere o rivedere gli organici per il venir meno di circa 700.000 alunni.

Giovani

La popolazione immigrata ha una componente giovane assai più elevata di quella italiana. Basti pensare che il 50% degli immigrati residenti in Italia ha meno di 35 anni, mentre tra gli italiani questa fascia anagrafica rappresenta meno di un terzo del totale. Oltre a ridurre di un anno l'età media elevata nel nostro Paese, l'innesto di una popolazione così giovane fa segnare un saldo positivo nel bilancio tra costi e benefici, perché grava in misura minore sulla spesa pubblica, in Italia

tradizionalmente concentrata sulla popolazione anziana. La spesa sanitaria per gli over 75 anni è otto volte più elevata della spesa per i 15-24 anni.

Lavoratori

Più di un lavoratore su dieci in Italia è straniero. Secondo la Fondazione Moressa su dati ISTAT, tra il 2008 e il 2017 la presenza degli immigrati sul mercato del lavoro è cresciuta da 1,7 milioni a 2,4 milioni, e la loro incidenza è salita dal 7,3 al 10,5%. Solo il 7% dei lavoratori stranieri, però, svolge professioni qualificate, mentre circa due terzi degli occupati hanno impieghi non qualificati o professioni operaie.

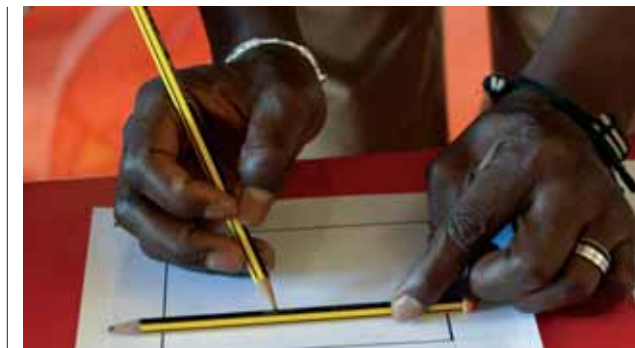
Imprenditori

L'occupazione delle persone immigrate non è circoscritta al lavoro dipendente. Nel 2017, in Italia, sono presenti circa 587.000 imprenditori stranieri impegnati in campi molto diversi tra loro. Si va dai commercianti ai titolari di impresa individuale fino a coloro che hanno costruito aziende con più di 15 dipendenti. Le tipologie imprenditoriali più diffuse tra gli stranieri alla fine del primo decennio del Duemila erano il commercio (29,6% del totale), l'edilizia (22,4%), il manifatturiero (10,1%).

Contribuenti

Un calcolo realizzato incrociando i dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze sulle dichiarazioni dei redditi 2017, con quelli relativi agli occupati stranieri forniti dalla *Rilevazione Continua sulle Forze di Lavoro* dell'ISTAT 2016, stima 2,3 milioni di contribuenti immigrati, 27,2 miliardi di euro dichiarati, e 3,3 miliardi di euro di gettito Irpef.

Sommando tutta un'altra serie di voci di spesa fiscale (imposta diretta sui consumi, sui carburanti, spese per il permesso di soggiorno, eccetera) si arriva a calcolare 7,3 miliardi di euro versati dai cittadini stranieri nel 2016, ai quali bisogna aggiungere 11,9 miliardi di euro di contributi previdenziali, per 19,2 miliardi complessivi di entrate nelle casse dello Stato.



IL RAPPORTO

Note di economia dell'immigrazione

Nel Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione 2018, la Fondazione Leone Moressa ha fatto, come si dice, i conti della serva: non si è limitata a conteggiare le spese per l'accoglienza delle persone giunte via mare - pari a 3,6 miliardi di euro nel 2016, anno di massimo picco degli sbarchi - ma ha cercato di stimare tutte le voci di costo sostenute dallo Stato italiano per gli oltre 5 milioni di immigrati regolari (di cui 2 e mezzo occupati), dalla sanità, alla casa, alla scuola, al lavoro.

Secondo la metodologia del costo medio (proporzionale all'incidenza degli stranieri e a partire dal costo standard delle prestazioni), l'idos ipotizza una spesa 'teorica' di 3,8 miliardi per la scuola; 200 milioni per le (limitatissime) politiche per la casa (la presenza di immigrati tra i beneficiari di case popolari si attesta attorno al 8,5%); 2 miliardi di euro per gli interventi per la Giustizia (calcolando la presenza nelle carceri del 30% di condannati e detenuti stranieri), e 2,4 miliardi per l'assistenza sociale (cassa integrazione, mobilità, disoccupazione, assegni familiari).

4,1 miliardi di euro è la spesa ipotizzata per la sanità a partire dall'assunto - ricavato da una ricerca della Regione Emilia Romagna - che per questioni anagrafiche il ricovero di un cittadino immigrato costi mediamente quasi un terzo in meno rispetto a quello di un cittadino italiano (2420 euro contro 3521 euro). Mettendo insieme queste e altre voci si ottiene un totale di 17,5 miliardi, pari al 2,1% della spesa pubblica che nel 2016 ammonta a circa 830 miliardi di euro.

Un'altra stima, basata sul calcolo dell'incremento della spesa dei costi decrescenti (poiché una parte consistente dei costi - personale, strutture, beni - sono preesistenti), stima una spesa marginale o aggiuntiva per la componente straniera di 4,34 miliardi di euro, pari allo 0,5% di spesa pubblica italiana.

Considerando che il contributo degli immigrati per le casse dello Stato viene stimato in 19,2 miliardi (di cui 7,3 di gettito e 11,9 di costi previdenziali), in entrambi i casi il saldo tra uscite (17,5 oppure 4,3 miliardi) e entrate risulterebbe positivo, principalmente a causa della bassa età media degli immigrati e della tendenza della spesa pubblica italiana a concentrarsi sulla popolazione anziana.

La vita per gli altri

Se per assurdo, tutto d'un tratto, le persone immigrate dovessero volatilizzarsi, scomparirebbero all'improvviso il 30,4% dei muratori, il 32% dei braccianti agricoli, il 57% delle cosiddette *badanti* e il 69% dei collaboratori domestici. E il paese, come d'incanto, si fermerebbe.

Senza immigrati, in particolare, andrebbe in tilt il sistema della cura familiare, il cosiddetto *welfare parallelo o invisibile*, come si è venuto strutturando negli ultimi decenni. Se è vero che già a partire dal dopoguerra molte persone di origine straniera avevano cominciato a lavorare nelle case degli italiani, come collaboratrici o come tate per l'accudimento dei bambini, la loro presenza è andata aumentando nel corso del tempo e si è affermata definitivamente dalla fine degli anni Ottanta con la presa in carico delle persone anziane e in generale non autosufficienti. In quel periodo, infatti, il Paese ha assistito a due fenomeni concomitanti: da una parte l'aumentato bisogno di cura e di soccorso da parte delle persone anziane in seguito al prolungamento delle aspettative di vita e al processo di invecchiamento della popolazione; dall'altra, la crisi del modello statale di assistenza sociale. La domanda di assistenza largamente insoddisfatta dalle politiche pubbliche è stata così intercettata dalla disponibilità crescente di manodopera immigrata.

Per effetto di queste dinamiche, oggi l'Italia è il paese europeo con il maggior numero di lavoratori domestici impiegati (760.000), davanti alla Spagna (618.000). Seguono a grande distanza la Francia (281.000) e la Germania (198.000). I 760.000 collaboratori domestici censiti da Eurostat nel 2016 sono per l'86% formati da donne e provengono in larga misura dall'Est Europa (60,7%) e dall'Asia (20,1%). Il contributo delle persone straniere alla vita domestica delle famiglie italiane presenta luci e ombre, come tutto il contraddittorio e ambiguo mercato occupazionale degli immigrati in Italia segnato da ingressi subalterni e regolarizzazioni tardive. Da una parte la domanda nel settore è in costante aumento, alla luce anche dell'incremento tendenziale del numero di persone non-autosufficienti, un fatto di per sé positivo che favorisce l'inserimento

nel mercato del lavoro da parte di tante persone immigrate. Dall'altra, « in mancanza di decreti flussi con quote per colf e badanti, l'ultimo nel 2011, il numero di lavoratori domestici extra-comunitari iscritti alla gestione Inps tende inesorabilmente a ridursi, - ha dichiarato nel 2018 Tito Boeri, presidente uscente dell'INPS - non compensato (o compensato in minima parte) dall'aumento dei lavoratori comunitari o italiani che non hanno problemi coi visti. Ma non appena c'è un provvedimento di regolarizzazione del lavoro nero, il numero di colf e badanti extracomunitarie si impenna, a dimostrazione del fatto che questi lavori continuano a essere richiesti, ma vengono svolti senza versare i contributi sociali».

Preoccupa, inoltre, la severa segregazione occupazionale delle donne. «Di fatto - si legge nell'ultimo rapporto Idos - l'impiego delle assistenti familiari straniere consente a molte famiglie, e soprattutto alle donne adulte, di conciliare lavoro, famiglia acquisita e cura dei genitori anziani, ma consente anche alle istituzioni pubbliche di risparmiare sui costi dell'assistenza domiciliare e del ricovero degli anziani in strutture protette. Il tutto però sulle spalle di donne immigrate che sopportano condizioni di vita e di lavoro particolarmente sacrificate» (IDOS 2018, p. 254). Una prima indicazione nell'auspicata direzione di una regolamentazione del settore, è venuta recentemente dal Parlamento europeo che a marzo 2017 ha approvato una risoluzione, non vincolante, per garantire ai lavoratori domestici diritti sociali e uno status giuridico comunitario.

Negli ultimi anni numerosi film e documentari hanno provato a narrare l'epopea di queste persone, costrette a sacrificare la propria vita e i propri affetti per prendersi cura della vita degli altri: ovvero dei nostri bambini e dei nostri anziani. Un titolo su tutti: *Per un figlio* (2016), bellissima opera prima di un giovane regista italo-italo-cingalese, Suranga Katugampala. Il racconto della relazione sul filo dell'incomprensione tra un ragazzo adolescente, nato nella provincia italiana, e la madre cingalese, divisa tra la preoccupazione per il figlio e quella per la vecchia signora che assiste giorno e notte.

Gli stranieri fanno la storia

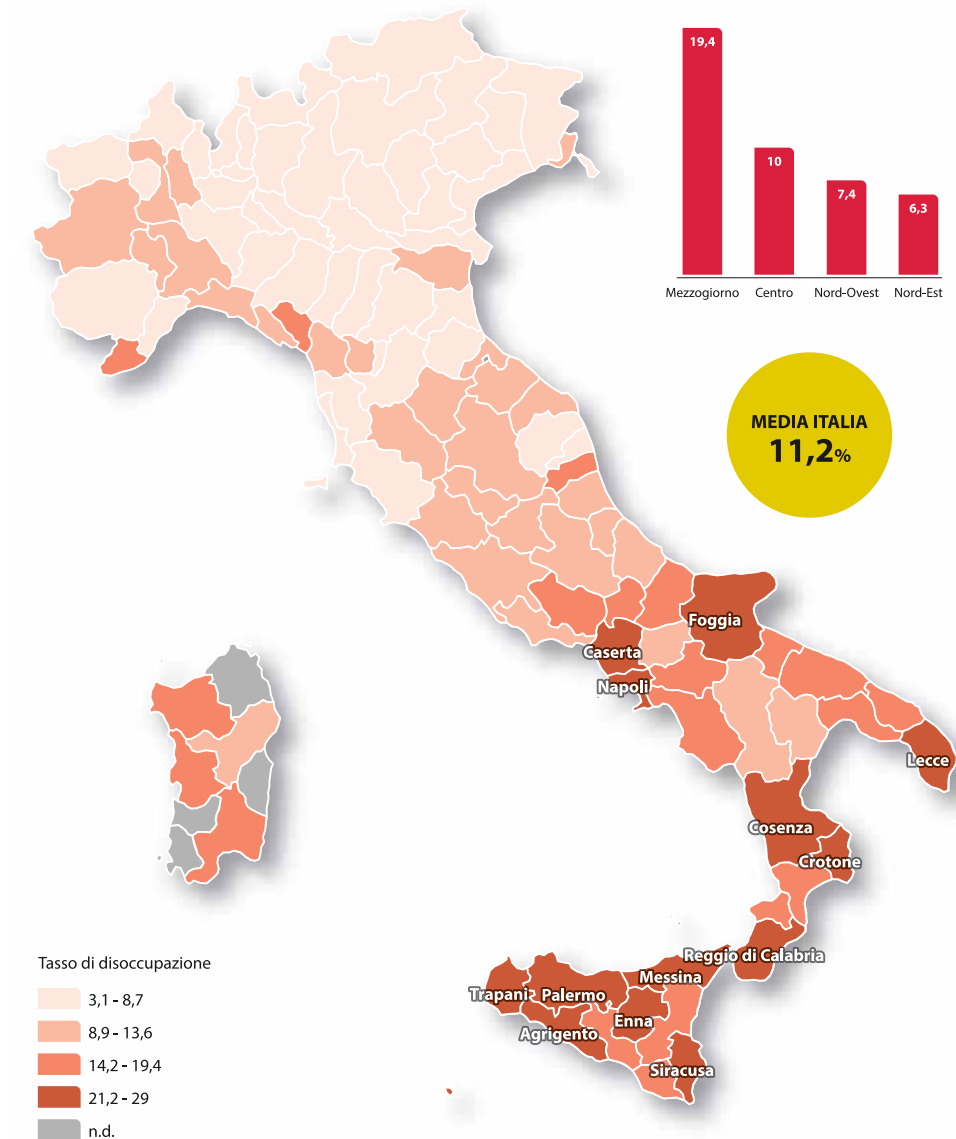
Negli ultimi tre decenni, gli stranieri hanno partecipato e spesso guidato, anche al di là della loro esperienza migratoria, movimenti e lotte che hanno ottenuto risultati per tutti i lavoratori, italiani compresi. Come l'operaio egiziano Abd El Salam Ahmed El Danf morto mentre manifestava, lui assunto a tempo indeterminato, per la

regolarizzazione dei suoi colleghi. Ce lo ricorda la *Storia dell'immigrazione straniera* in Italia firmata da Michele Colucci, pubblicata nel 2018 dall'editore Carocci. Il libro ripercorre oltre cinquant'anni di immigrazione con l'obiettivo, tra le altre cose, di «mettere in discussione quell'approccio interpretativo che individua gli immigrati come persone destinate ineluttabilmente ad adattarsi ai contesti sociali, economici, politici in cui si trovano a vivere. Questo

approccio si è accompagnato per lungo tempo a una sorta di visione binaria, secondo la quale coloro che vivono un'esperienza migratoria sono destinati ad essere etichettati necessariamente come carnefici di qualcuno o qualcosa o in alternativa come vittime di qualcuno o qualcosa (una visione che riguarda quei filoni di pensiero non ostili all'immigrazione)». Gli immigrati, mostra Colucci, concorrono a rimodellare la società in cui arrivano.

Tasso di disoccupazione per provincia

Anno: 2017. Fonte: ISTAT



La mappa qui sotto va letta insieme a quella che pubblichiamo a pagina 25. Nelle province del Mezzogiorno (in particolare in Campania, Calabria e Sicilia) dove l'incidenza delle persone straniere raggiunge i livelli minimi (circa un terzo di quella che si rileva in alcune province del Nord) il tasso di disoccupazione balza ai livelli massimi, superando abbondantemente il 20%. Oltre 3 volte quanto si rileva nella maggior parte delle province del Centro-Nord dove tendono a vivere lavorare gli immigrati.

Gli immigrati rubano il lavoro?

Per una parte dell'opinione pubblica il verdetto è già stato emesso: gli immigrati sono riconosciuti colpevoli sulla pubblica piazza di furto di lavoro aggravato ai danni degli italiani. Per chi ha studiato più da vicino il caso, gli inquisiti hanno un alibi di ferro: lavorano in larga maggioranza al Nord - in Lombardia, Veneto, Lazio, Emilia-Romagna, Piemonte - mentre la disoccupazione cresce soprattutto nelle regioni meridionali, come mostra la mappa. È accertato inoltre che gli immigrati rimangono schiacciati nelle posizioni inferiori del mercato del lavoro poco ambite dagli italiani, che più di 3 occupati su 10 hanno un'istruzione superiore a quella richiesta dal lavoro che svolgono, che la loro retribuzione è inferiore in media del 25% rispetto a quella degli italiani, e che in generale il lavoro degli immigrati attende ancora di essere riconosciuto, tutelato e promosso. Quanto alla crisi del lavoro in Italia, le cause sono molteplici e complesse. Una di queste è rappresentata dall'economia sommersa creata dalla criminalità organizzata che, secondo uno studio autorevole, arreca una perdita allo Stato compresa tra i 100 e i 150 miliardi di euro, quasi un decimo del PIL (Banca d'Italia 2012).

Un'occasione per guarire la relazione medico-paziente



Medico e scrittore Kossi Komla-Ebri lavora da tre decenni in un ospedale in Lombardia.

È stato difficile integrarsi nella sanità italiana?

All'università volevo fare ginecologia. Avevo preso a frequentare il reparto quando un bel giorno il primario mi disse: *non puoi più venire, fai paura alle donne*. Rimasi scioccato e decisi di fare chirurgia, così almeno dormono e non farò più paura a nessuno. Quando poi sono arrivato a Erba, mi sono reso conto che la difficoltà principale non stava nel colore della pelle, ma nella possibilità di comunicare con i pazienti, perché c'erano molti anziani che parlavano solo dialetto... Così, avendo facilità con le lingue, imparai subito qualche parola in dialetto. Se veniva una signora le dicevo: *sciura, sedet giù sul cadregon*. E subito vedevo la sua faccia rilassarsi. *Vedi? parla come noi!* In ogni caso il razzismo spesso è espressione di classismo e, da questo punto di vista, il camice mi sbianca, mi sdogana. Con il passare del tempo anche quel po' di diffidenza iniziale è svanita, e si è verificato il fenomeno opposto: ci sono dei pazienti che vengono in ospedale solo per farsi vedere da me. Se non mi trovano tornano a casa. Semmai, un problema con il mio essere diversamente visibile poteva esserci con i miei colleghi che spesso avevano un atteggiamento paternalista e di superiorità nei miei confronti. *Chissà cosa saprà fare questo qua!*».

Come giudica il livello di preparazione dei suoi colleghi in materia di medicina della migrazione e di intercultura?

In Italia purtroppo non vi è una formazione in Antropologia Medica. Si pensa alla malattia soltanto come un fatto biologico. Abbiamo una visione esclusivamente meccanicistica del corpo umano. Manca il concetto che la malattia è un fenomeno bio-culturale, manca una visione olistica della persona.

All'Università non ci hanno insegnato le diverse concezioni del corpo nelle diverse culture. Non ci hanno detto che la visione del proprio corpo nella società può influire sullo stesso star male, sul modo in cui avvertiamo il dolore e anche sul morire. Io mi sono dovuto formare per conto mio e ogni anno tengo dei corsi di antropologia medica con diverse realtà associative presso l'Università di Bologna e a Brescia con i volontari di Medicus Mundi. Del resto formarmi è stata anche una necessità.

Perché?

Perché da noi accadeva spesso che quando arrivava in reparto un paziente straniero i miei colleghi chiamavano me, anche se (ride) io non conosco tutte le lingue e tutte le culture del mondo. D'altra parte quando arriva lo straniero tra medico e paziente scatta una sorta di esotismo reciproco. Il medico mette i doppi guanti e pensa *chissà che malattia avrà*. Dentro di lui scatta la cosiddetta sindrome di Salgari. Il paziente immigrato - soprattutto quello africano che conosco meglio - arriva invece con l'idea, altrettanto esotica, che il bianco ha la macchina miracolosa che vede dentro il corpo e trova tutte le malattie. È la sindrome da General Hospital. I medici occidentali sono come E.R., medici in prima linea, risolvono tutto. Poi a questa fase subentra una fase di scetticismo.

Nato nel 1954 in Togo, laureato in Medicina e Chirurgia a Bologna nel 1982, specializzato in Chirurgia Generale presso l'Università degli studi di Milano, Kossi Komla-Ebri lavora da oltre 30 anni presso l'ospedale Fatebenefratelli di Erba. Nel tempo libero si diletta nella scrittura. Nel 2002 ha pubblicato con successo «Imbarazzismi. Quotidiani imbarazzi in bianco e nero», seguito nel 2004 da «Nuovi imbarazzismi» pubblicati entrambi da Marna Editore.

Stranieri nella Sanità

Il contributo degli immigrati è sempre più palpabile anche nel campo della salute, per la presenza crescente di medici e infermieri di origine straniera negli ospedali, negli ambulatori, nelle cliniche. Difficile dare delle stime attendibili per l'assenza di registri unificati e database affidabili. Ci prova l'Associazione Medici Stranieri in Italia: secondo l'AMSI gli operatori stranieri o di origine straniera attivi in Italia in questo settore sarebbero 65.000, dei quali 18.000 medici e 38.000 infermieri. Tre le tipologie principali: ex studenti stranieri laureati nel nostro Paese che in Italia hanno deciso di rimanere e operare (tra gli anni Sessanta e la fine degli anni Ottanta); medici e professionisti già laureati nei loro Paesi provenienti dal blocco dell'Est dopo la caduta del muro di Berlino; più recentemente medici provenienti dai Paesi arabi e dal Sudamerica, un flusso tuttavia sempre più contenuto a causa del numero chiuso per l'accesso ai corsi di laurea. Negli ultimi anni, secondo AMSI, in seguito alla crisi si sarebbe registrato un incremento dei rientri in patria per motivi economici e familiari. L'apporto del personale sanitario straniero rimane tuttavia confinato in larga misura alla sanità privata poiché l'accesso ai concorsi pubblici è vincolato dal requisito della cittadinanza.

Come si manifesta lo scetticismo?

L'operatore dice tra sé, *questo non ha niente, mi fa solo perdere tempo*. Il paziente africano dice, *questo non mi guarda nemmeno perché sono straniero*. E in ogni caso non ha i poteri. Questo accade perché il paziente occidentale e quello africano hanno due visioni opposte del loro corpo.

Qual'è la nostra visione del corpo?

Il paziente italiano ha una visione tutta organica. E con trasmissioni come Medicina 33 o Check-up, sa tutto del suo corpo. Con internet, poi, tutti sono in cura dal professor Yahoo o dal dottor Google. Arrivano che conoscono ogni cosa delle loro malattie, per non parlare dei rimedi. Vanno dal dottore come si va dal salumiere. Ti dicono, *per piacere mia dia 2 chili di Voltaren*, eccetera. Questa concezione organica del corpo, d'altra parte, influisce molto sul rapporto medico-paziente, che è un rapporto organico. Curiamo gli organi, non esiste più nessuno che cura il paziente nella sua interezza.

E il paziente africano?

Invece il paziente africano non sa niente di tutto ciò e arriva dal medico dicendo cose del tipo, *mi sono alzato ieri che avevo litigato con mia moglie e sentivo della corrente elettrica che mi correva nei capelli*. Mi volto e vedo già il mio collega che tamburella con le dita sul tavolo e comincia a scrivere *valium, 10 gocce, eccetera*. Il paziente africano ha una visione olistica della persona, quando arriva racconta di sé e della sua malattia, che è qualcosa che coinvolge tutto il suo corpo ma anche l'ambiente in cui vive.

Il medico non sta nemmeno ad ascoltarlo perché non gli dice quello che è abituato a sentire - ho male al fegato, al cuore, eccetera - e lo considera un malato imma-

Se voglio curare questo paziente e adempiere al mio ruolo di medico devo fare un passo avanti e capire la sua mentalità

gnario. Mentre se lo ascoltasse potrebbe trovare degli elementi utili per fare una diagnosi. Il problema è che non c'è più nessun medico oggi che ascolta e vede il paziente, ci siamo dimenticati la vecchia semeiotica... e questo lo dicono anche i pazienti italiani.

Quindi il fatto di avere tanti pazienti che vengono da altre culture può rappresentare un'occasione di crescita anche per il medico... per guarire la relazione con il paziente?

Io penso di sì. Ci aiuta a tornare a vedere i pazienti, tutti i pazienti, come persone e non come somma di organi, e a prestare più attenzione al ruolo del contesto. Ci aiuta ad ascoltare di più, a migliorarci come medici. Ma nessuno è profeta in patria. I miei colleghi su questi argomenti mi ridono dietro. Mi dicono: come ti sei adeguato tu, si adegueranno anche loro. Sono loro ad essere venuti qui. Io rispondo: un conto è la comunicazione linguistica, un conto è la comunicazione culturale. Se voglio curare questo paziente e adempiere al mio ruolo di medico, devo fare un passo avanti e capire la sua mentalità.

Se non faccio questo sforzo non capirò mai perché è così difficile far comprendere a un africano il concetto di malattia cronica. L'ho visto con mia madre: era ipertesa, ma appena stava meglio smetteva di prendere le pillole. Per questo i diabetici africani sono così difficili da curare qui. È tutta una mentalità che va educata... ma per poterlo fare prima devo fare lo sforzo di capire questo concetto diverso del corpo e della malattia. Serve urgentemente una formazione ad hoc. ●

Colmare i divari: integrazione è salute



Povert , bassi livelli di istruzione, precarie condizioni abitative, possono avere un impatto determinante sulla salute. Lo dice il nuovo paradigma bio-psico-sociale della medicina. Che ci invita a prendere sul serio la vulnerabilit  sociale degli immigrati, cresciuta a dismisura durante la crisi, e a lavorare per la loro piena inclusione sociale. Perch  le politiche per l'integrazione fanno bene alla salute (di tutti).

«**L**a giustizia sociale sta diventando una questione di vita o di morte. Sta influenzando il modo di vivere della gente, la probabilit  di ammalarsi ed il rischio di morire prematuramente».   quanto si legge nelle conclusioni della Commissione sui Determinanti sociali della Salute pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanit  nel 2008. Il risultato di tre anni di lavoro da parte di medici, accademici, decisori, ex capi di Stato ed ex ministri della salute provenienti da tutto il mondo, coronato dalla pubblicazione di un ponderoso rapporto che raccomanda l'adozione di politiche inclusive per costruire il benessere e la salute delle popolazioni: *Closing the gap in a generation: Health Equity through action on the Social Determinants of Health* (OMS, CSDH 2008).

Da alcuni decenni, d'altra parte, un imponente messe di ricerche e di dati mette in luce l'impatto delle disuguaglianze sulla salute delle persone e delle comunit  pi  marginali. «Gli studi ci dicono che l'impatto maggiore sulla salute non   esercitato dal sistema organizzato delle cure, e quindi dalla capacit  di risposta del sistema assistenziale - spiega Maurizio Marceca, presidente della Societ  Italiana Medicina delle Migrazioni - ma dal contesto di vita. Si stima che il sistema sanitario incida sulla salute di una persona per il 20%, mentre il contesto influisca per il 40-50%». In particolare, l'epidemiologia sociale ha dimostrato precise correlazioni tra i livelli di salute di una popolazione e alcuni fattori di rischio: povert  di reddito, precarie condizioni abitative, bassi livelli di istruzione, una scarsa coesione sociale, eccetera. «Il ruolo dei cosiddetti determinanti strutturali e sociali delle malattie non   postulato da teorie sociologiche, ma da vere e proprie dimostrazioni scientifiche - rincara Marceca - abbiamo ormai un'imponente letteratura in questo campo che mostra come il reddito, il livello di istruzione, la coesione sociale, ma anche la lingua, la giustizia, eccetera, sono fattori protettivi nel momento in cui uno ne consegue un livello elevato, con correlazioni ormai ampiamente accertate».

Le implicazioni di questa rinnovata attenzione per le condizioni di vita (e quindi per le disuguaglianze sociali) da parte della scienza sono molteplici nel campo della medicina della migrazione. In primo luogo il cosiddetto *paradigma bio-psico-sociale*

della salute ci invita a considerare in tutta la sua gravit  il livello di svantaggio, e quindi di vulnerabilit , della popolazione di origine straniera presente nel nostro paese. Se   vero, che i fattori di rischio socioeconomici, culturali, ambientali, relativi agli stili di vita, rischiano di alimentare le disuguaglianze di salute di tutta la popolazione in condizioni di svantaggio, l'Organizzazione Mondiale della Sanit  «ha riconosciuto il processo migratorio in s  come un determinante sociale di salute che richiede considerazioni multi settoriali. Sfortunatamente, la crisi finanziaria globale ha portato a una battuta d'arresto nei percorsi di accesso dei migranti alla salute in molte regioni d'Europa. Ci    stato collegato in parte alle misure di austerit , in parte ai crescenti sentimenti anti-immigrati rinforzati dalla situazione economica, un trend che prosegue ancora una decade dopo» (OMS 2018). Negli ultimi dieci anni, infatti, le conseguenze della crisi sono state pagate a caro prezzo dalla popolazione immigrata, che ha visto peggiorare drammaticamente la propria situazione.

Secondo l'importante indagine EUSILC, ad esempio, ben il 50,5% delle persone immigrate regolarmente residenti in Italia sarebbe a rischio di povert  o esclusione sociale, un dato cresciuto di

«Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equit  sociale quali determinanti fondamentali della vita collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri».

*Codice di deontologia medica,
Federazione nazionale dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri. Articolo 5*

Stranieri a casa nostra

Tra i fattori di rischio bio-psico-sociali particolarmente accentuati negli anni della crisi, con effetti indiretti sulla salute mentale, si annoverano la solitudine, l'isolamento, lo stress finanziario e la minaccia di perdere il lavoro (G. Costa, M. Marra, S. Salmaso, Gruppo AIE, *Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia*, 2013). Una minaccia molto concreta per le persone straniere: la disoccupazione tra gli immigrati residenti è passata dall'8,5% del 2008 al 17,2% del 2013, per poi attestarsi al 14,4% nel 2017 (nello stesso periodo la disoccupazione tra gli italiani è cresciuta dal 6,6% al 10,9%). La recessione ha inoltre provocato una diffusa tendenza al demansionamento, alla ulteriore precarizzazione delle condizioni contrattuali e all'aumento dei carichi di lavoro. «Rispetto agli italiani - annotava l'ISTAT qualche anno fa - la maggiore disponibilità ad accettare impieghi a bassa specializzazione fa sì che gli stranieri restino intrappolati in un mercato del lavoro fatto di occupazioni poco qualificate e meno corrispondenti al livello di conoscenze/competenze acquisite» (Istat, 2015).

«La stragrande maggioranza delle persone straniere residenti in Italia non presenta particolari problemi di salute se non per il fatto, in quanto popolazione economicamente e socialmente più fragile, di essere maggiormente esposta ad alcune patologie legate alla povertà e allo stress, e a una serie di carenze in termini di servizi che riguardano anche la popolazione italiana - racconta Ornella Dino, dal 2012 responsabile medico dell'Unità operativa per la Promozione della salute immigrati dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo - Dal nostro osservatorio, nella stragrande maggioranza dei casi vediamo persone immigrate stressate da condizioni di vita particolarmente debilitanti: la povertà, la lontananza da casa, la mancanza di riconoscimento della propria identità sociale, l'impossibilità di essere una figura di riferimento e di supporto per i figli lontani e la famiglia. Sono problemi di salute e disagio psicologico che nascono da situazioni contingenti socialmente determinate».

Ovviamente, la situazione si fa ancora più complessa per i neo-arrivati richiedenti asilo e protezione internazionale, spesso già segnati dalle vicissitudini di un viaggio traumatico e debilitante e destinati a scontrarsi con barriere linguistiche, complicazioni burocratiche, deficit di formazione e informa-

zione, e più in generale con i tanti punti deboli di un sistema di accoglienza che riduce ulteriormente la possibilità di accedere correttamente e tempestivamente alle cure.

«Per i rifugiati il problema della salute è anche un problema di accoglienza. Il nostro cosiddetto sistema di accoglienza è deficitario e fallimentare. Costringe queste persone in una condizione di limbo per tempi lunghissimi, senza documenti

e senza la possibilità di inserirsi nel mondo del lavoro. A questo bisogna aggiungere le pessime condizioni dei centri, gli operatori non pagati o con poca formazione, il cibo scadente, eccetera eccetera. Tutto ciò finisce per influire sulle loro condizioni fisiche e soprattutto sulla loro salute psichica. A volte penso che stiamo creando una popolazione di sbandati, squilibrati, potenzialmente violenti. Vedo gli immigrati quando arrivano al porto: hanno gli occhi vivi, in loro c'è molta sofferenza e molta dignità. Vedo le stesse persone sei mesi dopo nei centri di accoglienza e mi rendo conto che li abbiamo annientati fisicamente e psicologicamente. Nel nostro ambulatorio abbiamo un sacco di TSO, di accessi ai ricoveri per psichiatria. D'altra parte la gente per farsi sentire deve fare casino, così rompono tutto, salgono sui tetti degli autobus, fanno cose assurde. Ma non sono pazzi... forse li stiamo facendo diventare pazzi noi»

«Le condizioni di salute mentale risentono particolarmente dell'incertezza rispetto al proprio status legale, alla residenza, ai permessi di lavoro, e alla precarietà delle prospettive sociali nel paese ospitante. I lavoratori migranti ottengono generalmente impieghi più precari e pericolosi, che possono mettere a repentaglio la vita, generare malattie, situazioni di stress psico-sociale, in condizioni di lavoro e di vita insalubri».

Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018

16 punti dal 2008 e oggi inferiore soltanto a quello greco. Nel 2017 il reddito netto medio equivalente percepito dagli stranieri residenti era inferiore del 30% rispetto a quello degli italiani per effetto della maggiore precarietà delle occupazioni svolte dai primi. La disuguaglianza di reddito, secondo gli esperti, sarebbe la variabile macroeconomica che condiziona maggiormente gli indicatori di salute nei paesi occidentali: all'aumentare dei livelli di disuguaglianza diminuisce la speranza di vita e la salute media. Ma tutti i principali indicatori, nelle diverse dimensioni di vita degli immigrati, mostrano livelli di benessere sensibilmente inferiori a quelli rilevati tra la popolazione autoctona come vedremo più avanti nel dettaglio con l'aiuto di grafici e mappe.

In secondo luogo, il nuovo paradigma bio-psico-sociale della salute ci dice che le politiche di integrazione devono essere necessariamente intersettoriali, in modo da agire simultaneamente sulle principali dimensioni di esposizione alle vulnerabilità: la salute, il lavoro, l'istruzione, l'abitazione. «Un governo che non investe nell'istruzione stratifica socialmente la popolazione rendendo più forti i forti, e più deboli i deboli - sottolinea Marceca - Nel campo dell'immigrazione questo significa che non possiamo limitarci all'assistenza sanitaria, ma dobbiamo mettere in campo anche delle buone politiche sociali, ad esempio in materia di integrazione e di asilo. Sotto questo aspetto, uno degli errori più grandi compiuti in passato da tutti i governi è stato quello di accentrare tutte le politiche dell'immigrazione nelle mani esclusive del Ministero dell'Interno. In questo modo si è conti-

nuato a schiacciare tutto il discorso sulla dimensione della sicurezza, senza capire che ci troviamo davanti ad un fenomeno eminentemente sociale». La terza fondamentale implicazione del nuovo paradigma investe direttamente il ruolo e la funzione stessa del medico, come di fatto ha certificato da qualche anno l'articolo 5 del nuovo codice di deontologia medica della Federazione nazionale degli ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri: «Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro, i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della vita collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute...». «Questo documento - ricorda Marceca - è stato sottoscritto da tutti gli ordini provinciali dei medici e segna un importante passo avanti nella direzione indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa, d'altra parte, era anche la direzione indicata quasi due secoli fa da Rudolf Virchow, uno dei numi tutelari della medicina moderna, pioniere della patologia cellulare e della patogenesi delle malattie. Un vero gigante che chiamato in Alta Slesia per fronteggiare un'epidemia di tifo, indicava nel miglioramento delle condizioni sociali della popolazione la chiave per debellare tutta una serie di malattie. Alla metà dell'Ottocento diceva che *la medicina è una scienza sociale, la politica è una medicina su larga scala* e che la vocazione dei medici è quella di aiutare i malati e i poveri, non di fare soldi. Noi veniamo già da questa storia e oggi la stiamo riscoprendo. L'attenzione sociale nell'ambito della salute dovrebbe riguardare tutti gli operatori della salute».

duzione al nuovo paradigma della salute - si apre con una rievocazione personale: «L'ospedale di Sidney dove mi sono formato accoglieva un'ampia popolazione di immigrati, che in quegli anni Sessanta provenivano dalla Grecia, dalla Jugoslavia e dal Sud Italia. Con il loro scarso inglese per descrivere i sintomi, arrivavano al pronto soccorso con un dolore all'addome. A noi giovani medici veniva detto di somministrare un antiacido e di inviarli a casa. Io lo trovavo assurdo. Le persone venivano con i problemi della propria vita e noi li trattavamo con una bottiglia di miscela bianca». La perplessità del giovane medico si trasforma in un rovello esistenziale e in un lavoro di ricerca durato una vita intera, magistralmente raccontato nel libro.

In queste pagine, alcune immagini del grande repertorio fotografico di Mohamed Keita. Da anni, giorno dopo giorno, con discrezione e rispetto, documenta la vita delle persone senza fissa dimora a Roma. Italiani, stranieri, persone. A volte amici, con i quali ha spezzato il pane sulla strada.

Il ruolo del medico

Se è vero che i determinanti chiave della salute sono all'esterno del sistema sanitario, cosa possono fare i medici per promuovere l'equità della salute, oltre al loro ruolo essenziale di cura della malattia? A questa domanda, Michael Marmot, presidente della *Commission on social determinants of Health*, oggi a capo della World Medical Association, ha risposto con un rapporto e cinque raccomandazioni principali: 1) agire sulla formazione degli studenti e dei medici in materia di determinanti; 2) inquadrare il paziente in un contesto più ampio, trattare le sue condizioni di vita; 3) assicurare buone condizioni di lavoro agli stessi dipendenti del servizio



sanitario; 4) promuovere il lavoro intersettoriale; 5) impegnarsi nell'advocacy, per politiche che migliorino le condizioni di vita dei pazienti. Il suo ultimo libro - *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto* (Il Pensiero scientifico, 2016) - fondamentale intro-



Senza fissa dimora

Secondo l'ultima indagine realizzata da ISTAT su un campione di 150 comuni, nel 2014 le persone in questa condizione erano in maggioranza uomini (85,7%), stranieri (58,2%), con meno di 54 anni (75,8%) e un basso titolo di studio (solo un terzo raggiunge almeno il diploma di scuola media superiore). Il 76,5% viveva in solitudine; poco più della metà (il 51%) non si era mai sposato. Rispetto a un'indagine analoga realizzata qualche anno prima, le persone senza fissa dimora apparivano in aumento e vivevano la precarietà da più tempo: 4 su 10 da più di 2 anni, 2 su 10 da quattro anni. Il fenomeno è inevitabilmente soggetto alla crisi del lavoro e alle fasi di recessione economica, alla colpevole evanescenza delle politiche sociali e abitative, agli stessi interventi a gamba tesa nel campo dell'accoglienza dei migranti. Grande preoccupazione, ad esempio, destano l'abrogazione del permesso umanitario e l'indebolimento del sistema SPRAR decisi dal cosiddetto decreto *sicurezza* che rischia di determinare ulteriori condizioni di instabilità, irregolarità e insicurezza per almeno 100.000 persone.



La responsabilità etica di produrre conoscenza



Ci può dire in che cosa consiste il lavoro dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS?

Ci occupiamo di tutto, dagli aspetti normativi all'assistenza tecnica ai paesi membri, dal miglioramento delle performance del sistema sanitario allo sviluppo di politiche, fino alla costruzione di servizi.

Quando avete cominciato a interessarvi di immigrazione?

L'attenzione verso queste tematiche è molto recente. Basti pensare che la nostra divisione è l'unica in tutta l'agenzia che affronta in maniera strutturata le implicazioni sanitarie delle migrazioni. Quando abbiamo cominciato a occuparcene era un po' come parlare una nuova lingua. In effetti siamo una sorta di centro pilota: abbiamo fatto formazione agli uffici delle altre regioni e al quartier generale. Tutto quello che fa oggi l'OMS in questo campo è partito da qui nel 2011 con il supporto del Ministero della Salute Italiano e di quello Belga, quando abbiamo iniziato a strutturare il settore in seguito all'ondata migratoria generata dalle primavere arabe. Fino ad allora secondo un approccio un po' vecchio, si tendeva a pensare alla salute in questo campo solo durante le emergenze o per rispondere a bisogni particolari. All'inizio, abbiamo dovuto fare di necessità virtù, evidenziando il grande gap di dati e di conoscenze.

Perché è importante che i medici si occupino di immigrazione? Gli stranieri portano malattie?

Le difficili condizioni di vita di queste persone durante il percorso migratorio sono indubbiamente fonte di grande preoccupazione, ed è per questo che vanno aiutate e assistite e va promosso un approccio collaborativo fra stati che auspichi una migrazione regolare. Ma per quanto noi riconosciamo che il movimento di popolazione possa funzionare da fenomeno ponte fra paesi con profili sanitari e un'incidenza di malattie differenti, la paura di diffusione di malattie infettive da parte dei nuovi arrivati non è confermata dalla realtà dei fatti. È anche una que-

L'attenzione verso queste tematiche è recente. Quando abbiamo cominciato a occuparcene era come parlare una nuova lingua.

stione statistica: nel 2015, durante la fase più critica, ben un milione di persone sono passate dai paesi del Sud Europa a quelli del Nord Europa. Un dato enorme in sé, ma molto piccolo se lo paragoniamo alle decine di milioni di persone che transitano in un anno all'aeroporto di Fiumicino. Se vado a spalmare la possibilità di contagio sul numero di persone, il rischio è forse maggiore in un aeroporto dove il numero di transiti è molto alto.

Da alcuni anni l'OMS ha messo al centro della sua strategia l'attenzione ai determinanti della salute. Quali sono le implicazioni di questo approccio per l'immigrazione? Oggi sappiamo che gran parte delle politiche decise in campo ambientale, sociale, industriale, economico, hanno ripercussioni sulla salute. Per questo parliamo di

determinanti sociali, economici o politici della salute. Anche la migrazione ha una forte componente di determinanti sociali, che osserviamo in azione, ad esempio, in quella che chiamiamo *transizione epidemiologica*. I migranti che provengono da paesi con economie meno sviluppate e con un tenore di vita forse più sano del nostro - più movimento, meno cibo inappropriato, meno alcol, meno tabacco - paradossalmente arrivano in condizioni migliori rispetto a quelle della popolazione ricevente. Qui da noi, per ragioni socio economiche, tendono però a sistemarsi negli strati sociali più bassi, hanno accesso a cibi di bassa qualità e a condizioni abitative precarie, consumano tabacco, cadono in depressione perché sono lontani da casa,

Noi tecnici e scienziati abbiamo la responsabilità etica imprescindibile di produrre verità, evidenza.

eccetera. Per effetto di questi fattori hanno un rischio più elevato di sviluppare malattie croniche - diabete, obesità, cardiovascolari - rispetto alla popolazione residente. Se le difficoltà e le specificità del fenomeno migratorio, o dei migranti forzati, non vengono contemplate quando si disegnano i sistemi sanitari e le politiche, rischiamo di creare grandi squilibri e di escludere queste persone dai servizi di prevenzione e di cura, indebolendone il tessuto sociale e la resilienza.

All'inizio del 2019 avete pubblicato un importante rapporto su questi temi, *Report on the health of refugees and migrants*. Con quale intento?

L'obiettivo del rapporto è fondamentalmente quello di dialogare con le istituzioni, con i decisori politici, con gli addetti ai lavori. Per questa ragione, negli ultimi due anni ci siamo andati a spulciare tutti i dati disponibili nella regione europea riguardo ad alcune tematiche di salute molto precise, raccogliendo una mole impressionante di dati. Circa 13 mila informazioni di riferimento e dati statistici che abbiamo inserito nell'analisi. È il primo rapporto di questo genere realizzato dall'OMS ed è già diventato virale superando i confini della regione dove è stato prodotto. Il nostro auspicio è che possa agire come stimolo sui governi e sui ministeri per investire ulteriormente in ricerca e in evidenza. Perché quello della conoscenza è un elemento cruciale se vogliamo fare delle scelte operative o gestionali di pianificazione sanitaria che siano efficaci con la realtà attuale.

Quali sono i messaggi più importanti che emergono dalla vostra ricerca?

I messaggi sono molteplici e di diverso livello. Il primo messaggio è che in un momento segnato da una forte polarizzazione politica su questi temi, noi tecnici e scienziati abbiamo la responsabilità etica imprescindibile di produrre verità, evidenza, colmando il più possibile eventuali gap di conoscenza e di formazione. Sotto questo aspetto il rapporto ha la funzione importantissima di sfatare tanti falsi miti e false credenze in riferimento alle implicazioni di salute relative alla migrazione o ai rifugiati. Il secondo messaggio fondamentale emerso dall'analisi è che dobbiamo garantire l'accesso più ampio possibile alle cure. Non bisogna fare prevalere la schematizzazione burocratica, la distinzione tra chi ha le carte e chi non le ha: limitare l'accesso per la mancanza dell'*entitlement*, è di per sé un fattore di rischio. Il vecchio mantra *prevenire è meglio di curare* è valido anche per i migranti. Con una differenza importante: che le cure in fase preventiva hanno un costo nettamente inferiore a quelle in fase conclamata o ospedaliera. L'accesso, tuttavia, è subordinato all'integrazione sociale, ed è per questo che guardiamo ai determinanti sociali. Quando vediamo persone che vivono in condizioni di esclusione le iscriviamo automaticamente alla lista di chi è esposto alle malattie (infettive, della povertà, croniche). Per questo è assolutamente fondamentale dare loro accesso a sistemi socio sanitari di base.

Niente salute pubblica, senza salute dei migranti.

L'Ufficio europeo dell'OMS ha pubblicato il primo rapporto sulla salute di migranti e rifugiati nei 53 Paesi della Regione dal titolo *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health*.

Realizzato in partnership con l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), il documento analizza migliaia di documenti prodotti a partire dal 2014 con l'obiettivo di creare evidenze per aiutare gli stati membri a promuovere la salute dei rifugiati e dei migranti implementando quanto riportato nel *Strategy and Action Plan for Refugee and Migrant Health in the WHO European Region*.

I 53 paesi della Regione europea OMS ospitano una popolazione di 90,7 milioni di migranti internazionali (poco meno del 10% della popolazione dell'intera regione), con grandi differenze interne: l'incidenza varia dal 50% di Andorra e Monaco a meno del 2% di Albania, Polonia, Romania. Il rapporto mostra con abbondanza di dati quanto sia necessario rendere il sistema sanitario *migrant-friendly* perché la salute è un diritto, e perché l'assistenza sanitaria è il modo migliore per salvare vite umane, tagliare costi sanitari e proteggere la salute delle popolazioni residenti.

<http://www.euro.who.int/en/publications/>

Dal 2000 collabora con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'unica agenzia specializzata in salute delle Nazioni Unite. E dal 2013 è responsabile del Programma Regionale di Salute pubblica e migrazioni nell'Ufficio OMS per la Regione Europea. Laureato in medicina, Santino Severoni ha una specializzazione in medicina e chirurgia all'Università dell'Aquila, e un master in Economia della salute alla scuola di Medicina e Igiene preventiva di Tor Vergata.

Altro che pacchia. La vita degli immigrati in Italia è molto peggiorata durante la crisi, e in misura maggiore rispetto al resto d'Europa. Lo dicono i dati raccolti dall'autorevole indagine

europea EUSILC, mappati in queste pagine. Nel 2017 un residente straniero su due era a rischio povertà e esclusione sociale, uno su quattro viveva in condizioni di grave deprivazione materiale.

DISEGUAGLIANZE

Le mappe del disagio

A leggere le statistiche di questi anni, la vita degli immigrati in Italia non appare davvero una pacchia. Nel 2018 Medici Senza Frontiere ha censito nel nostro Paese la presenza di (almeno) 50 insediamenti informali popolati da oltre 10.000 persone - in prevalenza richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale o umanitaria, quest'ultimi, quindi, divenuti irregolari in seguito al varo del recente decreto legge n. 113, 4 ottobre 2018 -, private di un riparo decoroso, di cibo sufficiente, e dell'accesso alle cure essenziali (MSF, *Fuori Campo*, 2018).

L'indagine sulle condizioni di vita delle famiglie (EUSILC), d'altra parte, mostra quanto sia difficile la vita, e quanto sia peggiorata negli anni della crisi, anche per quegli immigrati residenti che danno un contributo determinante all'economia e alla società italiana, in tanti modi diversi. Se è vero che la recessione ha colpito tutti - approfondendo sacche di disagio e contribuendo ad alimentare guerre tra poveri sfociate talvolta in veri e propri episodi di razzismo - i dati mostrano inequivocabilmente come la crisi abbia infierito particolarmente sulla popolazione straniera.

Al verde: Nel 2017 il reddito medio equivalente delle persone di origine straniera residenti in Italia era di 12.468 euro, quasi un terzo in meno rispetto a quello percepito dalla popolazione autoctona (17.725 euro). Il reddito delle persone con background migrante è leggermente diminuito negli anni della crisi (nel 2008 era 12.790 euro, nel 2015 di 11.825 euro), mentre quello degli italiani è cresciuto di oltre 1.000 euro (16.149 euro nel 2008). Colpisce in particolare il confronto con l'Europa: il reddito delle persone non italiane in Italia è nettamente inferiore rispetto a quello percepito in media dagli stranieri residenti negli altri paesi UE (16.785 euro).

Sottopagati: In Italia quasi un lavoratore su tre di origine straniera vive sotto la linea della povertà relativa, ovvero con un reddito disponibile equivalente nettamente inferiore alla media nazionale (dopo i trasferimenti sociali). Secondo l'indicatore *in work at risk of poverty*, a causa di remunerazioni evidentemente insufficienti e al limite dello sfruttamento, negli anni della crisi la popolazione di origine straniera in questa condizione è quasi raddoppiata, passando dal 17,8% del 2008 al 29,6% del 2016, con un peggioramento più vistoso tra la popolazione maschile (da 15,9 a 30,6) rispetto a quella femminile (da 20,6 a 28,3). Nello stesso periodo i lavoratori italiani nella stessa condizione sono aumentati di poco più di un punto percentuale: dal 8,2% del 2008 al 9,6% del 2016.

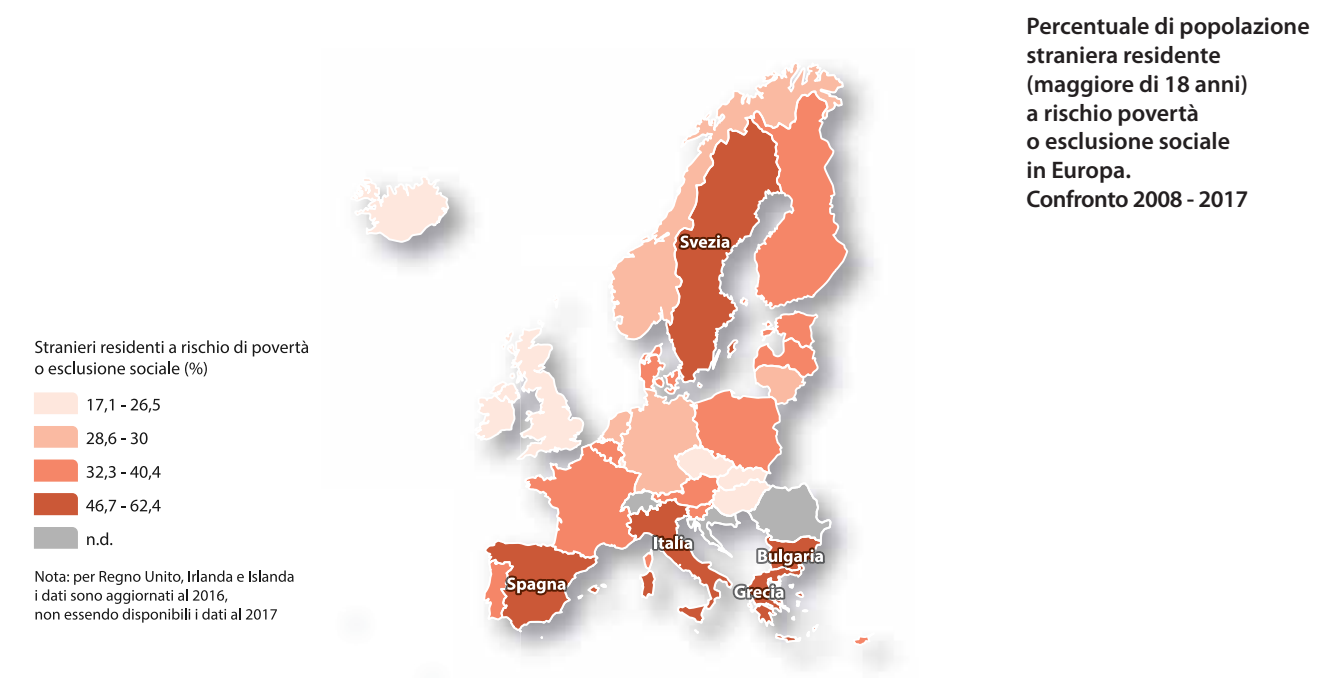
In povertà: Le persone di origine straniera residenti nel nostro Paese sono esposte alla povertà relativa in misura più che doppia rispetto a quanto accade alla popolazione autoctona: nel 2017 una persona di origine straniera su tre (34,1%) e meno di due italiani su dieci (17,1%) si trovavano a *rischio povertà*, ovvero con un reddito disponibile significativamente inferiore a quello percepito dalla media della popolazione. La situazione è precipitata negli anni della crisi: tra le persone con background migrante il dato è cresciuto di 9 punti percentuali dal 2008 (dal 25% al 34,1% del 2017) mentre è rimasto di fatto stabile tra gli italiani (17,2% nel 2008, 17,1% nel 2016). In Italia la povertà relativa colpisce i residenti stranieri in misura significativamente maggiore rispetto a quanto accade mediamente all'interno dell'Unione Europea (26,3%).

Esclusi: secondo Eurostat nel 2017 in Italia un residente di origine straniera su due si trova a *rischio di povertà o di esclusione sociale*, un indice sintetico che mette insieme tre indicatori: 1) la quota di per-

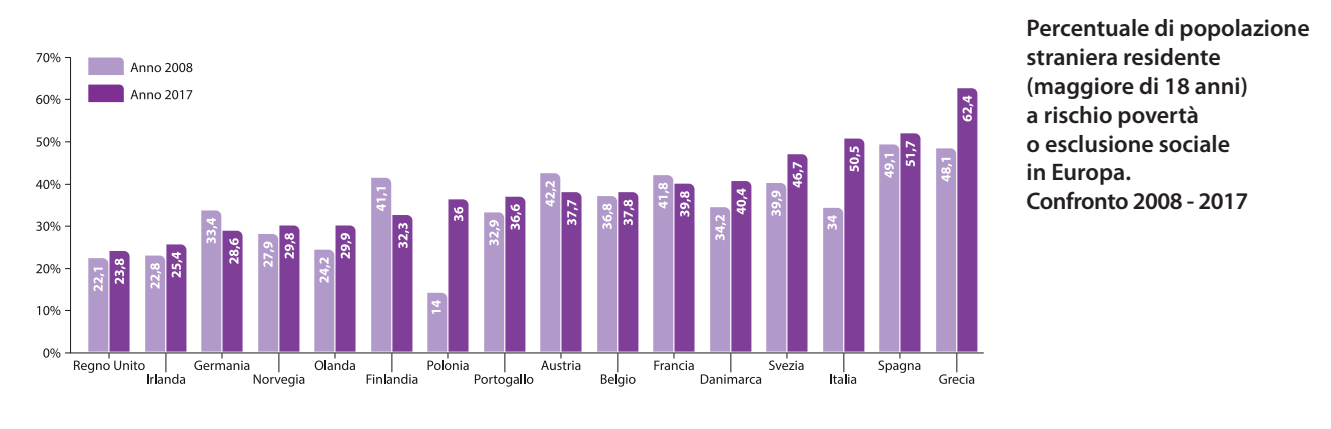
Stranieri residenti e italiani a rischio di povertà o esclusione sociale negli anni della crisi.

Anno: 2017. Fonte: Eurostat

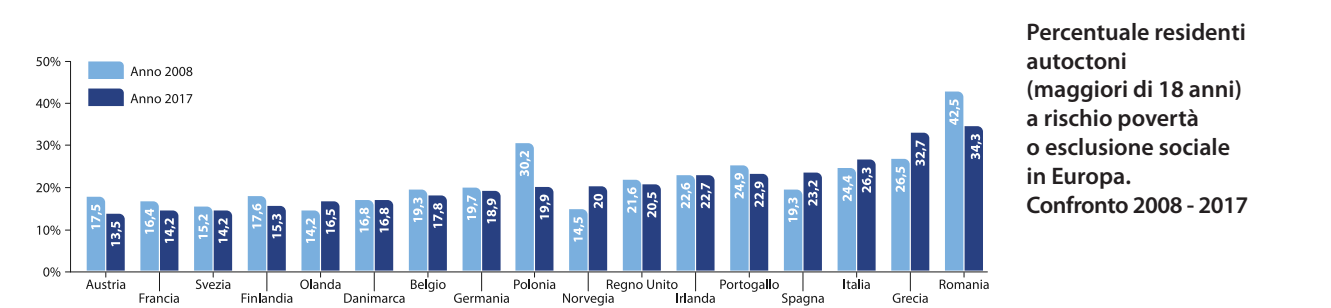
In Italia una persona straniera su due (50,5%), regolarmente residente nel nostro Paese, vive in una condizione di «rischio di esclusione» sociale (mappa sotto), uno dei dati più elevati in tutta Europa. Per gli immigrati la vita è più difficile solo in Grecia (62,4% in questa condizione) e in Spagna (51,7%). I grafici mostrano la crescita di questo indicatore durante la crisi per la popolazione straniera (sopra) e, in misura minore, anche per la popolazione italiana (sotto)



Percentuale di popolazione straniera residente (maggiore di 18 anni) a rischio povertà o esclusione sociale in Europa. Confronto 2008 - 2017



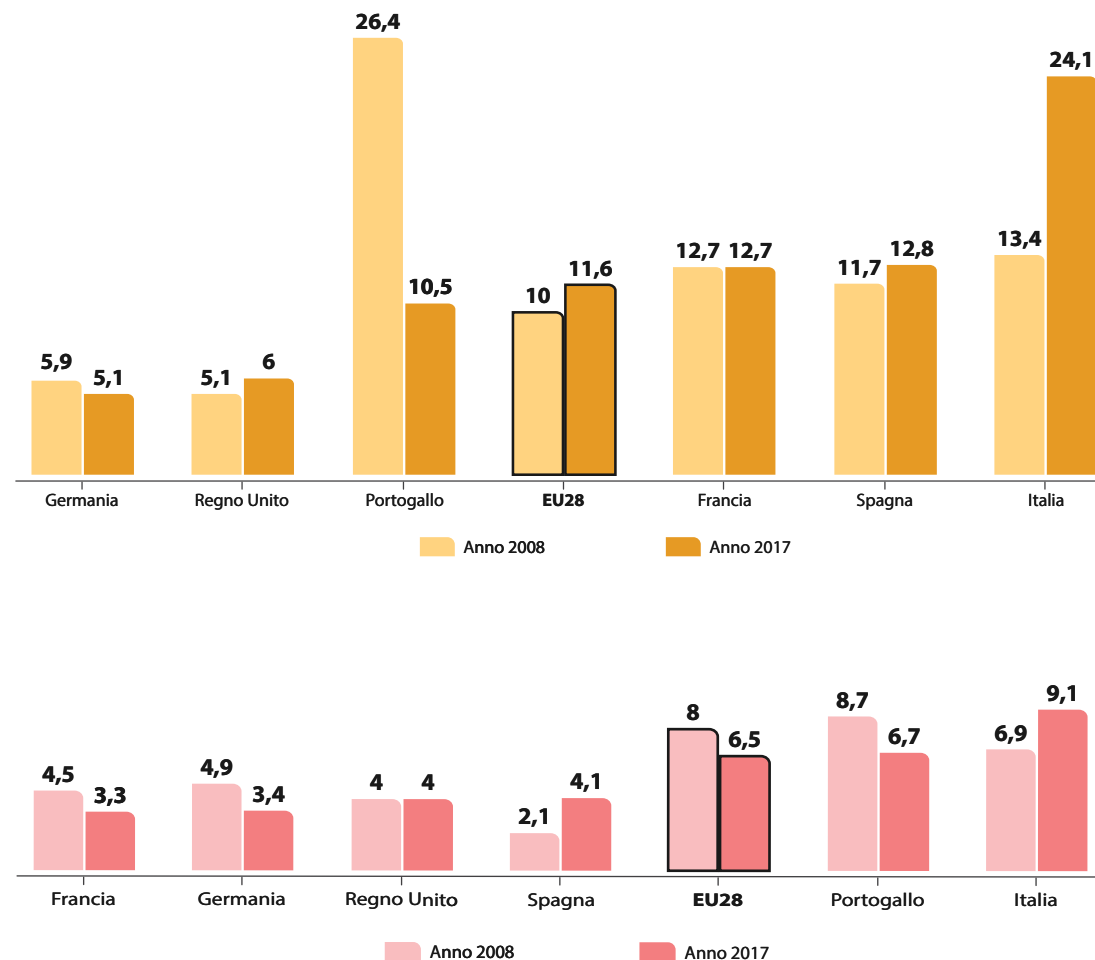
Percentuale di popolazione straniera residente (maggiore di 18 anni) a rischio povertà o esclusione sociale in Europa. Confronto 2008 - 2017



Percentuale residenti autoctoni (maggiore di 18 anni) a rischio povertà o esclusione sociale in Europa. Confronto 2008 - 2017

Tasso di grave deprivazione materiale degli stranieri (grafico in alto), a confronto con quello della popolazione autoctona in alcuni paesi europei (grafico in basso). Confronto anni 2008-2017

Anno: 2017.
Fonte: Eurostat



sone in povertà relativa (salari bassi); 2) in condizioni di grave deprivazione materiale; 3) a intensità lavorativa molto bassa. In base a questa stima, Eurostat calcola che ben il 50,5% dei residenti stranieri viva in tale condizione. Anche in questo caso la quota è doppia rispetto a quella, comunque elevata, che si registra tra gli italiani (26,3%). Il dato più impressionante è il balzo in avanti compiuto dall'indicatore negli anni della crisi: comprendeva il 34% della popolazione di origine straniera residente in Italia nel 2008, ha superato il 50% nel 2017 (+16,5% in otto anni), mentre è cresciuto in maniera contenuta tra la popolazione italiana (+2% rispetto al 2008).

In precarietà abitativa: I dati forniti da Eurostat confermano l'estrema precarietà abitativa della popolazione di origine straniera in Italia. Gli immigrati non sono affatto *padroni a casa nostra*. Al contrario, la quota dei proprietari di abitazione di origine straniera è scesa di quasi 7 punti percentuali tra il 2008 e il 2017, passando dal 38,6% del 2008 al 31,9% del 2017, mentre nello stesso arco di tempo la quota degli italiani possidenti è cresciuta dal 76,8% al 79,3%. Il 68,1% degli stranieri residenti,

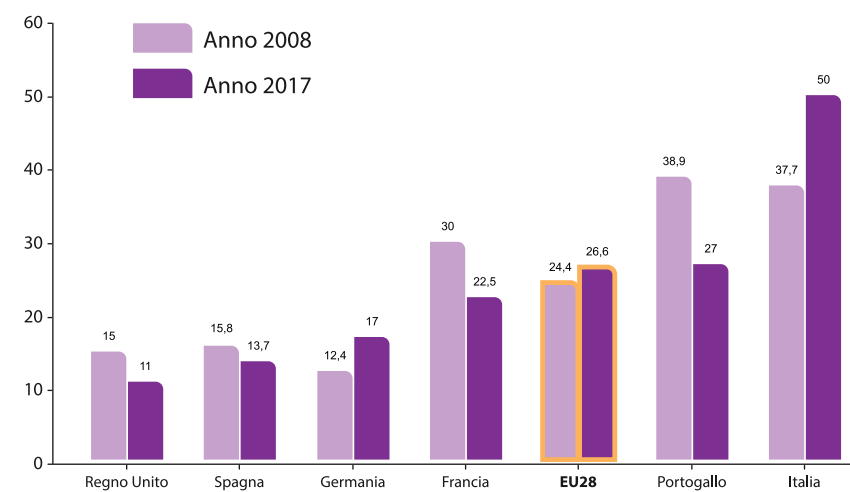
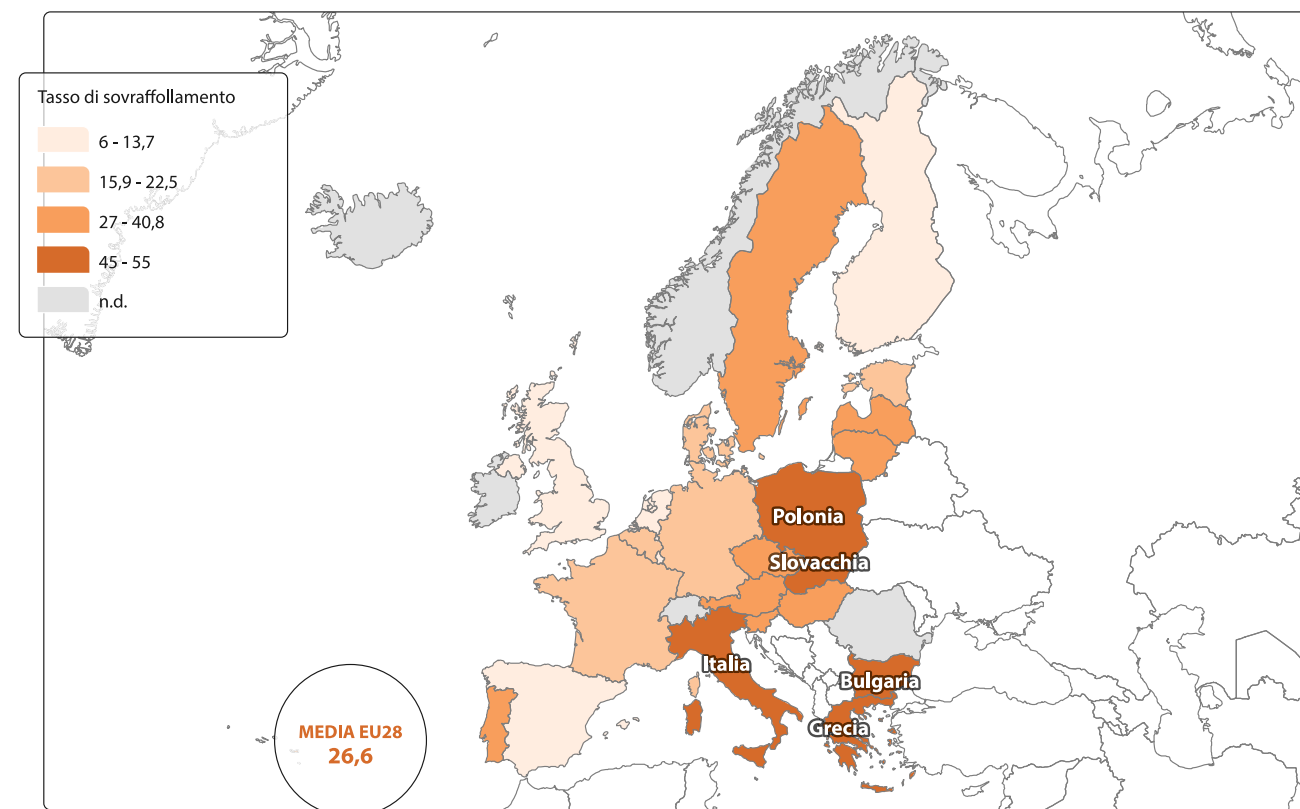
quindi, vive in affitto: per il 28,9% di loro il costo della casa rappresenta un onere molto gravoso, ovvero superiore al 40% del reddito disponibile (una condizione che riguarda l'8,3% degli italiani). Senza contare che una persona straniera su due vive in abitazioni sovraffollate (il 22,2% degli italiani si trova in questa condizione). Anche in questo caso si registra un incremento notevole negli anni della crisi, dal 37,7% del 2008 al 50,5% del 2017.

Deprivati: Secondo Eurostat una persona di origine straniera su quattro residente in Italia sperimenta una condizione di severa deprivazione materiale, un indicatore che segnala l'impossibilità da parte di una famiglia di permettersi almeno 4 beni essenziali su una lista di 9 (pagare l'affitto, riscaldare la casa, affrontare spese impreviste, mangiare pasti proteici regolarmente, andare in vacanza, avere la televisione, la lavatrice, il telefono, la macchina). Anche questo indicatore mostra l'impatto devastante della crisi sulla popolazione straniera: il dato, che indica un livello di povertà particolarmente serio, è quasi raddoppiato in otto anni, passando dal 13,4% del 2008 al 24,1% del 2017. Tra la popolazione autoctona il dato è passato dal 6,9% del 2008 al 9,1% del 2017. ●

Tasso di sovraffollamento della popolazione straniera in Europa

Anno: 2017. Fonte: Eurostat

La mappa mostra lo svantaggio relativo della popolazione straniera residente nel nostro Paese anche rispetto alla dimensione abitativa. In Italia una persona immigrata su due vive in condizioni di sovraffollamento, rispetto a una media europea del 26,6%. Il grafico sotto mostra l'impennata di questo indicatore ai tempi della crisi (+12,3%). Nello stesso periodo in Portogallo la situazione abitativa delle persone immigrate è migliorata.



Un camper ai margini della cittadinanza

Roma. Il palazzo che si intravede nella foto in basso (seconda da sinistra) è uno dei tanti edifici occupati della Capitale. Ex sede dell'INPS in stato di abbandono, è abitato da 150 famiglie in condizioni di grave precarietà. In larghissima maggioranza si tratta di nuclei di origine straniera, prevalentemente peruviani e marocchini, ma anche di tunisini, sudanesi, etiopi ed eritrei. «La grande maggioranza dei residenti è venuta qui in seguito alla perdita del lavoro, perché a Roma la crisi ha devastato questa compagine sociale - racconta Umberto, militante dei Blocchi precari metropolitani - Anche chi ha avuto la fortuna di ritrovare un lavoretto, non guadagna più di 600 euro al mese e non può garantirsi un affitto, anche perché spesso si tratta di nuclei con figli: nel palazzo si contano un'ottantina tra bambini e ragazzi in età scolare. Quello che va capito è che occupare una casa non è mai una cosa piacevole, ma è una scelta fatta ob torto collo». Alcuni degli occupanti sono muniti del permesso di soggiorno. Gli altri non sono inclusi nel sistema di accoglienza istituzionale perché in attesa di accedere alle procedure di asilo, o, più spesso, perché non vi sono mai entrati, o ancora perché sono usciti dai percorsi di accoglienza senza avere concluso un efficace percorso di riconoscimento e inserimento. Per aiutare questa fascia di persone particolarmente bisognose di servizi di assistenza medico-sanitaria, nei primi mesi del 2019 Sanità di Frontiera ha dispiegato nelle adiacenze del palazzo la propria unità mobile, con l'obiettivo principale di fornire un orientamento ai servizi socio-sanitari della Capitale. Dell'equipe di intervento fanno parte tre mediatori (Tadesse Deresse Degu, Rahel Youhannes Asfaha, Maha Sa'ad) e una coppia di medici in pensione, Filippo Tosato e Manuela Marchei. «La medicina mi ha dato tanto, se ora posso dare qualcosa agli altri lo faccio volentieri - spiega Tosato, una carriera intera spesa nella IV clinica chirurgica del Policlinico di Roma, gli ultimi dieci anni in qualità di direttore dell'Unità Operativa - Prima di accettare questo incarico ho fatto dei corsi, perché la storia della migrazione è qualcosa che ti colpisce, ti fa venire voglia di dare una mano. Anche se non è sempre facile e vorresti poter fare molto di più».



Superiamo la visione emergenziale



Da quasi tre decenni lavora presso l'Istituto Superiore di Sanità. Ci può raccontare quando vi siete cominciati a occupare direttamente di immigrazione? Come epidemiologi dell'Istituto Superiore di Sanità, oggi inquadrati all'interno del Centro Nazionale per la Salute Globale, diretto da Stevano Vella, abbiamo cominciato a lavorare in maniera più strutturata nel campo dell'immigrazione nel 2011. È accaduto durante le cosiddette primavere arabe quando si diffuse l'allarme sulla possibile diffusione di malattie veicolate dagli arrivi in massa dei migranti. In quell'occasione mettemmo in piedi un sistema di sorveglianza sindromica per gli immigrati di primo arrivo.

In che senso sindromica?

Il sistema si basava sulla segnalazione di possibili sindromi, ovvero sulla raccolta di casi con segni e sintomi, prima ancora di una conferma con appropriate indagini di laboratorio. Il sistema era stato studiato per identificare precocemente emergenze sanitarie, sulla base delle informazioni che ricevevamo giornalmente dai diversi centri dove venivano raccolti i migranti, in modo da rispondere rapidamente per controllare la situazione. Ma a questo non siamo mai arrivati.

Quindi i risultati furono negativi?

L'attività di sorveglianza confermò quanto ci aspettavamo: nel corso di due anni non vi fu alcuna emergenza. Alle stesse conclusioni giunse l'analogo sistema di sorveglianza attivato in Sicilia nel 2014-2015, in seguito al clamore suscitato dall'esplosione in Africa occidentale di una grave epidemia di ebola... Anche in questo caso sapevamo che le persone contagiate non avrebbero potuto mettersi in viaggio, né arrivare fino a noi.

Come facevate ad essere così sicuri che non vi fossero pericoli?

Intanto l'esperienza nell'epidemiologia: infatti tutti i documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'ECDC (*Centro Europeo per le Malattie Infettive*) affermano che, anche nell'eventualità dell'arrivo di qualche persona ammalata, il rischio di contagio nei confronti della popolazione autoctona è praticamente inesistente. Ma allora ce lo dicevano anche i nostri colleghi epidemiologi dei paesi della costa sud del Mediterraneo, con i quali siamo in stretto contatto. Già dal 2006, con il progetto *Episouth*, abbiamo costruito una rete di epidemiologi in ventisette paesi dell'area mediterranea e dei Balcani, dalla Bulgaria all'Algeria, dalla Spagna al Libano.

Episouth era stato pensato per rispondere alla questione migratoria?

No, ad eccezione di una piccola componente legata allo studio delle malattie prevenibili da vaccino. Miravamo a un obiettivo più ampio: creare una collaborazione tra epidemiologi dei paesi nel Mediterraneo e dei Balcani per migliorare i sistemi di allerta tra paesi per la prevenzione della diffusione di piccole epidemie, sviluppando la rete e la comunicazione, e con attività di formazione e capacity building. Ma già allora fu interessante vedere come la possibilità di dialogare tra esperti, contribuisse anche a sfatare pregiudizi nel campo della migrazione. Agli epidemiologi dei paesi Europei, che continuavano a paventare il rischio sanitario rappresentato dai migranti, rispon-

devano con cognizione di causa quelli del Libano e della Tunisia, paesi storicamente al centro di grandi flussi. In ogni caso, quel progetto ci tornò utile nel momento del bisogno. Nel 2011 ci bastò alzare il telefono e chiamare i nostri referenti in Tunisia o Egitto. Ci conoscevamo, avevamo già lavorato insieme, potevamo scambiarci immediatamente dati utili per tenere sotto controllo la situazione.

Torniamo al sistema di sorveglianza sindromica: ha fatto scuola in Europa, ma voi lo considerate superato. Perché?

Non solo il nostro modello è stato adottato dalla Grecia e dalla Germania durante le crisi del 2016, ma abbiamo anche scritto un manuale per l'ECDC su come attivare rapidamente analoghi sistemi di sorveglianza in situazioni di emergenza. Eppure, la lezione più importante che abbiamo imparato in questi anni è che i migranti non portano malattie infettive, e che se continuiamo a parlare solo di queste non facciamo altro che fomentare le paure e i pregiudizi della popolazione. Oggi quindi il segnale da dare è un altro: l'immigrazione non è un'emergenza ma un fenomeno strutturale della società, da trattare come tale. È questo, ad esempio, il messaggio contenuto nelle linee guida che abbiamo elaborato più recentemente sui controlli in frontiera, uno sforzo congiunto dell'Istituto superiore di Sanità, della SIMM e dell'INMP.

Quali sono le novità più importanti introdotte nelle linee guida *I controlli di frontiera, la frontiera dei controlli*?

A differenza di un analogo documento europeo, le linee guida italiane non confinano l'ambito dei controlli alle sole malattie infettive, ma estendono il campo di osservazione ad altre condizioni o patologie, come le anemie, la gravidanza, eccetera. I problemi più grossi che riscontriamo nelle persone che arrivano sono le malattie acute durante il percorso, a volte per la presenza di vulnerabilità particolari. Sebbene siano persone tendenzialmente giovani e sane, i migranti possono avere il diabete o la pressione alta: superare una visione emergenziale significa anche prendersi carico di questi aspetti.

Il documento propone anche una ridefinizione dell'idea di frontiera.

In che modo?

Le linee guida dicono che è sbagliato circoscrivere i controlli al momento dell'arrivo. Danno indicazioni concrete per il primo soccorso, ma anche per la prima e la seconda accoglienza. Può essere del tutto inutile fare una verifica in una situazione molto transitoria, prima di un trasferimento. Da un punto di vista di sanità pubblica e di corretto trattamento delle persone, screening (degli asintomatici) e test (nelle persone sintomatiche) devono essere offerti e non essere obbligatori solo se sono veramente utili, e solo quando possono essere seguiti da un'azione di cura. Inoltre, a meno di un'epidemia, è sicuramente sbagliato fare un vaccino in prima accoglienza, quando non sei in grado di assicurare i richiami.

In questi anni avete fatto tanti passi avanti. Cosa resta ancora da fare?

La strada è lunga perché tutto sommato l'Italia è un paese di emigrazione, piuttosto che di immigrazione. Servono conoscenze ed evidenze per costruire sanità pubblica: le stiamo mettendo insieme, passo dopo passo, lavorando sulla parte scientifica, scrivendo raccomandazioni, indicazioni e linee guida. Ma dobbiamo lavorare di più sulla formazione degli operatori sanitari, sociali e di pubblica sicurezza, possibilmente con sessioni miste per incoraggiare il confronto e la collaborazione e sulla comunicazione al cittadino per combattere l'ignoranza e i falsi miti. Abbiamo inoltre bisogno di più dati. Dobbiamo cominciare a inserire nei flussi di dati correnti della popolazione italiana alcune variabili che ci permettano di poter analizzare la salute degli immigrati dal punto di vista epidemiologico. Le informazioni a nostra disposizione sono ancora troppo limitate. ●

Migranti e salute fanno Epicentro

Epicentro, il portale promosso dal Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto Superiore di Sanità, offre una nutrita sezione interamente dedicata ai temi della migrazione. Curata da un gruppo di esperte epidemiologhe - Silvia Declich, Giulia Marchetti e Maria Grazia Dente - la tasca *Migranti e salute* (all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/migranti/>) raccoglie numeri e informazioni di base, approfondimenti tematici (dalle malattie infettive alle mamme migranti, dalle disuguaglianze ai farmaci, fino ai risultati delle principali indagini conoscitive in questo campo), i documenti e le linee guida in materia di prevenzione e salute dei migranti, una rassegna di iniziative e progetti dal livello locale a quello europeo. In apertura è possibile consultare gli aggiornamenti e le notizie in primo piano con i commenti autorevoli delle esperte dell'ISS. Uno strumento prezioso da consultare. Un punto di riferimento per gli operatori della salute e per tutti coloro che vogliono spingersi oltre il senso comune.

Rimuovere ostacoli e barriere

Negli ultimi due decenni la legge italiana ha affermato il pieno diritto alle cure da parte di tutte le persone immigrate presenti nel nostro Paese. In particolare, ha stabilito che hanno diritto ad un'assistenza sanitaria anche coloro che non hanno ancora ottenuto il permesso di soggiorno o lo hanno scaduto o non lo hanno mai avuto, come pure i cittadini comunitari che ne siano privi, i cosiddetti ENI (europei non iscritti). Una grande conquista di civiltà (raccontata più nel dettaglio dal presidente della SIMM, Maurizio Marceca, a pagina 60) in linea con i principi fondanti della nostra Costituzione.

La piena affermazione di questi principi rischia tuttavia di essere limitata o compressa nella pratica quotidiana da una molteplicità di ostacoli: la scarsa informazione e formazione degli operatori sanitari, la regionalizzazione del sistema della salute pubblica e la progressiva frammentazione del quadro normativo, la scarsa integrazione degli interventi socio-sanitari nel campo dell'accoglienza, la debolezza dei progetti di mediazione culturale.

Ultimamente il benessere delle persone immigrate in Italia appare minacciato anche dalla diffusione di una lettura tutta allarmistica, di corto respiro, del fenomeno.

Grande apprensione desta ad esempio il decreto *Immigrazione e Sicurezza*, approvato nel 2018 dal Parlamento. Secondo alcune delle principali organizzazioni medico-umanitarie italiane impegnate sui temi delle migrazioni, dalla SIMM al Centro Astalli, da Emergency a Medici senza Frontiere, numerosi provvedimenti contenuti nel decreto 113/2018 rischiano di avere serie implicazioni per il diritto alla salute delle persone migranti, richiedenti asilo e rifugiate sul territorio italiano, sia rispetto alla possibilità di accedere pienamente al Servizio Sanitario Nazionale, sia rispetto alle condizioni sociali che concorrono a determinare la salute fisica e mentale delle persone.

D'altra parte, quando a livello politico prevalgono messaggi, indicazioni e atti legislativi centrati unicamente sulla risposta a una emergenza, a partire da una malposta questione securitaria, le ragioni e i programmi dell'intervento sociale per l'integrazione e il benessere delle persone immigrate

Sono numerose le barriere che ostacolano l'accesso alla salute da parte delle persone straniere: la poca formazione degli operatori, la frammentazione del quadro normativo, la scarsa integrazione degli interventi socio-sanitari. Ma il benessere delle persone immigrate è minacciato anche dalla diffusione di una lettura di corto respiro del fenomeno, esemplificata dal cosiddetto decreto sicurezza.

nell'interesse dell'intera collettività finiscono per perdere terreno e, cosa ancora più grave, per essere delegittimati anche dal punto di vista culturale. In questo clima, ad esempio, a Trento, nel mese di ottobre 2018, un signore di origine marocchina, accompagnato dalla moglie con regolare permesso di soggiorno, si è visto negare le cure ed è stato segnalato alle forze di polizia perché il suo permesso di soggiorno era scaduto. Un abuso compiuto in palese violazione della legge (che vieta esplicitamente la segnalazione, la quale diventerebbe un insormontabile ostacolo all'accesso al servizio sanitario),

nonché del codice deontologico professionale.

Un altro dato di fondo che minaccia l'accesso alla salute e al benessere da parte delle persone immigrate, oltre il qui e ora della politica, è l'ulteriore e progressiva rarefazione negli ultimi dieci anni delle politiche sociali, già strutturalmente deboli nel nostro Paese ma ulteriormente ridimensionate negli anni della crisi. Come ricorda Giancarlo Santone, dal 2006 a capo del SAMIFO, struttura sanitaria a valenza regionale per l'assistenza ai migranti forzati, nato dalla collaborazione tra il Centro Astalli e la ASL Roma 1 - «la tutela della

salute non si realizza solo attraverso un pieno accesso ai servizi sanitari, ma anche attraverso la tutela di condizioni sociali che determinano la salute fisica e mentale delle persone. La medicina non può avere il monopolio perché la salute è molto più complessa: ci sono interventi fondamentali che tutelano e integrano la salute e i percorsi di salute». E su questo fronte, in Italia, si registrano le lacune più gravi, anche rispetto a quei pazienti già inseriti in importanti percorsi di tutela: «Il grosso problema oggi è la mancanza di strumenti di supporto sociale - spiega Ornella



Dino, medico responsabile dell'Unità Operativa Promozione della salute immigrati dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo - Negli ultimi anni, ad esempio, cominciamo a vedere migranti che si ammalano di cancro, anche in giovane età, e perdono il lavoro e la possibilità di avere una casa. Ci troviamo davanti a persone che aiutiamo a fare la chemio e a curarsi, ma che poi, una volta uscite dall'ospedale, non sanno dove andare a dormire, perché sono troppo giovani per avere diritto a una residenza protetta o perché non hanno i requisiti per ottenere l'invalidità. Pazienti che finiscono per trovarsi in una situazione di gravissimo disagio, spesso privi di una rete sociale di supporto».

La piena integrazione tra gli interventi di attori diversi (istituzione pubblica e privato sociale) e su piani differenti (medico-sanitario e sociale) è un traguardo tutto da raggiungere non solo per il continuo indebolimento delle politiche, ma anche per il persistere di un approccio assistenziale alla materia che, lungi dall'aiutare, rischia di compromettere il raggiungimento degli obiettivi condivisi. «Il peccato originale che ci portiamo dietro - sostiene Ornella Dino - è che spesso si continua ad affrontare queste tematiche con un atteggiamento buonista. Se questo ha permesso nel tempo di selezionare molte persone che cercano di rendersi utili presso alcuni ambulatori gestiti da associazioni varie, dall'altra rischia di alimentare un approccio sbagliato, che agisce sulla protezione e non sui diritti, e che finisce per creare dipendenza da interventi di corto respiro. La cosa più importante è

creare autonomia, ovvero rendere le persone consapevoli dei diritti che hanno e metterle nella condizione di poterne usufruire, piuttosto che regalare loro le medicine o fare la cura gratis. Questo approccio contribuisce ad affermare un sistema di assistenza costruito sulla generosità e non sul diritto, creando al contempo una platea di persone immigrate dipendenti, marginali, ricattabili».

«Una delle cose più importanti che abbiamo imparato in questi anni - racconta Giancarlo Santone - non è soltanto l'importanza, ormai chiara a molti, di lavorare in rete, ma la necessità di governare la rete. Questo significa che dobbiamo condividere la radice stessa dell'impegno, non solo gli obiettivi, e lavorare alla tutela dei diritti dei rifugiati in maniera disinteressata e non opportunistica».

E tuttavia bisogna riconoscere che negli ultimi vent'anni, proprio nel campo variegato della medicina dei migranti, si è andato diffondendo un modello di rete, innovativo ed efficace, che se adeguatamente sostenuto può contribuire a contrastare le tendenze centrifughe del volontarismo.

Su tutti l'esperienza del Gruppo regionale Immigrazione e salute del Lazio (GrIS), nato a metà degli anni Novanta dall'incontro tra operatori del servizio pubblico e del privato sociale con l'obiettivo di informare, sviluppare reti socio-sanitarie, fare advocacy con le istituzioni, elaborare le proposte per modificare le politiche pubbliche. Dal successo di questa iniziativa, capace con la sua attività di advocacy di spingere nel 1997 la Regione Lazio ad approvare la prima delibera per l'assistenza

agli immigrati irregolari, hanno filciato successivamente su indicazione della SIMM altri 13 GrIS regionali che svolgono un'importante attività di coordinamento, formazione, e advocacy a livello locale e nazionale.

A distanza di vent'anni il GrIS Lazio mantiene una configurazione informale, nonostante riunisca decine di organismi delle cinque province, associazioni, strutture sanitarie pubbliche, enti locali, e continua ad essere *un laboratorio aperto alla società e al territorio, un nodo della rete delle reti* a cui tutti possono liberamente aderire. Spiega Filippo Gnolfo, responsabile dell'Unità immigrazione della ASL Roma1 e tra i più assidui protagonisti del GrIS Lazio: «L'incontro e il confronto tra *pubblico e privato sociale* permette di condividere un patrimonio comune di buone pratiche, di elaborare progetti di collaborazione e cooperazione. Il lavoro di rete inizia in termini di analisi dei bisogni, definizione degli obiettivi, pianificazione di risorse e azioni» (F. Gnolfo 2012). E tuttavia, malgrado i traguardi raggiunti, è viva tra gli stessi fondatori del GrIS la convinzione che ci sia ancora tanto da fare, e che la strada non sia solo lunga ma difficile. «Risultati importanti, ma il presente? - continua Gnolfo - Non basta indignarci, tutti dobbiamo mettere continuamente in discussione le nostre certezze, approfondire con costanza e metodo i problemi sollevati nelle assemblee di rete. Dobbiamo provare a rispondere a domande mai espresse. Perché non riusciamo a promuovere un'azione di empowerment delle associazioni dei migranti?».



La sicurezza che preoccupa: le note dolenti del decreto 113

Il decreto 113/2018 contiene numerose novità in tema di «protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'Interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata». Si compone di quattro parti: dall'articolo 1 al 14 si occupa di immigrazione, dall'articolo 16 al 31 di sicurezza pubblica, la terza parte riguarda invece l'organizzazione del Ministero dell'Interno e dell'Agenzia nazionale per i beni sequestrati o confiscati alla criminalità organizzata. Una quarta sezione si

occupa delle disposizioni finanziarie e finali. Tra le novità principali, l'abolizione della concessione del permesso di soggiorno per motivi umanitari; la possibilità di revoca, in presenza di determinati reati, dello status di rifugiato o la protezione internazionale; l'esclusione dal registro anagrafico dei richiedenti asilo; la trasformazione del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) gestito con i Comuni, a cui avranno accesso solo i titolari di protezione internazionale e i minori stranieri non accompagnati; l'estensione del cosiddetto DASPO (Divieto di accedere alle manifestazioni sportive) agli indiziati per reati di terrorismo e di altri reati contro lo

Stato e l'ordine pubblico, anche negli ospedali e nei presidi sanitari; l'abolizione del gratuito patrocinio.

Numerosi sono i rilievi fortemente critici mossi in questi mesi al decreto, e da più parti. La prima preoccupazione - ricordano in una lettera al Parlamento le principali organizzazioni medico-umanitarie italiane impegnate sui temi delle migrazioni - riguarda l'abrogazione del permesso di soggiorno per motivi umanitari, che porterà un maggiore tasso di irregolarità e una conseguente maggiore vulnerabilità in termini di salute, oltre che di sicurezza umana per tutti. Grandi dubbi circondano l'introduzione di permessi per gravi motivi di salute, uno stru-

mento che rischia di confondersi con quello analogo, ma di fattispecie diversa, previsto dall'articolo 36 del decreto legge 286/98. Un permesso tra l'altro di minore durata e non convertibile in permessi di lavoro con l'effetto di limitare la possibilità di accedere all'assistenza sociale e ai percorsi di integrazione. Altrettanto preoccupante è la riforma del sistema di accoglienza SPRAR, considerato un modello virtuoso in tutta Europa, che sarà destinato esclusivamente alle persone titolari di protezione internazionale e dei nuovi permessi di soggiorno per casi speciali, nonché ai minori stranieri non accompagnati. In questo modo le persone richiedenti asilo

resteranno escluse dai percorsi di formazione e integrazione previsti dagli SPRAR e saranno costrette a lunghe permanenze nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), con ripercussioni anche gravi in termini di salute fisica e psichica (il testo completo del documento si può leggere a questo indirizzo: <https://www.simmweb.it/937-comunicato-stampa-il-decreto-immigrazione-e-le-implicazioni-per-la-salute>).

In un'altra lettera aperta all'ANCI, la SIMM segnala il grave pericolo rappresentato dalla mancata concessione della residenza ai richiedenti protezione, un potenziale vulnus per la loro iscrizione al Sistema sanitario nazionale. Nella let-

tera si mette in rilievo come, «in assenza di una residenza riconosciuta, potrebbe essere impedita l'iscrizione al SSN dei richiedenti protezione internazionale che, pur avendone diritto in quanto l'iscrizione obbligatoria si fonda sulla titolarità del permesso di soggiorno, si vedrebbero di fatto negata l'iscrizione all'anagrafe sanitaria e la piena fruibilità del diritto alle cure». Allarma infine la possibilità, introdotta dal decreto, che qualcuno possa invocare il DASPO in contesti sanitari con il rischio di discriminare alcune tipologie di migranti particolarmente vulnerabili dal punto di vista sociale o gli stessi italiani che vivono sulla strada.

Federalismo e spezzatino normativo

La riforma del Titolo V della Costituzione e il decentramento gestionale della sanità hanno determinato negli anni una frammentazione di norme e pratiche che non garantiscono uniformità e continuità di cure ad alcune categorie, incluse le persone immigrate, su tutto il territorio nazionale, originando disuguaglianze nell'accesso

ai servizi e anche nelle prospettive di salute. Un monitoraggio realizzato nel 2017 dalla SIMM e dai diversi GrIS locali circa l'applicazione effettiva dell'accordo tra Stato e Regioni in materia di accesso alle cure per le persone immigrate, mostra lo spezzatino di norme, livelli di assistenza e di

accessibilità, che caratterizzano la medicina della migrazione nel nostro Paese. Solo a titolo di esempio, nel 2017 la Regione Emilia Romagna non applicava l'accordo in merito all'esenzione del ticket agli immigrati STP; alcune regioni non prevedevano nemmeno la figura giuridica degli ENI. Secondo questo moni-

toraggio, le situazioni più critiche si riscontravano in Sardegna, Liguria, Calabria, Basilicata, Abruzzo, e nella provincia autonoma di Bolzano, ma dalle mappe si evinceva come nessuna regione applicasse l'accordo fino in fondo e in maniera corretta (SIMM e GrIS replicheranno la mappatura nel 2019).



IL PROGETTO

Mediazione e immigrazione

Il fronte importante della mediazione linguistica e culturale isconta a tutt'oggi un grave ritardo. Ma anche in questo campo non mancano iniziative e sperimentazioni di alto livello, come quella promossa più di recente dalla Asl Toscana Sud est, attiva in un territorio equivalente a metà della regione Toscana (Arezzo, Siena e Grosseto) con una presenza straniera molto variegata. «Da due anni abbiamo iniziato un percorso volto a comprendere i bisogni e le azioni specifiche da compiere sul target delle persone migranti, organizzato incontri, promosso tavoli tematici - spiega Stefania Magi, direttrice dell'Unità operativa semplice *Politiche contro le emarginazione e per le popolazioni migranti* dell'Asl Toscana Sud est - Quello che è emerso da parte degli operatori sanitari è che la salute dei migranti non è un tema di nicchia per anime belle, ma una grande questione di salute pubblica che tutti i medici devono affrontare nella loro operatività quotidiana, e che è urgente fronteggiare con corsi di formazione e attività di mediazione.

Per questo ci siamo organizzati per cercare di garantire il servizio di mediazione linguistica e culturale a tutti coloro che ne fanno richiesta. Pur non facendo parte dei livelli essenziali di assistenza, la nostra direzione lo considera una condizione necessaria per l'erogazione dei livelli di assistenza e lo rende accessibile con fondi propri. Il nostro direttore si era espresso favorevolmente anche alla possibilità di metterlo a disposizione dei medici di famiglia e dei pediatri.

Ma su questo fronte, a causa evidentemente di un deficit di formazione, non sono pervenute richieste e non se n'è fatto niente. Quest'anno abbiamo messo in cantiere un nuovo progetto di mediazione integrata avanzata, nato da questi percorsi di ascolto, che mira a integrare la mediazione linguistica e culturale con altre forme di mediazione interculturale, quale l'antropologia, l'etnopsichiatria e la mediazione di comunità garantita da una sorta di *peer-educator* migranti che guidano i loro connazionali alla promozione della salute. A breve dovremmo attivare i servizi».

Su entrambe le frontiere nevraltiche della formazione e della mediazione, continua tuttavia a mancare un quadro condiviso e organico di politiche, azioni, interventi. Un vero problema se si considera che le persone immigrate rappresentano mediamente circa il 10% della popolazione residente in Italia, e che in alcuni quartieri delle grandi città gli stranieri arrivano a rappresentare il 30%-40% degli utenti degli ambulatori».

Il nodo della formazione



nazionale SIMM (Catania, aprile 2018) che raccomanda di «rafforzare le competenze degli operatori per la messa in atto di azioni preventive e di presa in carico delle patologie cronico-degenerative nella popolazione migrante, attraverso la riformulazione dei percorsi formativi universitari e la formazione continua».

Negli ultimi anni, tuttavia, a partire dagli studenti e dall'azione di alcuni docenti universitari qualcosa si muove: ad esempio si è creato un movimento nazionale che ha permesso di inserire queste tematiche all'interno dei corsi aggiuntivi richiesti dagli studenti». In particolare è stato definito un curriculum sulla salute globale che include anche dei corsi sulla salute degli immigrati ha preso forma la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute globale (RIISG), un network di istituzioni accademiche, società scientifiche, e associazioni, che, tra le altre cose, promuove l'insegnamento della Salute globale in una trentina di università.

Il ritardo formativo rischia di rappresentare un vulnus ineliminabile soprattutto per la stragrande maggioranza degli oltre 50.000 medici di famiglia e dei 17.000 pediatri di libera scelta, attivi già da tempo e quindi spesso a digiuno di percorsi specifici su questi aspetti. Per come sono organizzate le cose oggi, medici di famiglia e pediatri finiscono per rimanere estranei ai percorsi di formazione continua organizzati per legge dalle aziende sanitarie e che talvolta, spesso soltanto in ragione della sensibilità verso la tematica da parte dei dirigenti delle singole ASL, includono attività formative di medicina della migrazione. «Per motivi anche soltanto amministrativi e burocratici, manca oggi una modalità più specifica per incentivare e garantire la formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che per partecipare a un corso devono lasciare lo studio e pagarsi un sostituto - ricorda Santone che, attraverso il Samifo,

Tre operatori sanitari su quattro dichiarano di non aver mai ricevuto formazione specifica per assistere i cittadini stranieri, sostiene un sondaggio di Sanità di frontiera. Un problema se si considera la complessità della relazione di cura con persone provenienti a volte da mondi lontani e la natura estremamente dinamica del fenomeno migratorio.

Un'indagine promossa nel 2018 da Sanità di frontiera/OIS su un campione di 2.000 medici in tutta Italia mostra la richiesta diffusa di assistenza e formazione da parte del nostro personale sanitario in materia di salute dei migranti. Il 65% degli intervistati dichiara di dover far fronte a determinate situazioni senza risorse né strutture adeguate; il 75% afferma di non aver mai ricevuto formazione specifica per assistere i cittadini stranieri e riterrebbe utile seguire corsi per accrescere le proprie competenze. Un deficit molto grave se si considera la complessità della relazione di cura con persone provenienti, a volte in modo avventuroso e traumatico, da mondi, lingue e culture lontane, nonché la natura estremamente dinamica e evolutiva del fenomeno migratorio, che in quanto tale richiede aggiornamenti continui da parte di chi lo affronta.

Molteplici sono le ragioni di questo ritardo e e gli ambiti sui quali intervenire, a cominciare da quello più strategico della formazione universitaria come ricordano le conclusioni dell'ultimo congresso

Breve storia della SIMM, avamposto di civiltà



Ci può raccontare come è nata la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)?

La SIMM è stata creata nel 1990 da un gruppo ristretto di persone, grazie all'intuizione di Riccardo Colasanti, un medico, filosofo, missionario, che alla metà degli anni Ottanta aveva fatto nascere con Don Luigi Di Liegro l'ambulatorio della Caritas a Roma. Parliamo di persone con una capacità non comune di leggere la realtà in prospettiva, o se vogliamo dotate di un'intuizione profetica. Già all'atto di fondazione è ben rappresentato anche il mondo delle università: il prof. Mansueto, internista di Palermo, i proff. Frighi e Cuzzolaro, psichiatri di Roma, e il prof. Nunzi, leprologo di Genova.

In che cosa consisteva il lavoro della SIMM a quei tempi?

Fin dall'inizio la SIMM ha cercato di mettere in rete le realtà di volontariato che stavano nascendo e i convegni organizzati in quegli anni hanno permesso di cominciare a ragionare insieme sulle risposte da dare ai bisogni di assistenza. Non dimentichiamo che allora la legge limitava l'intervento della sanità pubblica alle sole situazioni di emergenza. Per un intervento chirurgico ci si doveva rivolgere ai colleghi che esercitavano nel pubblico, ma chi accettava di collaborare lo faceva a suo rischio e pericolo perché le strutture avrebbero potuto contestargli l'intervento. Non era disobbedienza civile, era solo un tentativo di interpretare autenticamente l'articolo 32 della Costituzione e, insieme, di cercare soluzioni concrete all'interno del pubblico.

Com'è cambiata la SIMM da allora?

Uno dei primi passaggi nella storia della SIMM è stato quello di comprendere che il volontariato rappresentava una risorsa, ma allo stesso tempo che era fondamentale selezionare e formare queste persone. Si avviano così i primi corsi di formazione e contestualmente si inizia a fare ricerca per affinare lo sguardo dal punto di vista scientifico. La vera svolta, però, si è avuta quando si è presa coscienza del fatto che non ci si poteva limitare all'assistenza, ma che il diritto alla salute doveva essere promosso e difeso con le istituzioni. È lì che è nata la dimensione politica dell'impegno della SIMM, quella che oggi chiamiamo advocacy.

E proprio in questo campo la SIMM può vantare importanti risultati. Ce li può raccontare?

La pietra miliare risale al 1995, quando ottenemmo un incontro con l'allora ministro della Sanità, il professore Elio Guzzanti, nominato all'interno del governo Dini. Era in discussione una misura fortemente restrittiva nel campo dell'immigrazione, e noi dicemmo al ministro che eravamo testimoni del fatto che, ancorché teoricamente queste persone non avrebbero dovuto essere sul territorio italiano, in Italia potevano avere dei problemi di salute ai quali bisognava dare una risposta nell'interesse della collettività e quindi per un discorso di sanità pubblica, come prevede la Costituzione. Dopo averci ascoltato, il ministro si disse d'accordo con noi... come ministro, come medico e come persona. E all'interno di un decreto legge dichiaratamente peggiorativo, il 489/1995, fu inserito un articolo che,

attraverso l'introduzione della categoria STP, *Stranieri Temporaneamente Presenti*, ha fatto sdoganare l'assistenza agli stranieri privi di regolare permesso di soggiorno. La norma è poi transitata nel Testo Unico sull'immigrazione del 1998.

Anche in quell'occasione riuscite a introdurre importanti migliorie alla legge. Ci può raccontare quali?

Con la legge 40 del 1998 siamo riusciti a far passare il principio che tutti gli stranieri con un permesso di soggiorno in corso di validità a medio termine fossero obbligatoriamente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, con gli stessi diritti e gli stessi doveri degli italiani. Inoltre riuscimmo ad eliminare il requisito della residenza per l'iscrizione al SSN e ad agevolarne il mantenimento: fino ad allora non ci si poteva infatti iscrivere se non si aveva la residenza e l'iscrizione scadeva insieme al permesso di soggiorno. Ulteriori restrizioni vi erano per i disoccupati. Ma in questo modo, la copertura sanitaria finiva per dipendere dalle lungaggini dell'amministrazione pubblica. Le tante migliorie suggerite allora dalla SIMM hanno permesso di includere nel sistema di salute pubblica centinaia di migliaia di persone e di famiglie. Un successo enorme.

E poi cosa è successo?

Il nostro impegno in questo campo è continuato ininterrottamente fino ad oggi, ottenendo altri importanti risultati. Poi ci siamo dovuti organizzare su base più territoriale per rispondere alla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 e alla regionalizzazione dei sistemi sanitari, per avere una maggiore capacità di interlocuzione e pressione sui decisori locali, in modo tale che le decisioni che vengono assunte su scala regionale siano coerenti alla normativa nazionale. La nostra grande fatica, ancora oggi, è quella di evitare che delle modifiche intervenute in contesti extra-sanitari, per esempio riguardanti la residenza, il codice fiscale, le politiche sui ticket, vadano ad impedire di fatto un diritto acquisito.

La SIMM, però, non si occupa soltanto delle componenti più vulnerabili della popolazione straniera.

Gli Stranieri Temporaneamente Presenti rappresentano la nostra trincea storica. Ma la SIMM ragiona e cerca di intervenire anche sulle capacità di accoglienza rispetto alle persone straniere regolarmente presenti, nel contrasto delle disuguaglianze socio economiche e delle discriminazioni che possono portare a uno scarto in termini di qualità dell'assistenza. Ci occupiamo anche di gruppi che non sono necessariamente immigrati, come ad esempio i Rom, Sinti e Camminanti.

Come definiresti oggi la SIMM?

Siamo innanzitutto una società scientifica, credo con un buon profilo tecnico, che collabora con le più prestigiose istituzioni italiane e internazionali. Convinti che la formazione sia un elemento strategico, abbiamo accolto la sfida dell'ECM e siamo diventati provider standard: accreditiamo le iniziative formative che proponiamo. Infine siamo una rete di realtà e professionalità diverse, ong, associazioni, servizi pubblici sempre più impegnati nel cercare di dare una dimensione credibile a quella che viene chiamata sussidiarietà orizzontale. Abbiamo mantenuto la dizione originaria per una questione affettiva, ma non crediamo in un atteggiamento medico-centrico. Se dovessimo modificarne la denominazione, oggi credo la chiameremmo *Società italiana per la salute dei migranti*, per esplicitare il fatto che a occuparsi di salute sono una pluralità di professionisti che va, oltre i medici, dagli antropologi agli psicologi, agli infermieri e agli assistenti sociali, tutti accomunati dalla convinzione che la salute sia un bene che va riconosciuto a chiunque, indipendentemente dal possesso di condizioni giuridiche, economiche o culturali. In questo senso, penso che la SIMM sia un avamposto di civiltà. ●

Reti territoriali per i diritti

La SIMM promuove sui territori la costituzione di reti, i Gruppi locali Immigrazione Salute (GrIS) per favorire la conoscenza e la collaborazione tra quanti si impegnano a vario titolo sui territori per assicurare diritti, accesso e fruibilità all'assistenza sanitaria degli immigrati. Vere e proprie emanazioni territoriali della SIMM, i GrIS hanno l'obiettivo di fare informazione, mettere in rete gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative, sviluppare capacità di analisi scientifica e organizzativa, elaborare proposte, compiere azioni di advocacy sulle istituzioni locali per favorire l'accessibilità reale dei servizi socio-sanitari da parte dei cittadini immigrati presenti nei territori.

Il primo gruppo locale di collegamento e rete è nato nel 1995 nel Lazio, sia per condividere conoscenze ed informazioni, sia per ottimizzare percorsi assistenziali, sia per promuovere politiche ed iniziative per *una salute senza esclusione*. Negli ultimi anni, la SIMM ha promosso la costituzione di GrIS anche in Trentino, Sicilia, Lombardia, Sardegna, Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto, Alto Adige, Campania, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Liguria, Puglia, Calabria e Marche.

<https://www.simmweb.it/coordinamento-nazionale/gruppi-immigrazione-e-salute>

Laureato in Medicina e specializzato in Epidemiologia e Sanità Pubblica, dal 2006 Maurizio Marceca è professore associato di Igiene generale ed applicata presso la Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università *La Sapienza* di Roma. Tra il 1995 e il 2006 ha lavorato presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (oggi Agenas) e presso l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio. Ha partecipato a diverse commissioni, comitati tecnico-scientifici e progetti di ricerca a livello internazionale, nazionale e regionale, con particolare riferimento al tema della salute della popolazione immigrata, e dal 2016 è presidente della SIMM.

La frontiera della politica

Una nuova agenda per la migrazione

di Francesco Aureli

Presidente di Sanità di Frontiera



Da tutto ciò che abbiamo esposto in questa pubblicazione traiamo alcune considerazioni finali. Le forze politiche, oggi, non possono tralasciare la gestione del fenomeno migratorio. Non possono non perseguire un ripensamento che riconduca la discussione alla consapevolezza che la migrazione non dovrebbe essere un problema ma una realtà da gestire.

Al di là della eterna e sterile discussione tra chi è a favore o contro l'immigrazione, dovrebbe esistere una via non ideologica che consenta la programmazione a medio-lungo termine e la gestione del fenomeno. Ci sono politiche non più costose di quelle attuali, che offrono una alternativa di più lunga prospettiva alla controversia su ogni singolo sbarco, alla strumentalizzazione della paura.

Il Governo deve svolgere una seria analisi del proprio mercato occupazionale, considerando il declino demografico, la flessibilità del lavoro e l'indisponibilità dei giovani italiani (il loro esodo ammonta ormai a circa 100.000 unità all'anno) a certi tipi di impieghi. Si dovrebbero programmare flussi per lavoro e ripensare il modello di cooperazione allo sviluppo,

inclusa la formazione all'estero.

Un mutamento strutturale è necessario per il nostro Paese nel medio e lungo termine. E nessuno dei recenti Governi, compreso l'attuale, si è adoperato in tal senso. L'immigrazione, ancora oggi, è affrontata con una legge risalente ad un periodo in cui il fenomeno migratorio era profondamente diverso da quello con cui ci confrontiamo adesso. Una legge che, anziché valorizzarlo, prevedendo un sistema di accoglienza e integrazione idoneo, ha preteso di congelare il fenomeno dell'immigrazione e in realtà lo ha *irregolarizzato*. Non una grande idea.

La priorità, per prevenire i disagi che una gestione approssimativa dell'immigrazione potrebbe continuare a comportare e per promuovere una più serena e umana convivenza, è quella di garantire l'inclusione sociale di tutti per mettere al riparo stranieri e italiani da fenomeni di rischio per la sicurezza umana e permettere a tutti di costruire il proprio futuro su basi più concrete. Di conseguenza, un efficace sistema di integrazione occupa il primo posto in qualsiasi piano che si proponga di garantire ordine e sicurezza alla società che accoglie e a

quanti vengono accolti.

Un'efficace integrazione e una buona inclusione sociale sono la migliore garanzia di sicurezza umana. Proponiamo, pertanto, all'attuale Governo un'agenda di cinque possibili azioni che, se intraprese parallelamente, porterebbero, a nostro avviso, a una migliore gestione del fenomeno migratorio nel medio-lungo periodo, accompagnata, sotto diversi aspetti, da una riduzione e miglior allocazione della spesa pubblica.

1. Canali legali. Riapertura di canali legali per i cosiddetti migranti economici e organizzazione di stabili corridoi umanitari per i profughi. Adozione, cioè, di strumenti che possano consentire una gestione programmata del percorso di accoglienza e integrazione di coloro che arrivano nel nostro Paese. Valorizzando, altresì, i benefici economici dell'immigrazione e permettendo a coloro che presentano la necessità di dover lasciare il proprio Paese - siano essi migranti economici, o vittime della guerra, di persecuzioni politiche o religiose, o di cambiamenti climatici - di trasferirsi in totale sicurezza.

2. Formazione. Incentivazione di percorsi di formazione al lavoro, sia nei Paesi d'origine sia qui in Italia, al fine di valorizzare l'arricchimento a livello di risorse umane e professionali che chi arriva nei nostri Paesi può offrire. In tal senso, non va sottovalutata l'importanza che la suddetta formazione può rivestire nell'assicurare ai Paesi d'origine quel progresso che, nel medio-lungo termine, può altresì contribuire a far venir meno l'esigenza di abbandonare la propria terra.

3. Sostegno alla natalità. misure efficaci per la

crescita demografica. Partendo dalla constatazione che il fenomeno migratorio contribuisce a combattere il decremento demografico da cui il nostro Paese è pericolosamente affetto, è necessario assicurare a tutte le famiglie incentivi economici e fiscali, e servizi per le famiglie giovani a cominciare dai servizi per la prima infanzia, che contribuiscano a garantire una maggiore stabilità, favoriscano la crescita delle nascite e la conciliazione del lavoro femminile.

4. Prevenzione dell'emigrazione. Per arginare gli effetti negativi della decrescita demografica e dell'emigrazione sono urgenti interventi sul sistema amministrativo e burocratico dello Stato, nonché incentivi economici e sgravi fiscali per evitare l'emigrazione dei nostri giovani.

5. Integrazione delle politiche. Nomina di un commissario o di un sottosegretario, che sieda a Palazzo Chigi e che interagisca e si coordini con un tavolo costituito dai ministri delle Politiche Sociali, dell'Interno, del Lavoro e Sviluppo Economico, degli Esteri, del Tesoro, della Salute e della Famiglia, in coordinamento e collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni e l'Anci. Nel momento in cui si pensa a un sistema strutturato e non più emergenziale, bisognerà prevedere un coordinamento e una convergenza di diversi ambiti politici, che possano assicurare una coerente ed efficace gestione del fenomeno e l'implementazione delle attività di accoglienza integrazione senza demandarle al solo settore privato.

Tutto ciò per strutturare un sistema di accoglienza che favorisca l'adeguata integrazione di ambiti culturali diversi, al fine di promuovere la crescita del nostro Paese nel rispetto della nostra legislazione e della cultura italiana. ●



Curare e prendersi cura

Sanità di frontiera promuove da 3 anni un corso residenziale di formazione indirizzato a operatori sanitari e medici rappresentanti delle diverse specializzazioni, uniti dall'impegno condiviso di dare sostegno ai migranti che vivono o transitano in Italia, nella convinzione che il benessere dei migranti e quello della comunità ospitante siano inscindibili.

Dalla prima edizione realizzata nel 2016 a Lampedusa, con Pietro Bartolo, l'alto numero di richieste di partecipazione a fronte dei soli 40 posti disponibili, e la soddisfazione manifestata da partecipanti e docenti - testimonianza questa di come il corso abbia intercettato un bisogno largamente diffuso - hanno indotto *Sanità di Frontiera* a pro-

seguire in maniera costante l'offerta di formazione, ed il corso rappresenta oggi una delle attività cardine dell'Associazione. Sono 6 le edizioni del corso (oltre a una versione FAD - a distanza e gratuita - erogata dalla piattaforma di FNOMCeO) organizzate fino ad oggi in collaborazione con le principali organizzazioni a diverso titolo impegnate nel settore delle migrazioni - Centro Astalli, Croce Rossa, UNHCR, MSF, Save the Children, OIM - che hanno coinvolto oltre 240 operatori sanitari.

Il programma, articolato su 4 giornate, offre un panorama completo delle questioni relative alla medicina delle migrazioni: partendo da un inquadramento generale del fenomeno migratorio a livello globale, si passa all'analisi della situazione italiana, per poi concentrarsi sugli aspetti più spe-

cificamente medici. L'ultima giornata è infine dedicata ad un'analisi delle prospettive e delle buone pratiche nell'ambito dell'accoglienza e della tutela del benessere dei migranti. Una particolare attenzione è dedicata agli aspetti psicologici, con l'intento di favorire un approccio di ascolto attivo, nonché multiculturale nell'interazione tra gli operatori sanitari e gli stranieri presenti sul territorio. Vale la pena sottolineare quello che appare essere il risultato più importante della formazione svolta: si è creata una rete virtuosa di scambio di pratiche e di reciproco e qualificato supporto. Diverse idee di collaborazione si sono già fatte strada e si intravedono scenari di nuove possibili esperienze comuni.

Per informazioni:

m.diodato@sanitadifrontiera.org ●

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

OMS, *Constitution*, 1946
apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7

Costituzione della Repubblica italiana, 1947
www.senato.it/1024

OHCHR, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, 1966
www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ESCR.aspx

P. Khouma, O. Pivetta, *Io, venditore di elefanti*, prima ed. Milano 1990

R. Colasanti, S. Geraci, F. Pittau, *Immigrati e salute: paure, miti e verità*. Roma, 1991

S. Geraci, M. Marceca, R. Del Vecchio, *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*. Annali di Igiene, Volume 7, n° 3, Roma, 1995

Legge 40. *Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, 1998
www.camera.it/parlam/leggi/98040l.htm

D.Lgs. 286. *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, 1998
www.esteri.it/mae/normative/normativa_console/visti/d_lgs_25_luglio_1998_n_286.pdf

EU, *Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea*, 2000
www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

K. K. Ebri, *Imbarazzismi. Quotidiani imbarazzi in bianco e nero*, Bergamo 2002

S. Geraci, B. Maisano, M. Mazzetti, *Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire. Numero monografico di Studi Emigrazione*, n. 157, Roma, 2005

CSDH, Commissione sui determinanti sociali della salute dell'OMS. *Closing the gap in a generation: Health Equity through action on the Social Determinants of Health*, 2008
saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2009/01/csdh_closing_the_gap.pdf

S. Geraci, F. Gnolfo, *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Pendragon, Bologna 2012

G. Costa, M. Marra, S. Salmaso, Gruppo AIE, *Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia*, E&A, 2013

Federazione nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. *Codice di deontologia medica*, 18 maggio 201
www.quotidianosanita.it/allegati/allegato12368.pdf

M. Affronti, M. Bonciani, E. Forcella, S. Geraci, M. Marceca, *Persone e popoli in movimento, Atti del XIV Congresso SIMM*. Roma 2016

M. Marmot, *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*, Roma 2016

EUSILC, *Statistics on Income and Living Conditions*, 2017
www.istat.it/it/archivio/5663

IPSOS-MORI, *Perils of perceptions, le cose non sono così cattive come sembrano*, 2017
www.ipsos.com/it-it/perils-perception-2017-lindagine-sul-pericolo-delle-percezioni

A. Alesina, A. Miano, S. Stantcheva, *Immigration and redistribution*, Nber working paper, 2018
www.nber.org/papers/w24733

T. Boeri, *Relazione annuale INPS*, 2018
www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=51978

M. Bonciani, S. Geraci, M. Marceca, A. Rinaldi, *Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni, Atti del XV Congresso SIMM*, Roma 2018

Caritas e Migrantes, *Un nuovo linguaggio per le migrazioni, XXVII rapporto immigrazione*, Roma, 2018

Centro Astalli e altre associazioni, *Decreto immigrazione e implicazioni per la salute*, Roma 2018
www.simmweb.it/937-comunicato-stampa-il-decreto-immigrazione-e-le-implicazioni-per-la-salute

M. Colucci, *Storia dell'immigrazione straniera in Italia*, Roma 2018.

Eurobarometro, *Integration of immigrants in the European Union*, 2018
ec.europa.eu/home-affairs/news/results-special-eurobarometer-integration-immigrants-european-union_en

EUROSTAT, *Data navigation tree*, 2018
ec.europa.eu/eurostat/data/database

Fondazione Leone Moressa, *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione*, 2018
www.fondazioneleone.moressa.org/2018/08/07/rapporto-2018-prospettive-di-integrazione-in-italia-che-invecchia/

IDOS, *Dossier Statistico Immigrazione*, 2018
dossierimmigrazione.it/

M. Mazzetti, *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Carocci Faber, 2018 (due edizioni)

MSF, *Fuori Campo*, 2018,
www.medicisenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2018/06/Fuoricampo2018.pdf

OMS, *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health*, 2018
www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018

LA FRONTIERA DELLA SALUTE

Realtà che hanno contribuito e ispirato la realizzazione di questa pubblicazione

Servizi di assistenza primaria e sanitaria

CARITAS Italiana
www.caritasroma.it/attivita/nel-territorio/sanita/

Centro Astalli
www.centroastalli.it

Croce Rossa Italiana
criroma.org/?s=senza+dimora

Emergency
www.emergency.it/wp-content/uploads/2018/08/Locandina-orari-poli-bus-Latina.pdf

INMP
www.inmp.it/index.php/ita/Assistenza-sanitaria

Medici Contro la Tortura
www.mct-onlus.it

Medici Senza Frontiere Italia
www.medicisenzafrontiere.it/cosa-facciamo/progetti-in-italia/

MEDU- Medici per i Diritti Umani
mediciperidirittiumani.org/medu-psyche-centro-di-cura-e-documentazione-controla-tortura-a-roma/

Ospedale Bambino Gesù
www.ospedalebambinogesu.it/attivita-internazionali/#.XGwwwPZFxjo

Policlinico Umberto I
www.policlinicoumberto1.it/per-il-cittadino/ac-coglienza-e-servizi/stranieri.aspx

SAMIFO- Centro Salute Migranti Forzati
centroastalli.it/servizi/progetto-samifo/

Advocacy e networking

SIMM-Società Italiana Medicina delle Migrazioni
www.simmweb.it

GRIS LAZIO
www.simmweb.it/gris-lazio

Assistenza legale

ASGI - Associazione Studi Giuridici Immigrazione
www.asgi.it

Assistenza in carcere

Associazione "Il Viandante"
www.romabpa.it/2017/03/27/associazione-il-viandante/