

CAMERA DEI DEPUTATI



**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL SISTEMA DI ACCOGLIENZA, DI
IDENTIFICAZIONE ED ESPULSIONE, NONCHÉ SULLE CONDIZIONI DI TRATTENIMENTO
DEI MIGRANTI E SULLE RISORSE PUBBLICHE IMPEGNATE**

Schema di relazione presentato dal relatore On. Gelli

**RELAZIONE SULLA
TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI E DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE**

Sommario

PREMESSA.....	5
<i>LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI E DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE</i>	7
1. IL FENOMENO MIGRATORIO IN ITALIA.....	7
1.1. I DATI SUI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE	7
1.2. I DATI SUL COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE.....	8
2. QUADRO NORMATIVO.....	11
3. QUADRO EPIDEMIOLOGICO	21
4. SALUTE DEI MIGRANTI: GLI INDIRIZZI INDIVIDUATI DURANTE LA 66MA RIUNIONE DELL'OMS	
EUROPA.....	37
5. PIANO NAZIONALE D'INTEGRAZIONE DEI TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE.....	43
6. INIZIATIVE IN ATTO E CRITICITÀ RISCONTRATE.....	47
6.1. <i>PROFILASSI SANITARIA E PRIMA ACCOGLIENZA - CRITICITÀ</i>	47
6.2. <i>ATTIVITÀ DI VACCINAZIONE E DI PREVENZIONE SANITARIA</i>	48
6.3. <i>FORMAZIONE SULLA MEDICINA INTERCULTURALE - APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE</i>	50
6.4. <i>ACCESSO AI FARMACI ORFANI IN ITALIA</i>	52
7. PROPOSTE OPERATIVE	53
7.1 OBIETTIVI DI POLITICA SANITARIA.....	53
7.2 TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI	55
7.3 I CONTROLLI SANITARI ALL'ARRIVO E NELLE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA.....	59
7.3.1. <i>I CONTROLLI ALL'ARRIVO</i>	59
7.3.1.1. <i>SCREENING SINDROMICO ALL'INGRESSO (SINO A 15 GG)</i>	59
7.3.1.2. <i>SINDROME INFETTIVA RESPIRATORIA</i>	61
7.3.1.3. <i>SINDROME FEBBRILE SENZA ALTRO COINVOLGIMENTO D'ORGANO</i>	62
7.3.1.4. <i>SINDROME DIARROICA</i>	62
7.3.2. <i>I CONTROLLI DA EFFETTUARE DURANTE LA PERMANENZA PROLUNGATA (OLTRE I 15 GG)</i>	62
7.3.2.1. <i>SINDROME RESPIRATORIA</i>	63
7.3.2.2. <i>SINDROME IPEREOSINOFILA PERIFERICA</i>	63
7.3.2.3. <i>SINDROME DIARROICA CRONICA O A ALVO ALTERNO</i>	63
7.3.2.4. <i>SINDROMI SESSUALMENTE TRASMESSE (STD)</i>	63
7.3.2.5. <i>SINDROME EPATITICA</i>	64
7.3.2.6. <i>ASINTOMATICI O PAUCISINTOMATICI</i>	64
8. CONCLUSIONI	67

LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI E DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

1. IL FENOMENO MIGRATORIO IN ITALIA

1.1. I DATI SUI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

GLI SBARCHI DEL 2017 Secondo i dati del Ministero dell'Interno, al 2 novembre 2017 sono sbarcati in Italia 111.552 migranti.

Nel 2016 gli sbarchi erano giunti alla cifra di 181.436, a cui devono essere aggiunti i 153.842 sbarcati nel 2015 e i 170.100 nel 2014, per un totale di 616.930 persone approdate negli ultimi 4 anni.

SISTEMA NAZIONALE DI ACCOGLIENZA Al 27 ottobre 2017, 190.719 migranti risultavano ospiti del sistema nazionale di accoglienza (di questi 166.403 presso i centri di prima accoglienza e gli altri 24.316 presso gli SPRAR).

In questo inizio d'anno, le prime quattro nazionalità dichiarate allo sbarco sono Nigeria, Guinea, Costa D'Avorio e Bangladesh, configurando una mutazione degli arrivi rispetto agli anni precedenti. Gli eritrei, ad esempio, che nel 2015 risultavano al primo posto tra i Paesi di provenienza (con il 27% del totale), rappresentano quest'anno circa il 5% degli sbarcati.

I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI Riguardo ai minori stranieri non accompagnati, vi è stato un incremento significativo degli arrivi in Italia, con un numero di 25.846 persone nel 2016. Al 31 ottobre 2017, i minori stranieri non accompagnati che risultano sbarcati dall'inizio dell'anno risultano 14.579.

Anche il numero di richiedenti asilo è aumentato nel corso del 2016 rispetto all'anno precedente: 123.600 rispetto a

83.970 del 2015. Al 27 ottobre 2017, sono state registrate 115.368 richieste di protezione internazionale.

1.2. I DATI SUL COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

Appare interessante accompagnare a questi dati, relativi al fenomeno migratorio in corso e quindi agli arrivi di stranieri che chiedono al nostro Paese il riconoscimento della protezione internazionale, alcuni dati, non meno importanti, sulla complessiva presenza della popolazione straniera in Italia.

DAL 1998 AL 2015 GLI
STRANIERI SONO
QUINTUPLICATI

A questo proposito, come riportato dal presidente dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), prof. Giorgio Alleva, nella seduta del 9 novembre 2016, nel 1998, primo anno in cui il dato è disponibile, risultavano poco meno di un milione gli stranieri residenti. Nel 2015 il numero degli stranieri nel nostro Paese risultava quasi quintuplicato. Si tratta della crescita relativa più marcata registrata tra i Paesi europei. Se il numero degli stranieri viene rapportato alla popolazione complessiva, si può constatare che in Italia gli stranieri rappresentano l'8,3 per cento della popolazione totale, un valore più alto di quello della Francia (6,6 per cento) e di poco inferiore a quello tedesco (9,3 per cento). Peraltro quote più alte si registrano in Belgio (11,6 per cento), Irlanda (11,9 per cento) e Austria (13,2 per cento).

In termini assoluti, al 1° gennaio 2017 si contavano 5.047.028 stranieri, quasi 33.000 unità in più rispetto al 2014.

Dal lato degli ingressi, ad alimentare il numero degli stranieri in Italia concorrono non solo le migrazioni dall'estero, ma anche i tanti nati nel nostro Paese da genitori entrambi stranieri, più di 70.000 all'anno.

Dal lato delle uscite, si registra un numero crescente di persone che ogni anno da straniere diventano italiane

(178.000 nel 2015).

La composizione per genere della popolazione straniera è equilibrata, con un lieve vantaggio femminile. Le donne sono il 51,4 per cento. Questo equilibrio nasconde, in realtà, situazioni molto differenti tra le diverse cittadinanze. È noto, infatti, che alcune collettività, come quella ucraina, sono sbilanciate al femminile, mentre gli originari del Bangladesh, per esempio, registrano una netta prevalenza maschile.

Questo dato è interessante, essendo in assoluta controtendenza rispetto a quello riferito ai richiedenti asilo, laddove la percentuale maschile è largamente preponderante (oltre il 75%).

Notoriamente, la popolazione straniera residente si concentra nel Centro-Nord, che ne ospita quasi l'84 per cento, mentre il Sud ospita l'11 per cento e le isole circa il 5 per cento.

La popolazione straniera è molto giovane (età media sotto i 34 anni), anche se con notevoli differenze tra i diversi gruppi di cittadinanza. In generale, la quota di ragazzi fra 0 e 14 anni fra gli stranieri è superiore di 5 punti percentuali a quella che si riscontra fra gli italiani della stessa fascia d'età. Al contrario, le persone con 65 anni e più tra gli stranieri hanno un'incidenza di poco superiore al 3 per cento, mentre nella popolazione italiana pesano per quasi il 24 per cento.

Come ci si può attendere, si tratta in larga parte di popolazione in età attiva, che cerca di produrre un reddito.

Nel 2015 per la prima volta la popolazione complessiva residente nel paese è risultata in calo di 150 mila unità, trovando un parziale temperamento nei flussi dall'estero e nelle nascite che ne conseguono.

Il dato relativo al 2016 denota una nuova diminuzione della popolazione residente in Italia di circa 142 mila unità, che

L'ETÀ MEDIA È BASSA

IL CALO DEMOGRAFICO IN
ATTO

deriva da una diminuzione degli italiani di circa 205 mila unità, solo parzialmente compensata da un aumento degli stranieri di circa 63 mila unità.

Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, nella seduta del 7 giugno 2016, ha illustrato la tipologia di popolazione migrante oggetto di attenzione del Ministero, distinguendola nelle percentuali di genere pari al 75% maschi, 15% femmine, 10% minori. Le prime collettività di residenti sono quelle provenienti da Romania (22,9%), Albania (9,3%), Marocco (8,7%), Cina (5,4%) e Ucraina (4,6%). I principali indicatori demografici mostrano come le comunità straniere siano sempre più stabili e strutturalmente integrate, pur in presenza di un elevato grado di eterogeneità e dinamicità del fenomeno migratorio italiano. I dati Istat evidenziano che nel 2014 il tasso di fecondità delle donne italiane è stato di 1,29 rispetto all'1,97 delle donne immigrate: l'apporto di quest'ultime risulta dunque determinante, benché non sufficiente a invertire il *trend* demografico.

Circa quattro residenti su cinque vivono inseriti all'interno di un contesto familiare e questo accade più frequentemente per la componente femminile, processo che lascia intravedere una transizione nelle caratteristiche dei migranti da mera "forza lavoro" a vera e propria "popolazione".

2. QUADRO NORMATIVO

LA LEGGE 6 MARZO
1998, N. 40
(COSIDDETTA LEGGE
“TURCO-
NAPOLITANO”)

La legge 6 marzo 1998, n. 40 (cosiddetta legge “Turco-Napolitano”), poi confluita nel Testo unico sull’immigrazione (decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286), ha inquadrato in forma omogenea ed inclusiva i provvedimenti sulla tutela della salute degli immigrati.

Con l’evoluzione della legislazione in ambito sanitario, il diritto di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene collegato alla cittadinanza e allo *status* giuridico degli stranieri. Come si vedrà immediatamente a seguire, si è progressivamente registrata una evoluzione favorevole agli stranieri, di fatto o direttamente ammessi – almeno sul piano normativo - alle prestazioni sanitarie, o comunque agevolati in tal senso. Sul piano normativo restano alcune restrizioni per gli stranieri irregolari, ma soprattutto vanno segnalate alcune difficoltà di ordine pratico, di cui si farà accenno nel prosieguo del capitolo

La disciplina vigente delinea dunque livelli differenti di tutela, indipendenti dal Paese di nascita, ma parametrati alla durata della permanenza in Italia.

TESTO UNICO
SULL’IMMIGRAZIONE
(DECRETO LEGISLATIVO
25 LUGLIO 1998, N. 286):
GLI STRANIERI CON
REGOLARE PERMESSO DI
SOGGIORNO SONO
EQUIPARATI AGLI
ITALIANI

Gli stranieri con regolare permesso di soggiorno, specialmente se per motivi di lavoro, di famiglia o di protezione sociale, anche in fase di rilascio del primo permesso o di eventuale regolarizzazione e nelle more del rinnovo, godono del medesimo diritto/dovere di iscrizione al Servizio sanitario nazionale (SSN) dei cittadini italiani (articolo 34 del decreto legislativo n. 286 del 1998).

Tale articolo ha esteso l’obbligatorietà dell’iscrizione al SSN anche in caso di assenza del requisito della cittadinanza italiana, considerando sufficiente la regolarità del soggiorno, con un notevole aumento della platea dei destinatari della norma.

Del resto, l’articolo 32 della Costituzione prevede che la

Repubblica tuteli la salute “come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”, impegnando anche a garantire “cure gratuite agli indigenti”.

DIRETTIVA EUROPEA
2013/33/UE

Dal punto di vista della normativa comunitaria, va ricordata la direttiva n. 2013/33/UE del 26 giugno 2013, recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale. In particolare, l’articolo 17 affida agli Stati membri il compito di provvedere a che le condizioni materiali di accoglienza assicurino un'adeguata qualità di vita e tuteli la salute fisica e mentale dei richiedenti protezione internazionale.

Ai fini dell’accesso alle cure, gli Stati membri possono obbligare i richiedenti a sostenere o a contribuire a sostenere i costi dell'assistenza sanitaria, qualora i richiedenti dispongano di sufficienti risorse, ad esempio qualora siano stati occupati per un ragionevole lasso di tempo.

DECRETO DEL
PRESIDENTE DELLA
REPUBBLICA 31 AGOSTO
1999, N. 394

Un problema che si è posto quasi subito è quello legato alla notevole mobilità lavorativa dei migranti, che vivono una condizione di precarietà. A questo fine, il regolamento attuativo del Testo unico sull’immigrazione (decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394), precisa che, in mancanza di residenza, il cittadino straniero è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell’Azienda sanitaria locale nel cui territorio ha effettiva dimora e che per luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno (articolo 42).

Il richiedente asilo ha diritto all’assistenza sanitaria, all’esonero dal *ticket* e al medico di base per tutta la durata della pendenza della richiesta d’asilo. Tuttavia è risultato alla Commissione che spesso l’esercizio di questi diritti è ostacolato da difficoltà pratiche e che vi sono significative difformità di procedure sul territorio nazionale. In particolare, è emerso che il tempo che intercorre tra la manifestazione della volontà di richiedere la protezione internazionale e la verbalizzazione della domanda comporta per i richiedenti la

temporanea, ma spesso prolungata, impossibilità di richiedere l'iscrizione anagrafica nel comune di dimora e, con essa, l'assistenza sanitaria piena. In alcune città, inoltre, è molto lungo il tempo di attesa per ottenere il codice fiscale, prerequisito per avere la tessera sanitaria, quindi il medico di base e l'esenzione. Spesso in questo periodo per garantire l'assistenza sanitaria ai migranti si utilizza il codice STP (Straniero temporaneamente presente), descritto subito appresso, ma si tratta evidentemente di una pratica impropria.

STP - STRANIERO
TEMPORANEAMENTE
PRESENTE

In caso di stranieri privi di permesso di soggiorno, sono garantite le cure urgenti, essenziali e continuative e sono estesi i programmi di medicina preventiva, mediante attribuzione di un codice temporaneo (ma rinnovabile), valido sull'intero territorio nazionale (cosiddetto codice STP - Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice viene rilasciato da tutte le strutture sanitarie pubbliche, è riconosciuto su tutto il territorio nazionale e identifica l'assistito per tutte le prestazioni previste.

DIVIETO DI
SEGNALAZIONE DEGLI
STRANIERI IRREGOLARI

Anche in questo caso, alla disciplina di principio si affianca una previsione volta a superare ostacoli pratici che potrebbero rendere di difficile attuazione la normativa. Pertanto, l'articolo 35, comma 5, del ricordato decreto legislativo n. 286 del 1998 pone il divieto ai medici e al personale che opera presso le strutture sanitarie di segnalare alle autorità lo straniero irregolarmente presente nel territorio nazionale che chiede accesso alle cure mediche.

Per quanto riguarda le prestazioni assicurate agli stranieri irregolari, in base al comma 3 del medesimo articolo 35, il SSN garantisce agli STP:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi n. 405 del 1975 e n. 194 del 1978 e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995 (*Protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità responsabile*);

b) la tutela della salute del minore, in esecuzione della Convenzione dei diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattie e infortunio;

d) inoltre, gli stranieri STP sono inclusi nei programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle Regioni; profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai; cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenze).

L'assistenza sanitaria deve essere garantita tramite le Aziende sanitarie, secondo le modalità stabilite da apposite indicazioni regionali, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi specifica esperienza, ai sensi dell'articolo 43, comma 8, del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394. Il divieto di segnalazione degli stranieri irregolari da parte del personale delle strutture sanitarie all'autorità di pubblica sicurezza, previsto dal comma 5 dell'articolo 35 del decreto legislativo n. 286/1998, non è stato modificato dalla legge 15 luglio 2009, n. 94, che ha introdotto in Italia il nuovo reato di ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato, e conserva pertanto piena vigenza.

La medesima legge n. 94 del 2009 ha stabilito che per l'accesso alle prestazioni sanitarie, di cui all'articolo 35 del T.U., non si richieda l'esibizione di documenti attestanti il soggiorno.

differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona, mentre quelle essenziali sono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

LA SPESA SANITARIA

Per quanto riguarda la copertura degli oneri finanziari, il testo unico sull'immigrazione (decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, articolo 35), prevede che le cure assicurate ai detentori del codice STP (cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali e programmi di medicina preventiva) siano erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Il Ministero dell'interno è tenuto al rimborso delle spese delle prestazioni ospedaliere urgenti o essenziali. Per le altre prestazioni, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, con corrispondente riduzione dei programmi riferiti agli interventi di emergenza.

Possono residuare delle aree non coperte dal sistema normativo (si pensi all'accoglienza di frontiera a Ventimiglia, Como o Gorizia, ovvero ai comuni connotati da una massiva concentrazione di cittadini stranieri per i quali il decreto-legge 20 giugno 2017, n. 91 prevede l'intervento di un Commissario straordinario Manfredonia in provincia di Foggia, San Ferdinando in provincia di Reggio Calabria e Castel Volturno, in provincia di Caserta), oppure interventi urgenti a favore di transitanti, persone espulse, soggetti usciti dal circuito dell'accoglienza.

Nel corso dell'audizione del 2 agosto 2017 del sindaco di Castel Volturno, sono state segnalate anche spese collaterali che non rientrano nelle previsioni normative (nel caso di specie, frequentissimi cassi di spese per la sepoltura di salme non reclamate da alcun parente, nell'ambito della popolazione

straniera).

Sarebbe il caso di cominciare a prevedere forme di ristoro della spesa non solo sanitaria, ma anche socio-assistenziale sostenuta con riferimento alla popolazione straniera dai comuni quali enti territoriali chiamati ad intervenire laddove latita ogni altra autorità o persona responsabile ai sensi del codice civile.

ACCORDO STATO-
REGIONI 20 DICEMBRE
2012 PER LA CORRETTA
APPLICAZIONE DELLA
NORMATIVA PER
L'ASSISTENZA
SANITARIA
POPOLAZIONE
STRANIERA
ALLA

Proprio in risposta alla marcata eterogeneità e difformità applicativa delle norme nazionali a livello locale, è stato sottoscritto, in data 20 dicembre 2012, l'Accordo Stato-Regioni e province autonome, recante *“Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome”*.

Si tratta di un atto interpretativo delle norme vigenti, volto a favorire un più omogeneo accesso alle cure da parte della popolazione immigrata e a facilitare il lavoro degli operatori sanitari. Di seguito sono riportate sinteticamente alcune indicazioni, che nella realtà non risultano ancora uniformemente applicate:

- iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
- iscrizione obbligatoria al SSN degli stranieri in via di regolarizzazione;
- iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
- iscrizione volontaria al SSR per i familiari ultra 65enni con ingresso in Italia per ricongiungimento familiare, dopo il 5 novembre 2008, secondo la normativa vigente;
- garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo fino alla possibile

risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;

- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- definizione del codice di esenzione X01¹ per gli STP;
- iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
- iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi di coloro che hanno il codice STP.

Una delle disparità sottolineate dal Ministro della salute Beatrice Lorenzin nella seduta del 14 giugno 2016 riguarda l'esenzione dal *ticket*, in alcune regioni esteso rispetto alla normativa nazionale. Tale facoltà, esercitata solo da alcune regioni, è tuttavia preclusa alle regioni in piano di rientro dal *deficit* finanziario.

Il principale limite del regime assicurato agli immigrati irregolari che fruiscono del codice STP è che non si possono programmare eventuali interventi chirurgici e che non sono previste le cure per le epatiti virali croniche.

Nel corso dell'audizione del 14 giugno 2016 dei responsabili del presidio ospedaliero di Castel Volturno Pineta Grande, così come verificato anche in occasione della missione presso la stessa struttura sanitaria del 30 ottobre u.s., è stato fatto presente che in alcuni casi l'intervento terapeutico rimane incompleto perché i titolari del codice STP vengono curati per le patologie più gravi ed acute, che prevedono ad esempio il ricovero in reparti di rianimazione, ma poi non possono essere diretti alla successiva

¹ Codice di esenzione attribuito al cittadino extracomunitario non in regola con la norme relative all'ingresso e al soggiorno, privo di risorse economiche sufficienti per la compartecipazione alla spesa sanitaria e in possesso di tesserino STP. Il codice viene rilasciato qualora non sia possibile ricorrere ad altro tipo di esenzione (es. gravidanza, malattia cronica, ecc.).

riabilitazione, perché gli istituti specializzati non accettano questa tipologia di pazienti.

Su un altro piano, va detto che se è vero che il codice STP non consente l'assegnazione di un medico di base, spesso tale vuoto del sistema di tutela è colmato dai medici volontari (necessariamente autorizzati dalle aziende sanitarie del territorio di competenza), che possono utilizzare i ricettari per poter emettere ricette ricevibili dai farmacisti e dai laboratori.

LA REVOCA DELLA
COPERTURA SANITARIA
IN SPAGNA

Che il tema sia complesso lo dimostra l'esperienza spagnola, laddove a causa delle difficoltà economiche la copertura sanitaria degli immigrati irregolari è stata oggetto di un passo indietro. In particolare, nel 2012 il governo spagnolo ha emesso un decreto (Real Decreto-Ley 20 aprile 2012, n. 16) che - al fine di rendere il sistema sanitario sostenibile - ha revocato il precedente pieno diritto alla copertura sanitaria pubblica, limitandola - per quanto qui rileva - in particolare nei confronti dei migranti irregolari. In sostanza, si è passati da un sistema di copertura universalistica ad un sistema di stampo assicurativo, con un requisito di accesso consistente nel possesso del requisito di immigrato regolare, con regolare permesso di soggiorno. Il Governo ha esplicitamente rilevato che non si possono tenere sullo stesso piano le posizioni di chi è in posizione di legalità con chi è irregolare. In caso di non disponibilità dei requisiti per essere considerato "assicurato" (o beneficiario), il diritto alla prestazione sanitaria è subordinato al pagamento delle spese sostenute. Considerato il carattere fortemente decentralizzato del sistema sanitario nazionale spagnolo, il decreto ha dovuto oltretutto essere attuato a livello regionale. Pertanto, dopo la revoca della copertura sanitaria generalizzata e la gestione del diritto a livello territoriale, sono oggi riscontrabili notevoli differenze nella copertura sanitaria degli immigrati irregolari tra le diverse regioni spagnole². La legge è stata considerata non

²

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403&p=20170701&tn=0;>
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300239>. La legge è stata considerata non arbitraria dalla sentenza del Tribunale costituzionale 21 luglio 2016, n. 139.

arbitraria dalla sentenza del Tribunale costituzionale 21 luglio 2016, n. 139³. Anche dopo la riforma, è rimasto il diritto universale a cure gratuite per minori e per l'assistenza al parto

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-7904. Anche dopo la riforma, è rimasto il diritto universale a cure gratuite per minori e per l'assistenza al parto.

³ http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-7904.

3. QUADRO EPIDEMIOLOGICO

“EFFETTO
SANO”

MIGRANTE

Il quadro epidemiologico relativo alla popolazione immigrata in Italia appare fortemente condizionato da dinamiche di selezione, soprattutto nelle fasi iniziali e finali del progetto migratorio, oltre che da processi di integrazione sociale e di relazione con i servizi sanitari.

La dinamica di selezione cui si è appena fatto cenno consiste nell’osservazione che il fenomeno migratorio in atto riguarda persone in condizioni di salute più che buone. Si tratta, innanzitutto, di popolazioni giovani e si deve tener conto che la tendenza individuale a porre in atto l’atto migratorio (indipendentemente dalle cause che la motivano) è limitato da eventuali cattive condizioni di salute.

A ciò si deve aggiungere che le condizioni in cui si realizza il viaggio migratorio costituiscono un ulteriore fattore di selezione dei migranti: in generale, solo gli individui non affetti da malattie hanno buone probabilità di poter arrivare nel nostro Paese. La stessa durata del viaggio costituisce un ulteriore elemento di selezione della popolazione migrante.

GLI IMMIGRATI
ALL’ARRIVO
PRESENTANO CONDIZIONI
GENERALI DI SALUTE
TENDENZIALMENTE
MIGLIORI DI QUELLE DEI
RESIDENTI

Una prima considerazione che si può trarre, pertanto, è che gli immigrati, al momento del loro arrivo, presentano generalmente buone condizioni generali di salute, tendenzialmente migliori di quelle della popolazione dei Paesi di arrivo. Il risultato del descritto meccanismo di selezione naturale è definito con l’espressione “effetto migrante sano”.

LE MALATTIE INFETTIVE

All’interno di questo quadro generale uno specifico approfondimento va fatto per le malattie infettive (trasmissibili), soprattutto perché si tratta di un aspetto particolarmente temuto, soprattutto con riferimento alla scabbia, alla tubercolosi e all’HIV.

LE RAGIONI DELLA
PAURA DEL CONTAGIO

Il timore di contagi causati da movimenti significativi di popolazione ha giustificazioni sul piano storico. In letteratura si cita il caso delle epidemie che hanno accompagnato la

cosiddetta conquista dell'America, quando i bianchi 'esportarono' il vaiolo, il morbillo e l'influenza, causando una strage delle popolazioni indigene, prive di difese immunitarie specifiche. In senso opposto, dall'America fu importata la sifilide, con pesantissime conseguenze in particolare in Spagna, Francia ed Italia.

Un'altra contestuale migrazione di popoli e di infezioni si è verificata a partire dal 1600, con la diffusione della febbre gialla causata dallo spostamento – per schiavitù – delle popolazioni africane nelle Americhe. In questo caso le conseguenze non furono immediate, ma ritardate nel tempo, in quanto si tratta di una malattia che viene trasmessa attraverso un insetto vettore (la zanzara). Con la diffusione e la moltiplicazione delle zanzare si è cominciata a diffondere in modo drammatico la febbre gialla nel Paese di arrivo.

L'EFFICACIA DELLA
PREVENZIONE DEI
CONTAGI E I CONTATTI
TRA POPOLAZIONI SONO
AUMENTATI

Poste queste premesse, la realtà del fenomeno migratorio che ha interessato gli ultimi anni porta a conclusioni diverse, per due ordini di ragioni. Da un lato, le conoscenze, l'organizzazione e i mezzi di prevenzione e sorveglianza attuali non sono paragonabili a quelli del passato. Dall'altro, al giorno d'oggi i contatti fra popolazioni sono molto più frequenti e quotidiani, considerando la facilità e la ricorrenza dei viaggi intercontinentali, per cui sono state di fatto già abbattute le principali barriere che in passato potevano segregare o contenere agenti microbici infettanti.

LA PROFILASSI
INTERNAZIONALE: LA
COMPETENZA È DEGLI
UFFICI DI SANITÀ
MARITTIMA, AEREA E DI
FRONTIERA (USMAF)

Sotto il profilo organizzativo, il Ministero della salute nell'esercizio delle sue funzioni di profilassi internazionale si avvale dei propri Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF), che sono presenti nei principali porti ed aeroporti del Paese e che, ai sensi del Regolamento sanitario internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità, hanno lo specifico compito di mettere in atto le misure di vigilanza e profilassi transfrontaliera.

Il Regolamento sanitario internazionale rappresenta lo

strumento per garantire la massima sicurezza possibile contro la diffusione delle malattie infettive con la minima interferenza su viaggi, movimenti e commercio internazionale.

Con riferimento all'esperienza migratoria più recente, va sottolineato che in alcuni dei paesi di origine delle migrazioni non si è realizzata la cosiddetta “transizione epidemiologica”⁴ e, a differenza dell'Italia, le malattie a maggiore occorrenza sono ancora le malattie trasmissibili e non quelle cronico-degenerative.

Questa osservazione pone il problema della specializzazione delle strutture sanitarie, che - a tutela della salute dei migranti – dovrebbero rivedere la propria vocazione sanitaria, recuperando una specifica attenzione alle patologie trasmissibili, laddove l'evoluzione della nostra società ha portato, appunto, ad una maggiore focalizzazione sul controllo delle patologie cronico-degenerative.

Dal punto di vista della popolazione italiana, si pone il problema di fare fronte al potenziale pericolo che i migranti trasmettano ai residenti malattie infettive. Il timore riguarda sia le malattie attualmente sotto controllo che la possibilità di introdurre o reintrodurre malattie infettive che non sono più

LE MALATTIE INFETTIVE
E LA POPOLAZIONE
ITALIANA: IL RISCHIO DI
CONTAGIO È
TRASCURABILE

⁴ Per designare i grandi cambiamenti nella distribuzione delle malattie nelle popolazioni umane, in un articolo del 1971 l'epidemiologo Abdel R. Omran ha introdotto formalmente l'espressione 'transizione epidemiologica' o sanitaria, mettendo in relazione la struttura demografica di una popolazione con la tipologia delle malattie presenti in essa. Omran distingue nella storia delle popolazioni umane tre fasi, separate da due transizioni. Nella prima fase si osserva la presenza di un'alta mortalità, dovuta in gran parte alle malattie infettive, bilanciata da un'alta natalità, il che produce una notevole stabilità demografica, a basso livello. Nella seconda fase lo sviluppo economico, il miglioramento delle condizioni di vita e l'introduzione di misure sanitarie adeguate producono una drastica riduzione della mortalità mentre il tasso di natalità rimane inalterato. La combinazione dei due andamenti produce di conseguenza un forte incremento demografico. Lo sviluppo della seconda fase porta successivamente alla riduzione della natalità, anche grazie all'educazione sessuale e al controllo delle nascite, il che porta di nuovo alla stabilità (o talvolta alla riduzione) della dinamica demografica, caratterizzata da bassa natalità e bassa mortalità. Nel mondo contemporaneo, nelle diverse situazioni geografiche ed economiche, le popolazioni si trovano in fasi diverse della transizione epidemiologica. I paesi industrializzati sono nella fase tre, con un sistema sanitario efficiente, un elevato tenore di vita ed una bassa natalità, mentre molti paesi del terzo mondo sono nella fase uno, con una forte mortalità, soprattutto infantile, ed un elevato tasso di fertilità. Infine, molti paesi 'in via di sviluppo' si trovano nella fase due, caratterizzata da un'intensa crescita demografica. Da: *La storia delle epidemie, le politiche sanitarie e la sfida delle malattie emergenti* Bernardino Fantini, sibaese.unile.it/index.php/idomeneo/article/download/14592/12716

presenti nel nostro Paese.

Va detto che l'esperienza maturata consente di affermare che si tratta di un problema teorico, sostenuto da paure che non trovano riscontri obiettivi.

ATTUALMENTE
MANCANO LE
CONDIZIONI AMBIENTALI
PER LA TRASMISSIONE
DELLE MALATTIE
CONTAGIOSE

Le evidenze epidemiologiche mettono in luce il fatto che l'incidenza delle patologie infettive di importazione è rimasta nel tempo del tutto trascurabile, nonostante l'aumento del numero di migranti provenienti da paesi in cui la prevalenza delle malattie trasmissibili è molto più alta che in Italia (i cui rischi di trasmissione alla popolazione ospite rimangono a tutt'oggi trascurabili, in assenza di vettori specifici e/o delle condizioni socioeconomiche favorevoli alla loro diffusione).

Vi sono, peraltro, evidenze che l'effetto migrante sano esiste anche tra i profughi che sbarcano sulle coste italiane. In questo senso militano i dati della sorveglianza sindromica effettuata dall'Istituto superiore di sanità (ISS), dal progetto europeo CARE e da altre rilevazioni epidemiologiche condotte dall'INMP a Lampedusa e a Trapani Milo, per quanto riguarda gli *hotspot*, così come a Roma sui migranti in transito.

L'ESPERIENZA
CATANIA

I dati raccolti in un osservatorio privilegiato, sotto il profilo degli sbarchi, quale quello di Catania, vanno nella stessa direzione.

Nel periodo gennaio-dicembre 2016, sono sbarcati 17.989 migranti e le sindromi riscontrate sono state prevalentemente febbrili (510) o di tosse+febbre (191). Le malattie infettive registrate sono state 19 casi di tubercolosi polmonare e 4 casi di tubercolosi extra polmonare, 11 polmoniti batteriche, 11 gastroenteriti, 8 episodi di varicella, 3 di schistosomiasi, 2 infezioni da HIV, un episodio di pielonefrite e uno di spondilodiscite.

Anche nel 2017 l'andamento è analogo. Gli sbarchi nel periodo gennaio-settembre sono stati 15.789 e le malattie infettive registrate sono 22 casi di tubercolosi polmonare e 4

extra polmonari, 8 polmoniti batteriche, 6 di varicella, 6 di schistosomiasi, 4 infezioni da HIV, 2 cirrosi da epatite B, 2 sepsi, 2 episodi di malaria, 2 shigellosi e un caso di scabbia impetiginizzata.

Anche i dati della sorveglianza sindromica effettuata dall'ISS su circa 5 mila ospiti di centri di accoglienza, tra maggio 2011 e giugno 2013, hanno evidenziato solo 20 "allerte statistiche", tra cui 8 casi di scabbia, 5 sindromi respiratorie febbrili, 6 gastroenteriti e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare. Analogamente, l'esperienza maturata dall'INMP a Lampedusa e a Trapani non ha evidenziato gravi malattie infettive e diffuse, ma comuni affezioni dermatologiche facilmente curabili, quali scabbia, pediculosi, impetigine e dermatite da contatto.

Infine, rilevazioni epidemiologiche condotte negli ultimi tre anni a Roma nell'ambito di un piano di assistenza sanitaria su profughi in transito verso Paesi nordeuropei, messo in atto dall'INMP e dalle ASL Roma A e Roma B in collaborazione con diverse organizzazioni del privato sociale, confermano i dati della sorveglianza sindromica dell'ISS.

Le evidenze epidemiologiche, pertanto, concorrono a delineare il profilo di una popolazione del tutto estranea agli "esotismi sanitari".

In base agli esiti pubblicati dello studio *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*⁵, una conferma della scarsa rilevanza di patologie infettive di importazione degli immigrati "viene dall'esperienza del poliambulatorio dell'INMP⁶, a Roma: nel periodo compreso tra il 2008 e i

⁵ *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari* anno 2011-2012 ISTAT - MINISTERO SALUTE, http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri+++30%2Fgen%2F2014+-+Testo+integrale.pdf

⁶ L'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) ha il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione nell'ambito della salute delle popolazioni migranti e delle diseguaglianze socioeconomiche nella salute, in particolare nella

primi dieci mesi del 2016, su 23.025 pazienti senza permesso di soggiorno (pari al 25% della casistica complessiva), sono state diagnosticate patologie infettive e parassitarie ... solo nel 10% dei soggetti visitati ... Da tale esperienza non emerge, dunque, un quadro dominato dalla presenza di patologie tropicali o condizioni esotiche, ma da comuni affezioni della pelle (13%), alterazioni del visus e dell'udito (11%) e da problemi di salute mentale quali depressione (28%), disturbo post-traumatico da stress (27%), ansia (10%)".

IL MIGRANTE MALATO
TENDE A TORNARE NEL
PAESE DI ORIGINE

Gli studi che si occupano della salute dei migranti sotto il profilo epidemiologico si preoccupano anche di evidenziare che i dati che possono essere raccolti sono influenzati dalla tendenza del migrante malato a tornare nel Paese di origine, comportamento noto come *salmon bias*. In questo senso, particolarmente condizionati sono i dati relativi ai decessi, che appunto tendono a consumarsi nei Paesi di origine.

LA DIFFICOLTÀ DI
DISPORRE DI DATI
SULL'ASSISTENZA DEI
RIFUGIATI E DEGLI
IMMIGRATI

Sarebbe comunque opportuno che le autorità centrali competenti fornissero alla popolazione rassicurazioni basate sui dati a disposizione, presumibilmente più estesi ed approfonditi di quelli possono essere desunti dall'esperienza dei vari operatori che agiscono nelle singole sedi di sbarco o di transito.

LA RILEVAZIONE
DELL'ISTAT

In questo senso, è stato recentissimamente pubblicato il già citato studio - curato dall'ISTAT in collaborazione con il Ministero della salute - dal titolo *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*, che elabora dati relativi agli anni 2011-2012, aspetto non del tutto neutro per un

valutazione dell'effetto della povertà sulla salute della popolazione. L'Istituto è ente del Servizio sanitario nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute. Per il compimento delle funzioni dell'Istituto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano prevede un finanziamento basato sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno di riferimento.

fenomeno, quale quello migratorio, in fortissima espansione e modificazione negli ultimi anni.⁷

Come riportato nello studio, *“i dati confermano un quadro della condizione di salute assolutamente in linea con un profilo di migranti di prima generazione che si spostano prevalentemente per progetti di lavoro e che portano con sé un capitale di salute che ne fa un gruppo mediamente più sano. Nel complesso, considerando i tassi standardizzati per età, gli uomini stranieri che si percepiscono in buona salute sono l’88,8% contro l’86,4% delle donne straniere (nella popolazione italiana i valori sono rispettivamente pari a 85,3% e 81,8%). Lo stato di salute è influenzato da una serie di fattori socioculturali assolutamente diversificati in base al Paese di provenienza. A sentirsi in buona salute tra i cittadini dei Paesi Ue sono soprattutto i polacchi (88,4%) e, tra i non comunitari, i cinesi (90,2%), i filippini (90,2%) e gli indiani (88,8%). In fondo alla classifica si trovano gli ucraini (85,8%) e i marocchini (85,2%). Sul piano psicologico, maggior benessere si osserva tra gli indiani (55,4%), mentre più vulnerabili appaiono i tunisini (52,5%). L’indice di salute mentale, pari a 78 in media, evidenzia una situazione di maggiore svantaggio per tunisini e marocchini. Il ricorso ai servizi sanitari rappresenta una componente essenziale e forse prioritaria per assicurare un’adeguata qualità della vita: la scarsa o assente conoscenza dei diritti all’assistenza e la conseguente paura di segnalazione rimangono elementi che limitano l’accesso alle cure da parte della popolazione straniera. In assenza di disturbi o sintomi vanno dal medico il 57,5% degli stranieri, di più le donne (59,6% contro il 53,9% degli uomini) e i giovani under 14 (62,9%), di meno i cinesi (44,1%). Si rivolgono al Pronto soccorso soprattutto tunisini e marocchini, meno i cinesi. Alla guardia medica si recano di più i giovani adulti e chi vive al Mezzogiorno, al consultorio*

⁷ *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari, anno 2011-2012, ISTAT - MINISTERO SALUTE, http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri+++30%2Fgen%2F2014+-+Testo+integrale.pdf*

soprattutto le donne tra i 25 e i 34 anni. Se a questo si aggiungono le difficoltà linguistiche e le differenze culturali, allora il tema della promozione della salute si inquadra in un contesto più ampio che include l'inserimento sociale degli immigrati nel Paese di accoglienza. Il 13,8% degli stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a spiegare in italiano i disturbi al medico e il 14,9% a comprendere ciò che il medico dice. Lo svantaggio è maggiore per le donne, per gli over 54, per chi ha un titolo di studio basso e per le collettività cinesi, indiane, filippine e marocchine. Il 13% dei cittadini stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a svolgere le pratiche amministrativo-burocratiche nell'accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto se cinesi o indiani. Gli orari di accesso alle prestazioni sanitarie sono incompatibili con gli impegni familiari o personali per l'8,6% degli stranieri di 14 anni e più, con gli impegni di lavoro per il 16% di quelli di 15 anni e più. Alcune malattie possono insorgere per l'esposizione ad alcuni fattori di rischio (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, sedentarietà) che, in gran parte, sono legati a comportamenti individuali. Identificare i fattori di rischio per la salute dovuti a stili di vita non salutari permette di contenere o rimuovere gli ostacoli di natura culturale, sociale ed economica, l'accesso alle conoscenze e alle prassi che determinano l'assunzione di stili di vita e di comportamenti salutogenici nel percorso di vita degli stranieri. A questo proposito il 23,2% degli stranieri di 14 anni e più consuma abitualmente tabacco, contro il 25,8% degli italiani. Come nel caso degli italiani, l'abitudine è più diffusa tra gli uomini (32,4%) che tra le donne (15,1%). Inoltre, quasi un terzo degli stranieri è sovrappeso (30,9%) e l'obesità interessa il 7,8%".

Nel corso dell'audizione del 14 giugno 2016 del Ministro della salute Beatrice Lorenzin era stato comunque rilevato che il Ministero della salute, come su molte questioni, non dispone di dati centralizzati sull'assistenza dei rifugiati e degli immigrati, trattandosi di informazioni censite dalle regioni. Per questo motivo il Ministero, in collaborazione con

l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), ha avviato un progetto volto a registrare i dati sanitari appena accennati, sia sotto il profilo epidemiologico che sotto quello dei ricoveri.

LA “SINDROME DI SALGARI” (PERICOLO DI CONTAGIO INCONTROLLATO) NON È SUPPORTATA DA RICONTRI SCIENTIFICI

La “Sindrome di Salgari”⁸, ossia lo stereotipo del migrante “untore”, pericolosa fonte di malattie, specie di tipo infettivo, non è oggi supportata da alcuna evidenza scientifica derivabile da studi epidemiologici formali o da sorveglianze sanitarie.

È indubbio però che a questo riguardo le condizioni possano mutare nel tempo, in relazione ai numerosi fattori che caratterizzano il fenomeno migratorio sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo e che sia necessario avviare un processo formale di sorveglianza attiva e specifica sulle malattie trasmissibili nei migranti.

“EFFETTO MIGRANTE ESAUSTO”: LE INSIDIE DELLA MARGINALITÀ

Al contrario, i dati relativi alla salute dei migranti derivati dagli studi e dalle esperienze di sorveglianza delineano, in modo inatteso, un quadro di popolazione esposta alle insidie della marginalità⁹. È il cosiddetto “effetto migrante esausto”, che comporta il depauperamento, più o meno rapido, del patrimonio di salute in dotazione ai migranti, quale che sia al momento dell’arrivo, a seguito della continua esposizione ai fattori di rischio dovuta alle condizioni di povertà in cui

⁸ Espressione usata da Riccardo Colasanti: “Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. Salgari non si interessò di problemi dei migranti, ma se lo avesse fatto avremmo avuto dei bei titoli da leggere nella nostra gioventù, penso a qualcosa come "I tigrotti della Pantanella" o "La filippina di Labuan". Come Salgari i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi”. Cfr. *La sindrome di Salgari 20 anni dopo* di Salvatore Geraci, <http://www.piemonteimmigrazione.it/mediato/materiali/55-il-mondo-in-una-stanza/269-la-sindrome-di-salgari-20-anni-dopo-di-salvatore-geraci>.

⁹ Vedi le parole di Colasanti riportate in “*La sindrome di Salgari 20 anni dopo*” di Salvatore Geraci, citato: “...E’ stupefacente osservare come il gestore pubblico, di fronte a immigrati che passano i loro giorni per strada, sotto la pioggia o il freddo, mangiando dei guadagni della vendita di fiori ed accendini, tossendo di fame, di stanchezza e povertà, muova commissioni che promuovono lo studio dei problemi di medicina dei migranti, non nel senso di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e alla fame che fanno in Italia, ma per bonificare i loro corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose”.

versano.

Tale effetto può determinarsi già durante il viaggio, come nel caso dei profughi, o nel Paese ospite (l'Italia, per quanto qui rileva) quando le condizioni di vita del migrante sono tali da rappresentare fattori che predispongono o causano l'insorgenza di malattie.

In effetti gli immigrati tendono, in maniera direttamente proporzionale alla durata della loro permanenza nel Paese ospite, ad adottare stili di vita assimilabili a quelli degli strati socialmente ed economicamente più poveri della collettività ospitante, caratterizzati da un maggiore livello di deprivazione materiale e psicologica rispetto alla popolazione generale, determinando situazioni che inevitabilmente li espongono a problemi di salute

Nel concreto, i principali problemi incontrati dai migranti nei paesi di destinazione sono dati - come visto - dalle difficoltà nell'accesso al sistema di assistenza sanitaria (con riferimento alle diagnosi, ai trattamenti e ai servizi preventivi), nonché da aspetti indiretti ma non irrilevanti - come più volte constatato dalla stessa Commissione nel corso dei sopralluoghi effettuati - come gli alloggi e le condizioni abitative di scarsa qualità, la precarietà, i problemi legati alla religione, la mancanza di protezione legale, ovvero i rischi non sperimentati nei paesi di origine (ad esempio, contatto con allergeni).

Il fenomeno del migrante sano che depaupera il proprio benessere di salute durante la permanenza nel paese di destinazione si osserva in particolare nella infezione da HIV e nella tubercolosi. Un recente studio (*Alvarez-Del Arco et al. Aids 2017*) condotto tra il 2013 e 2015 in 9 paesi europei su di una popolazione di 2009 persone con infezione da HIV acquisita nei 5 anni precedenti, ha evidenziato che il 63% delle infezioni da HIV riscontrate nella popolazione migrante sono avvenute dopo l'arrivo nel paese di destinazione; 72% per la popolazione omosessuale, 58% per la popolazione

eterosessuale maschile e 51% per quella eterosessuale femminile. In particolare tale percentuale raggiungeva il 71% per i migranti latinoamericani ed il 45% per quelli provenienti dall’Africa Sub- sahariana. L’età e il periodo di permanenza nel paese di destinazione erano fattori indipendentemente associati alla acquisizione di HIV.

INFEZIONE
TUBERCOLARE

Per quanto riguarda l’infezione tubercolare, dati recentemente pubblicati (*Hollo et al Eurosurveill 2017*) evidenziano che il *trend* di notifiche di tubercolosi è in calo del 5% annuo tra il 2010 e 2015 in 29 paesi europei. Tale calo è maggiore nella popolazione nativa (meno 7.3%), ma è presente anche in quella residente di origine extraeuropea (meno 3.7%). In realtà uno studio simile condotto nell’area metropolitana di Roma (*Sanè-Schepisi Eurosurveill 2017*) ha evidenziato un dato simile con un calo generale annuo leggermente inferiore (meno 3.2%), ma più rilevante tra la popolazione di origine extraeuropea (meno 12.7%) rispetto a quella nativa (meno 1.3%).

ESPERIENZA
DELL’USMAF
CATANIA

DI – Inoltre, le procedure sanitarie adottate dall’ufficio USMAF Catania del Ministero della salute, in collaborazione con l’ARNAS Garibaldi di Catania e la Croce Rossa Italiana, evidenziano che tra più di 17.989 migranti sbarcati nel 2016 al porto di Catania solo 191 risultavano essere positivi allo *screening* clinico epidemiologico (1,1%) e di essi solo 23 (0,12%) risultavano essere affetti da tubercolosi, come già anticipato¹⁰. Tali percentuali vengono confermate anche in un lavoro pubblicato recentemente (*Crepet et al, Int Health 2015*) con 3 sole positività per tubercolosi polmonare su 2.588 migranti sottoposti a *screening* per tubercolosi nei centri migranti della Regione Lazio. Tali dati confermano pertanto che la quota maggiore di tubercolosi nella popolazione migrante si manifesta non immediatamente dopo l’arrivo in Italia, ma negli anni successivi e che comunque l’incidenza di tubercolosi in questa popolazione è in costante

¹⁰ Vedi pag. 22.

calo sia in Europa che in Italia.

MALARIA
MIGRANTI

TRA I

Inoltre, va segnalato un ulteriore dato sulla malaria nei migranti. Nei circa 600 casi di malaria di importazione registrati negli ultimi 5 anni nel nostro Paese, l'80% viene descritto nella popolazione extraeuropea, spesso in migranti da tempo residenti nel nostro paese che tornano a visitare il proprio paese di origine senza utilizzare misure di profilassi. In nessun caso, comunque, è stata dimostrata la trasmissione di malaria alla popolazione nativa residente in Italia.

Su queste circostanze si devono porre in essere specifiche azioni, soprattutto quando sono la conseguenza di incompleti processi di integrazione e quando le misure di tutela tardano ad attivarsi.

L'ESPERIENZA
PRESIDIO OSPEDALIERO
PINETA GRANDE
CASTEL VOLTURNO

DEL
DI

Il peso della marginalità è emerso anche nel corso delle audizioni del 14 giugno 2016 e del 2 agosto 2017 dei responsabili del presidio ospedaliero di Castel Volturno "Pineta Grande" - che a causa del tessuto sociale in cui è inserito - cura molti pazienti immigrati. Nell'esperienza di tale ospedale, visitato dalla Commissione il 30 ottobre 2017, sono ad esempio frequentissimi i casi di addome acuto da perforazioni gastriche o intestinali con peritonite. Si tratta di patologie strettamente legate a fenomeni *"di degrado, di deficit fisico, di malnutrizione e denutrizione e, quindi, scadenza delle condizioni generali, a cui si associano malnutrizione e alcolismo"*.

Lo stato di precarietà della vita dell'immigrato ha anche altri risvolti, sotto il profilo sanitario.

Lo stesso intervento curativo diviene più difficile, a causa della ricorrenza di fenomeni di comorbidità e comorbilità e da complicanze notevoli, oltre che dalla difficoltà di gestire le fase successiva al ricovero.

Gli stessi rappresentanti dell'ospedale Pineta grande hanno sottolineato che molto spesso i pazienti presentano dei crolli multiorgano. Ad esempio, pazienti con un trauma cranico o

un poli traumatismo vanno in rianimazione e già in quel momento presentano un equilibrio emodinamico e bioumorale precario; non appena con le cure aumenta lo stato di carenza fisica, si ha l'insorgenza di insufficienze renali o epatica acute, o magari di insufficienze cardiorespiratorie altrettanto serie, difficili da trattare. In questi casi, i tassi di mortalità tendono a crescere.

Un'altra ipotesi frequentemente riscontrata riguarda le crisi ipertensive dei pazienti centroafricani. *“Spesso dalle crisi ipertensive si passa ad emorragie cerebrali devastanti. Ci vogliono giornate e settimane intere di trattamenti per poter fare scendere queste forme di pressione”*.

Da ultimo, un altro aspetto delicato è rappresentato dalla degenza dei pazienti extracomunitari, che ha tempi enormemente più alti della media. *“Quando dimettiamo, dimettiamo per andare dove? Per trasferire il paziente nel proprio domicilio, dove c'è una famiglia, una moglie, una madre, una figlia, un infermiere che lo va a curare. Qui dove va? Sotto il ponte? Nella baracca? Allora i miei medici non dimettono”*.

Nel corso della missione effettuata, la Commissione ha potuto mettere a confronto l'esperienza strettamente sanitaria della struttura ospedaliera Pineta Grande, che riesce ad operare con elevati livelli di efficienza e con apparecchiature tecnologiche di alto livello, con le condizioni dell'area, in cui il disagio ed il degrado si intrecciano sotto il profilo abitativo, ambientale e di tenuta della legalità. Lo stesso andamento demografico del comune è incerto, nel senso che alla popolazione residente si affianca una fascia di stranieri, alcuni regolari e altri che non risultano registrati al comune, la cui quantificazione è largamente approssimativa. L'incertezza su chi risiede nel territorio influisce anche sulle politiche sanitarie, si faccia per tutti l'esempio della profilassi tramite vaccinazioni¹¹.

¹¹ A livello legislativo, un riconoscimento della eccezionale situazione descritta è giunto con il decreto-legge 20 giugno 2017, n. 91 (*Disposizioni urgenti per la crescita economica nel Mezzogiorno*), il cui articolo 16

Su un piano più strettamente sanitario si può rilevare che la perdita di salute del migrante è plausibilmente una conseguenza della ridotta possibilità e/o capacità di accesso ai servizi sanitari del nostro Paese.

Benché l'accesso ai servizi sociosanitari sia garantito alla popolazione immigrata da una legislazione complessivamente favorevole e dalla presenza di un sistema sanitario nazionale di stampo universalistico, permangono a tutt'oggi – come detto - forti squilibri e disomogeneità territoriali nel garantire i livelli essenziali di assistenza.

Si ricorda, infatti, la persistenza di barriere burocratiche all'utilizzo dei servizi: i dati Istat precedentemente riportati rivelano che 14 stranieri su 100, in età superiore ai 14 anni, hanno difficoltà nello svolgimento delle pratiche necessarie per accedere alle prestazioni mediche. Infine, permangono importanti difficoltà sul piano comunicativo/relazionale: tra gli stranieri con più di 14 anni, il 13% dichiara di avere difficoltà a spiegare al medico i sintomi del proprio malessere.

Quest'ultimo dato assume una rilevanza particolare, nella prospettiva di un auspicabile inserimento della figura del mediatore culturale tra quelle riconosciute nell'ambito del SSN.

Per comprendere meglio la situazione, secondo quanto esposto in un documento predisposto dall'Istituto nazionale per la promozione della salute dei migranti e per il contrasto delle malattie delle povertà (INMP), trasmesso alla

prevede che “al fine di superare il particolare degrado in alcune aree (Manfredonia in provincia di Foggia, San Ferdinando in provincia di Reggio Calabria e appunto Castel Volturno, in provincia di Caserta), caratterizzate da una massiva concentrazione di cittadini stranieri, sono istituiti dei commissari straordinari del Governo. I Commissari adottano, d'intesa con il Ministero dell'Interno e con il Prefetto, un piano di interventi per il risanamento delle aree interessate, coordinandone la realizzazione. Il piano dovrebbe avere la finalità di “favorire la graduale integrazione dei cittadini stranieri regolarmente presenti nei territori interessati agevolando l'accesso ai servizi sociali e sanitari”, nonché l'inserimento scolastico dei minori.

Commissione nel mese di marzo del 2017, esiste una certa disomogeneità tra popolazione italiana e popolazione straniera residente nella propensione a effettuare una visita medica in assenza di disturbi o sintomi.

Mentre il dato relativo alla popolazione straniera residente arriva al 10,5%, lo stesso dato riferito alla popolazione italiana sale al 15% (dati ISTAT 2013).

Ma è da ritenere inevitabile che lo stesso dato crolli o sia significativamente basso per i migranti arrivati in Italia da poco, che inevitabilmente sperimentano situazioni di vita molto più precarie degli stranieri residenti, oggetto della rilevazione appena esposta.

In ogni caso, pur tenendo conto delle specificità dei migranti, non si può evitare di segnalare che il problema deve essere affrontato nel quadro più generale delle politiche di rimozione degli ostacoli socio-economici all'accesso ai servizi sanitari della stessa popolazione italiana.

4. SALUTE DEI MIGRANTI: GLI INDIRIZZI INDIVIDUATI DURANTE LA 66MA RIUNIONE DELL'OMS EUROPA

Nell'ambito dell'Organizzazione mondiale per la Sanità¹² – Comitato regionale europeo, il 15 dicembre 2016, è stato presentato il documento “*Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*” ed è stata approvata l'omonima risoluzione¹³.

In particolare, l'*action plan* copre nove aree di intervento prioritario:

- stabilire un *framework* di collaborazione entro il quale agire
- fare azione di *advocacy* per il diritto alla salute di rifugiati, richiedenti asilo e migranti
- valutare i determinanti sociali di salute
- lavorare sulla *preparedness* in salute pubblica e assicurare una risposta efficace
- migliorare il sistema sanitario e la sua resilienza
- prevenire le malattie croniche
- migliorare e ridurre i rischi rappresentati dalle malattie croniche
- assicurare la prevenzione in modo etico e efficace
- migliorare la comunicazione sulla salute.

Sono inoltre stati identificati tre argomenti specifici:

- ✓ la necessità di migliorare i servizi dedicati alla salute mentale
- ✓ l'importanza di formare operatori sanitari culturalmente competenti su esigenze di salute e barriere linguistiche e culturali

¹² L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, o *World Health Organization*, WHO in inglese), agenzia speciale dell'ONU per la salute, è stata fondata il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 con sede a Ginevra. L'OMS suddivide il mondo in sei strutture organizzative regionali, ognuna facente capo ad un proprio Comitato Regionale, tra cui quella per l'Europa (EURO), con sede a Copenaghen in Danimarca e diretto da Zsuzsanna Jakab. Oltre all'intero continente, comprende anche la Russia e Israele.

¹³ <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/66maRiunioneOmsEuropa.asp>.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/319113/66rs06e_MigrantHealth_160765.pdf?ua=1

- ✓ la vulnerabilità dei minori non accompagnati.

Di seguito vengono ripresi gli interventi prioritari individuati dall'Organizzazione mondiale della sanità, cercando di illustrarne il contenuto:

- stabilire un *framework* di collaborazione entro il quale agire.

Al fine di stabilire una cornice entro la quale organizzare una strategia collaborativa dei vari attori, nel documento si fa riferimento da un lato alle organizzazioni sovranazionali, quali Nazioni Unite, Unione Europea e Unione economica euroasiatica e altre istituzioni e organizzazioni internazionali e dall'altro al coordinamento tra livello nazionale e livello locale, ivi comprese le espressioni della società civile e delle comunità immigrate. La logica è quella di creare una rete volta a rafforzare le azioni a tutela della salute, lasciando un ruolo chiave alla stessa OMS. Agli Stati membri si chiede di fornire supporto tecnico, informazioni e risorse necessarie, coordinare le parti interessate nel settore sanitario, stabilire meccanismi di monitoraggio e garantire il rispetto degli *standards* delle politiche internazionali in materia di protezione dei diritti dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti con riferimento al tema della salute

Portando l'obiettivo nella realtà istituzionale italiana, sembra che la collaborazione invocata non possa prescindere da realtà anche esterne al mondo sanitario tradizionalmente inteso, con particolare riferimento alle Prefetture e agli enti gestori delle strutture di accoglienza, che forniscono le maggiori risposte al fenomeno migratorio. È noto che le strutture di accoglienza forniscono anche servizi di assistenza sanitaria di base e costituiscono – una volta aperto il circuito dell'accoglienza - il primo anello della catena di assistenza a favore dei migranti. Esiste poi una realtà più frammentata, relativa agli irregolari, affrontata primariamente da organismi del terzo settore ma anche da presidi ospedalieri (la Commissione ha avuto modo di visitare l'INMP - Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà Istituto nazionale e l'Ospedale Pineta Grande di Castel Volturno in provincia di Caserta). Per quanto riguarda l'assistenza fornita dalle Asl, si rinvia alla ricostruzione del quadro normativo relativo alla tutela della salute dei migranti.

- fare azione di *advocacy* per il diritto alla salute di rifugiati, richiedenti asilo e migranti

L'azione volta a sostenere il diritto alla salute dei rifugiati, richiedenti asilo e migranti, nella logica del Documento, si risolve in particolare nell'offrire un accesso equo ai servizi sanitari, superando discriminazioni e la stessa capacità di pagare per i servizi in questione.

Si richiede quindi ai singoli Stati membri un impegno ad introdurre una normativa di sostegno in questa direzione, che sia improntata alla tutela dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti, nonché del diritto umano alla salute, con piani sanitari basati sui diritti umani dei migranti, di cui monitorare l'attuazione.

Parallelamente, il Documento sottolinea l'obiettivo di fornire alle popolazioni migranti informazioni accurate sulle problematiche della salute e sui percorsi disponibili per rispondere ai bisogni di salute, prestando uguale attenzione all'informazione per gli operatori sanitari e non sanitari.

In Italia, si tratta di affrontare o almeno studiare la fattibilità di un accesso universale ai servizi sanitari, di studiare politiche di prevenzione delle malattie contratte nelle condizioni di precarietà tipiche della vita del migrante e di trovare una adeguata soluzione normativa alla figura del mediatore professionale.

- valutare i determinanti sociali di salute.

Questa linea di indirizzo fa riferimento all'analisi dei fattori socioeconomici importanti per migliorare l'integrazione e impostare politiche a lungo termine a favore della salute.

In questo caso si tratta di un intervento plurisetoriale che coinvolge i temi della salute, della protezione sociale e della compatibilità finanziaria. I temi più immediati, nell'ottica del Documento, riguardano la politica abitativa, l'accesso all'istruzione, la garanzia di un lavoro e di un reddito, affrontando anche le difficoltà (o discriminazioni) basate su genere, nazionalità, religione, possibilità finanziarie e orientamenti politici.

L'obiettivo tende a sottolineare i riflessi positivi in tema di tutela della salute di un inserimento sociale dei migranti, in un'ottica di integrazione difficile da perseguire finché permarranno le condizioni di difficoltà legate alla gestione degli sbarchi di massa, per tacere delle difficoltà legate all'impatto sociale dell'accoglienza sulle popolazioni ospitanti. La relazione non può che porre questo tema sullo sfondo di tutto l'approfondimento legato agli aspetti sanitari, senza però entrare in valutazioni più ampie che spettano a documenti di carattere generale.

- migliorare il sistema sanitario e la sua resilienza.

L'obiettivo indica alcuni temi specifici di cui anche il sistema sanitario si deve far carico, in relazione alla situazione di soggettiva vulnerabilità del migrante. In particolare il Documento fa riferimento a situazioni quali la salute sessuale e riproduttiva, la pianificazione familiare, le violenze di genere e gli stupri (cui si collegano fenomeni socio-culturali importanti, quali il matrimonio forzato e la gravidanza adolescenziale), nonché la salute mentale. Lo stesso Documento prosegue prendendo in considerazione anche i soggetti affetti da traumi o ferite, soprattutto tra i rifugiati provenienti da paesi colpiti da conflitti e violenza. Per

quanto riguarda le strutture sanitarie, viene rilevato che spesso le donne migranti potrebbero desiderare di essere curate da medici femminili, in base ad un principio di maggior vicinanza, sensibilità culturale e equità di genere. Il Documento parla anche di una importante opera di “promozione dell'alfabetizzazione sanitaria”.

- prevenire le malattie croniche della popolazione tutta e in particolare di quella migrante, categoria esposta al rischio di vulnerabilità e *stress*.

Questo obiettivo si muove su un tema di particolare interesse/preoccupazione per la popolazione dei paesi di transito e destinatari, soprattutto perché le popolazioni migranti spesso provengono da paesi con un'alta prevalenza di alcune malattie trasmissibili. Inoltre, i centri di ricezione e gli ambienti sovraffollati sono favorevoli alla diffusione delle malattie trasmissibili.

Gli Stati membri dovrebbero pertanto sorvegliare le condizioni di salute in modo proporzionato alla salute della comunità, potenziando ed affinando la capacità di sorveglianza epidemiologica e garantendo programmi di vaccinazione appropriati per gli immigrati. Il Documento fa presente anche la necessità di facilitare la condivisione di informazioni tempestive e trasparenti.

La necessità di fare chiarezza su questi aspetti di prevenzione e profilassi generale è probabilmente uno dei temi principali di questa Relazione, che cerca appunto di far presente che un'azione pubblica volta ad un controllo proporzionato dei rischi di diffusione di malattie può garantire la popolazione residente, che non deve essere esposta allo *stress* del timore incontrollato.

- assicurare la prevenzione in modo etico e efficace.

Questo obiettivo parte dalla constatazione che i rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti non costituiscono una minaccia aggiuntiva alla sicurezza sotto il profilo sanitario delle comunità ospitanti.

I controlli che vengono fatti all'ingresso dovrebbero essere quindi sufficienti per fronteggiare il problema e per questo motivo devono essere proporzionati, rispettosi della dignità dei rifugiati e mirati ai reali rischi riscontrabili per i migranti e la popolazione ospitante, ovviamente in una cornice di riservatezza. Il personale (sanitario e non) dovrebbe svolgere una funzione di orientamento del migrante, che andrebbe ammesso a *screening* e specifici prima di accedere a determinate attività o sulla base di particolari situazioni (per esempio, *screening* durante la gravidanza, per le malattie neonatali e per l'ingresso scolastico). Tali esami dovrebbero essere eseguiti nell'ambito dell'assistenza sanitaria essenziale.

- migliorare la comunicazione sulla salute.

Questo obiettivo sottolinea l'importanza di migliorare la raccolta e l'accesso alle informazioni sul tema della salute dei rifugiati, dei

richiedenti asilo e dei migranti, dei loro comportamenti a rischio e dell'accesso all'assistenza sanitaria. Un passo in avanti in questo senso sarebbe agevolato da una forma di cooperazione con i paesi di origine, non sempre possibile.

Uno sforzo comunicativo dovrebbe anche essere compiuto per fornire informazioni ai rifugiati, ai richiedenti asilo e gli immigrati sul sistema sanitario del paese ospitante per dissipare le paure e le false percezioni, con un linguaggio appropriato, tenendo conto dei fattori socioculturali e religiosi; e dovrebbe essere adattato per anche la popolazione ospitante. Per raggiungere questo obiettivo, gli Stati membri dovrebbero rafforzare i sistemi di informazione sanitaria per una migliore raccolta di dati sui rifugiati e sul loro stato di salute, promuovere l'inclusione di variabili riferite ai migranti nei sistemi di raccolta dei dati esistenti e promuovere metodi innovativi, tra cui indagini e metodi qualitativi, per raccogliere dati su rifugiati, richiedenti asilo e migranti.

5. PIANO NAZIONALE D'INTEGRAZIONE DEI TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

PIANO NAZIONALE
D'INTEGRAZIONE DEI
TITOLARI DI PROTEZIONE
INTERNAZIONALE

Nel mese di settembre 2017 il Ministero dell'Interno ha diffuso il *Piano nazionale d'integrazione dei titolari di protezione internazionale*. Si tratta di un documento previsto dall'articolo 19 del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251 (*“Norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta”*), che assegna al Tavolo di coordinamento nazionale¹⁴, insediato presso il Ministero dell'interno, il compito di predisporre - almeno ogni due anni - un piano nazionale che individua le linee di intervento per realizzare l'effettiva integrazione dei beneficiari di protezione internazionale.

Nel piano presentato sono individuate – tra le altre - linee d'intervento per l'integrazione dei titolari di protezione internazionale anche con riferimento all'accesso all'assistenza sanitaria.

Il piano parte dalla constatazione della distanza tra situazione normativa e attuazione pratica, nel campo della tutela della salute dei titolari di protezione internazionale, *“con disuguaglianze che gravano in modo particolare sui soggetti più vulnerabili, come le vittime di tratta, di tortura o di stupri, i lavoratori sfruttati, i minori non accompagnati e i sopravvissuti ai naufragi”*.

¹⁴ Il Tavolo di coordinamento è composto da rappresentanti del Ministero dell'interno, dell'Ufficio del Ministro per l'integrazione, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, delle Regioni, dell'Unione delle province d'Italia (UPI) e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), ed è integrato, in sede di programmazione ai fini della predisposizione del Piano con un rappresentante del Ministro delegato alle pari opportunità, un rappresentante dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), un rappresentante della Commissione nazionale per il diritto di asilo e, a seconda delle materie trattate, con rappresentanti delle altre amministrazioni o altri soggetti interessati.

Pertanto, il Piano si pone l'obiettivo di migliorare l'attuazione del descritto Accordo Stato-Regioni per la salute dei migranti del 2012 (vedi pag. 15), rendendo omogeneo a livello territoriale l'accesso al servizio sanitario nazionale.

In particolare, vengono individuate sette priorità:

1. monitorare a livello nazionale e regionale l'applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 2012;
2. procedere ad una sistematica rilevazione dei bisogni della fascia di popolazione più vulnerabile che includa i titolari di protezione internazionale, con particolare riferimento a salute mentale e disabilità, minori, donne, mutilazioni genitali femminili (MGF), violenza di genere (GBV), e gruppi di persone LGBTI (*Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual and Intersexed*);
3. rafforzare i servizi, con particolare attenzione alle patologie psichiatriche e disturbi post traumatici, all'ampliamento e alla migliore diffusione di servizi aperti e gratuiti, al potenziamento delle attività di prevenzione con particolare riferimento a vaccinazioni, *screening* e tutela della salute materno-infantile;
4. potenziare la formazione del personale sanitario anche sulla normativa vigente in tema di protezione internazionale, nonché sugli aspetti culturali che possono influire sulla valutazione clinica, aumentando anche l'utilizzo di mediatori e personale interculturale;
5. migliorare l'informazione sui diritti e sull'uso appropriato dei servizi sanitari;
6. dare piena attuazione alle Linee guida sulle vittime di tortura;
7. promuovere la revisione della normativa nazionale sull'esenzione del *ticket* sanitario in modo che tenga in considerazione anche le esigenze dei titolari di protezione internazionale.

In particolare, il Piano fissa l'obiettivo dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale e dell'esenzione dal pagamento del *ticket* per tutti i minori non accompagnati, ancorché non sia stato ancora nominato un tutore, nonché la previsione di interventi specifici di presa in carico sanitaria in regime residenziale per i casi complessi, quali ad esempio il disagio mentale.

6. INIZIATIVE IN ATTO E CRITICITÀ RISCONTRATE

6.1. PROFILASSI SANITARIA E PRIMA ACCOGLIENZA - CRITICITÀ

GLI UFFICI DI SANITÀ
MARITTIMA, AEREA E DI
FRONTIERA (USMAF)

Come anticipato¹⁵, le operazioni di primo controllo sanitario vengono effettuate nella maggior parte dei casi dai medici degli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF), uffici coordinati dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute.

Dal 2014, in base agli accordi presi tra Ministeri nel quadro delle operazioni internazionali di salvataggio in mare, i medici degli USMAF intervengono, ove possibile, già a bordo della nave stessa, o altrimenti in banchina.

PRIMO CONTROLLO

Il primo controllo consiste nell'esecuzione di un *triage* generale con rilevazione della temperatura corporea e verifica delle condizioni cliniche di ciascun migrante. In questo modo può essere stabilita una priorità per lo sbarco in banchina o per l'invio al ricovero ospedaliero (modello Lampedusa).

Allo stato, nei porti presidiati dagli USMAF, in collaborazione con gli uffici periferici del Ministero della salute, con le autorità locali e con altri enti quali la Croce Rossa, viene realizzata una piattaforma sanitaria con tende amovibili, solitamente di proprietà della Croce Rossa Italiana, con cui il Ministero della salute fin dal 2007 ha stipulato convenzioni nazionali per l'organizzazione di reparti di sanità pubblica, per la collaborazione nella gestione dei flussi migratori.

Come emerso nella audizione del 7 giugno 2016 del Ministro della salute Beatrice Lorenzin, esempio di buona prassi sembra essere Catania, con la suddivisione per aree (area medica, area chirurgica, area gestanti e minori, area isolamento, area decessi e infine un'area per minori) e

¹⁵ Vedi pag. 20.

dotazioni quali una tenda di alto isolamento e una barella N36 ad alto biocontenimento (che consente il trasporto in sicurezza del paziente verso i reparti di malattie infettive), nonché un sistema di prevenzione della malattia tubercolare “Diagnosi in banchina”, realizzato in collaborazione con l’Azienda ospedaliera Garibaldi di Catania, che permette di completare una diagnosi di tubercolosi in due ore.

Sarebbe opportuno prevedere l’estensione di questo sistema in tutti gli *hub*. Risulta che in questa direzione siano già andati altri porti della Sicilia e della Calabria, nonché – in misura minore – della Puglia e della Campania.

Le condizioni sanitarie riscontrate più frequentemente sono legate più alle condizioni disagiate del viaggio che a malattie infettive, come detto nella ricostruzione del quadro epidemiologico.

LE SINTOMATOLOGIE PIÙ
COMUNI

In genere, si tratta di disidratazione, sintomi febbrili, congiuntiviti, traumatismi, ustioni, ferite da armi da fuoco e intossicazioni per esposizione a vapori tossici nelle stive.

LE DOPPIE DIAGNOSI

Molte volte i migranti vengono rivalutati in banchina dal personale delle aziende sanitarie provinciali, con una sovrapposizione di diagnosi, che inficia anche l’attendibilità dei flussi informativi e la mancata attuazione di quanto richiesto dai medici dell’USMAF.

IL MANCATO RACCORDO
INFORMATIVO CON LE
STRUTTURE SANITARIE

Le maggiori criticità organizzative da segnalare per questa fase di intervento sono legate alla difficoltà di ottenere dalle strutture sanitarie presso cui vengono ricoverati i migranti informazioni circa la diagnosi e la data di dimissione.

6.2. ATTIVITÀ DI VACCINAZIONE E DI PREVENZIONE SANITARIA

VACCINAZIONE
MINORI DI 14 ANNI

DEI
Nell’ambito della presa in carico sanitaria, si raccomanda di offrire ai migranti bambini (0-14 anni), che non sono mai stati vaccinati o che presentano documentazione incerta, le

vaccinazioni secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età, incluso il vaccino anti-HPV (*vaccino contro il Papilloma virus umano*), in modo tale da soddisfare l'esigenza dell'immunità di gregge di cui alla *ratio* del decreto legge 7 giugno 2017, n. 73 (*“Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”*), convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119.

Per l'anti-difterite-tetano-pertosse, la vaccinazione deve essere effettuata previa valutazione dello stato immunitario nei confronti del tetano.

In particolare, si raccomanda l'estensione del vaccino quadrivalente anti morbillo, rosolia, parotite e varicella che potrà essere offerto ai bambini migranti secondo il nuovo programma vaccinale anche in assenza di documentazione sierologica di eventuale suscettibilità alla infezione.

Negli adulti che abbiano storia vaccinale incerta o assente, si raccomanda di offrire le seguenti vaccinazioni: anti-polio; anti morbillo-parotite-rosolia, ad esclusione delle donne in gravidanza; anti-difterite/tetano/pertosse; anti-HBV a tutta la popolazione adulta sottoposta a *screening* e risultata negativa ai marcatori sierologici, anti-varicella a tutte le donne in età fertile, previa valutazione sierologica.

In minori ed adulti che entrano in comunità chiuse come i centri di accoglienza per migranti va offerta la vaccinazione antimeningococcica B e C (quadrivalente ACWY).

BARRIERE CULTURALI
ALLA VACCINAZIONE

In merito alla vaccinazione antinfluenzale tra gli immigrati adulti a rischio di complicanze, un recente articolo pubblicato sulla rivista internazionale “Plos One” del novembre 2016 da ricercatori del'ISS/INMP/ISTAT ha evidenziato che la copertura vaccinale antinfluenzale è minore rispetto a quella tra i cittadini italiani (16,9% vs 40,2%), seppure in misura diversa a seconda dell'area di provenienza e della durata di permanenza nel nostro Paese. Essendo l'accesso alla

vaccinazione gratuito per tutti i residenti, inclusi gli immigrati, questi risultati suggeriscono che la copertura vaccinale antinfluenzale in questi due sottogruppi sia influenzata anche da barriere di tipo culturale e linguistico, barriere sulle quali è necessario un maggior approfondimento per promuovere efficaci strategie di accesso alla vaccinazione. Questo è quanto emerge da una ricerca svolta nell'ambito dell'indagine Istat 2012-2013 su un sottocampione di oltre 40 mila residenti in Italia considerati a rischio di complicanze per influenza (tra i quali circa 1000 erano cittadini stranieri).

6.3. FORMAZIONE SULLA MEDICINA INTERCULTURALE - APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

LA MEDIAZIONE
CULTURALE COME PONTE
TRA DUE CULTURE

La mediazione culturale rappresenta una funzione necessaria per agevolare il processo di integrazione dei migranti all'interno della comunità di accoglienza. Va considerata come un "ponte" fra le parti, volto a favorire la conoscenza reciproca di valori e tradizioni e promuovere una prospettiva di interscambio e arricchimento fra culture diverse.

Tra le prime istituzioni che si sono servite della figura del mediatore culturale c'è la scuola, dove il ruolo della mediazione è quello di facilitare le prime linee di contatto per agevolare l'integrazione degli alunni stranieri. In seguito queste figure professionali si sono diffuse anche in altri ambiti, come per esempio nel sistema giudiziario (questura, tribunali, istituti penitenziari), nel lavoro (centri di impiego), nei servizi sociali e nella sanità.

L'inserimento della mediazione linguistica-culturale nel settore della salvaguardia della salute è indispensabile; vi è infatti la necessità di aiutare il migrante nell'accesso alle cure, aiutandolo ad individuare dove e a chi chiedere assistenza adeguata e specializzata e ad interpretare correttamente il proprio malessere.

Il modo di intendere la malattia è in stretta relazione col tipo di educazione ricevuta e con la cultura di appartenenza; è dunque di prioritaria importanza abbattere sia le difficoltà nella comunicazione linguistica sia l'eventuale differenza di significato che culture diverse attribuiscono allo stesso processo morboso per evitare il pericolo dell'errore diagnostico.

E tutto questo ha ancora maggiore importanza quando i sintomi sono di natura psicologica e/o psichiatrica.

Al momento manca un quadro normativo nazionale che precisi e regolarizzi definitivamente i settori d'intervento dei mediatori culturali. La Commissione ha avuto modo di constatare che in taluni casi, per fare ricorso al mediatore culturale, le strutture sanitarie hanno dovuto far ricorso a notevole "fantasia amministrativa", ricorrendo a progetti tematici, assunzioni a tempo determinato o più spesso con un inquadramento in figure professionali improprie.

La prima legge sulla migrazione in Italia (legge 30 dicembre 1986, n. 943) rappresenta un passo importante verso la valorizzazione dell'aspetto culturale; infatti all'articolo 1, accanto all'eguaglianza tra lavoratori immigrati e italiani nell'accesso ai diritti sociali, troviamo il riconoscimento del diritto specifico alla protezione della cultura e della lingua di origine.

La già citata legge n. 40 del 1998 ha iniziato ad occuparsi direttamente ed esplicitamente della figura dei mediatori culturali cercando di metterne in ordine le competenze; l'articolo 40 (comma 1) introduce e riconosce, per la prima volta, la figura di questi professionisti "al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi".

Manca, comunque, un riconoscimento e una definizione ufficiale a livello nazionale¹⁶ della figura del mediatore culturale; inoltre il loro lavoro è spesso frammentario e affidato al caso. Sarebbe pertanto maturo il tempo di garantire una maggiore estensione della figura del mediatore culturale in ambito sanitario, stabilizzandone la figura.

6.4. ACCESSO AI FARMACI ORFANI IN ITALIA

DIFFICOLTÀ
REPERIMENTO
FARMACI NON INSERITI
NEL PRONTUARIO
ITALIANO

Alcune delle patologie tropicali di importazione che potrebbero interessare i migranti ma, in prospettiva, anche una fetta sempre maggiore di popolazione residente in Italia, sono curate con farmaci che non fanno parte del prontuario italiano.

Sono spesso farmaci a basso costo ma con estrema difficoltà di approvvigionamento, in quanto non licenziati in Italia, autorizzati dall'AIFA ed acquistati all'estero a prezzo molto più alto. Le singole farmacie ospedaliere pertanto inviano con enormi difficoltà richieste di acquisto all'estero non sempre ottenendo l'acquisizione del farmaco stesso.

L'identificazione di una farmacia ospedaliera unica per tutto il territorio nazionale, alla stregua del siero antitossinico polivalente, che potesse acquisire preventivamente tali farmaci, potrebbe essere un'opzione.

¹⁶ Per un riconoscimento normativo a livello regionale, vedi la Delibera della Giunta regionale dell'Abruzzo 29 novembre 2006, n. 1386/P ("Mediatore culturale" - approvazione della qualifica professionale e dei relativi *standard* formativi).

7. PROPOSTE OPERATIVE

Esaminato il quadro epidemiologico e ripresi i principali interventi posti o da porre in essere, appare opportuno segnalare gli aspetti degni di attenzione privilegiata, ad avviso della Commissione.

Si tratta di azioni/obiettivi fondamentali per avviare una politica organica in questo settore. Una particolare attenzione viene dedicata al tema della tutela della salute mentale, in cui si delinea un cambio di passo delle modalità di intervento, passando dalla cura alla prevenzione.

Infine vengono individuati una serie di misure di profilassi sanitaria da attuare all'ingresso del migrante in Italia e nel periodo immediatamente successivo alla sua permanenza. Nel caso in cui si prolunghi la presenza sul suolo italiano, l'intervento sanitario "mirato" alla situazione del migrante tenderà a perdere di senso e dovranno essere intraprese le misure che riguardano tutta la popolazione residente.

7.1 OBIETTIVI DI POLITICA SANITARIA

Gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- la popolazione migrante - all'ingresso in Italia - deve avere la possibilità di registrare la propria informazione sanitaria in formato digitale, come un vero e proprio passaporto sanitario digitale.

In tal modo sarà possibile tracciare inequivocabilmente tali dati durante tutto il percorso del migrante in Italia e negli altri paesi europei, personalizzare l'accesso alle cure, se necessario, ed evitare ritardi e duplicazioni di interventi.

Appare appena il caso di evidenziare che tali informazioni debbono essere gestite con adeguati livelli di protezione, ai sensi della legge sulla *privacy*, trattandosi di dati per loro natura sensibili. La digitalizzazione della informazione sanitaria può assicurare un legame stabile con il sistema

sanitario nazionale già immediatamente dopo l'arrivo in Italia e l'iniziale *screening* clinico epidemiologico, a prescindere dalla area geografica ove sarà successivamente assegnato il migrante/rifugiato;

SORVEGLIANZA
EPIDEMIOLOGICA

- istituire una sorveglianza epidemiologica formale sulle condizioni di salute dei migranti basata su indicatori di *outcome* derivati dai dati amministrativi del SSN;

ARCHIVIO
FRAGILITÀ

DELLE

- analizzare in modo sistematico e dinamico i dati epidemiologici dei migranti incrociando in un archivio delle fragilità i dati etnici, biologici, quelli sulle condizioni psicologiche e sullo *status* di inclusione sociale, in modo tale da giungere ad individuare un ideale percorso diagnostico-assistenziale del migrante;

ACCELERARE
PRATICHE
L'ISCRIZIONE
OBBLIGATORIA
SERVIZIO SANITARIO DEI
RICHIEDENTI ASILO

LE
PER

AL

- accelerare le pratiche per l'iscrizione obbligatoria al servizio sanitario dei richiedenti asilo (es. far sì che sia sufficiente, in mancanza di passaporto, la ricevuta rilasciata dalla Questura della richiesta di permesso di soggiorno, corredata da foto, per l'ottenimento del codice fiscale, eventualmente prevedendo un'iscrizione temporanea per poi prolungarne la durata al rilascio effettivo del permesso);

LINEE GUIDA NAZIONALI
DI TUTELA PSICO-FISICA
PER LA PRESA IN CARICO
DEI MIGRANTI

- elaborare delle linee guida nazionali per la presa in carico, la tutela e l'implementazione della salute psico-fisica delle popolazioni migranti e rendere necessaria la sottoscrizione di una Carta di adesione da parte di tutte le associazioni, enti e delle altre realtà che intenderanno operare nel settore per qualsivoglia tipo d'intervento;

FORMAZIONE
INTERCULTURALE DEGLI
OPERATORI SANITARI E
DEI COLLABORATORI

- rendere necessaria, prima di ogni impiego lavorativo, la formazione interculturale di tutti gli operatori attivi nel settore e che in modo diretto o indiretto si occuperanno di salute delle popolazioni migranti;

UNIVERSITÀ
SPECIALIZZATE

- individuare Università da abilitare come polo di riferimento formativo nazionale per tutti gli operatori che intenderanno lavorare nell'area della salute delle popolazioni, indipendentemente dalla disciplina di riferimento;

CORSI DI STUDIO
UNIVERSITARI DEDICATI
ALLA SALUTE IN CHIAVE
INTERCULTURALE

- introdurre come materie di studio e di esame universitario - in tutte le facoltà - corsi dedicati alla salute (intesa in modo bio-psico-socio-legale) e malattia in chiave interculturale; tali corsi potranno consentire un impiego lavorativo che contempra la presa in carico e l'accoglienza dei migranti;

RIDURRE LE
VULNERABILITÀ

- attivare percorsi specifici e modalità operative dedicate per ridurre la vulnerabilità (minori non accompagnati, gruppi monoparentali, donne sole, vittime di torture, etc.);

PIATTAFORMA
ISTITUZIONALE DEI
PROGETTI A FAVORE
DELLE POPOLAZIONI
MIGRANTI

- istituire una piattaforma centrale e istituzionale ove vengano inserite e siano facilmente reperibili tutte le attività, progetti, interventi, ricerche etc. svolti a favore delle popolazioni migranti, dell'accoglienza, dell'integrazione e dell'inclusione sociale, in modo da favorire la creazione di un lavoro di rete che - partendo dalla ricerca - giunga all'operatività quotidiana con i migranti, avendo sempre disponibili come punto di riferimento le migliori prassi in atto o attuate.

7.2 TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI

TUTELA DELLA SALUTE
MENTALE DELLE
POPOLAZIONI MIGRANTI

Un aspetto cruciale per il buon esito di ogni singola fase del processo migratorio è quello della tutela della salute mentale delle popolazioni migranti.

Ad oggi, molti degli interventi attuati in tale ambito guardano al fenomeno migratorio come fenomeno "straordinario" e concentrano quindi i propri sforzi sulla gestione delle "urgenze". Ne consegue che molte delle risorse vengono usate per la cura di evidenti quadri clinici acuti come il *Disturbo post traumatico da stress*.

Se è vero che quest'ultimo si riscontra con incidenza più elevata in molte situazioni migratorie caratterizzate appunto da presenza di rilevanti fattori traumatici e di *stress*, al contempo sarebbe riduttivo e, soprattutto, clinicamente errato ritenere che la tutela della salute mentale si possa risolvere

semplicemente attraverso la cura degli stati acuti, per quanto numerosi essi possano essere.

A fronte di un attento studio della più recente bibliografia nazionale e internazionale sul tema e della valutazione delle specifiche condizioni e situazioni di accoglienza sul territorio nazionale, senza disconoscere la “straordinarietà” di alcuni aspetti del fenomeno migratorio col quale l’Italia *in primis* è chiamata a confrontarsi, appare fondamentale iniziare a tutelare e implementare la salute mentale delle popolazioni migranti recuperando modalità operative caratteristiche di situazioni di “normalità”. Guardare ai fenomeni migratori in tale modo consente di passare dalla sola cura alla più auspicabile prevenzione.

OCCORRE INTERVENIRE
PER RIDURRE LE
CONDIZIONI DI
VULNERABILITÀ

Appare quindi necessario un cambio di paradigma: non guardare soltanto al disagio psichico dei migranti quando questo già si è presentato ma operare per prevenire lo sviluppo del disagio; non guardare quindi solo alla malattia ma intervenire per ridurre la vulnerabilità e il rischio che quest’ultima si trasformi poi in malattia. Perché, per quanto alto potrà essere il numero dei migranti con evidente disturbo post traumatico da stress, questo numero sarà sempre molto inferiore al numero di potenziali malati che si potranno avere nel giro di mesi o brevissimi anni se non si interviene preventivamente per ridurre fattori di rischio e vulnerabilità.

Sulla base di quanto detto si conclude che appare necessario e urgente:

- 1) mettere in rete in modo continuo e strutturato tutti i servizi, strutture, Università, organizzazioni ed enti che a vari livelli (assistenza, ricerca, servizi, etc.) si occupano in modo diretto e/o indiretto della salute mentale delle popolazioni migranti. Lo scambio di informazioni e conoscenze consentirà di operare in modo omogeneo risolvendo il problema del “gap” informativo nel quale ancora spesso si disperde la continuità di presa in carico e cura dei migranti. Il lavoro di rete renderebbe possibile migliorare l’efficacia, l’efficienza e la riproducibilità degli interventi - attraverso la valutazione di processo ed esiti - sia da parte dei soggetti che costituiscono

la rete sia da parte dei beneficiari dei servizi;

2) creare un portale istituzionale delle migrazioni, dove fare confluire anche tutte le informazioni relative all'area della salute delle popolazioni migranti (dai progetti attivi, alla ricerca, alla presa in carico e alle buone prassi cliniche) e nel quale ciascun operatore del settore potrebbe rinvenire con facilità informazioni, aggiornamenti e quant'altro necessario a migliorare l'offerta e continuità di presa in carico dei migranti;

3) istituire un Osservatorio nazionale permanente sulla tutela e implementazione della salute psico-fisica delle popolazioni migranti che sia punto di riferimento nazionale per tutte le reti regionali e "locali";

4) affidare all'Osservatorio nazionale permanente il compito di redigere linee guida per la tutela e implementazione della salute mentale delle popolazioni migranti che non scindano la salute mentale da quella fisica e che considerino la vulnerabilità e la prevenzione come elementi portanti del successo di una buona accoglienza e che omologhino su tutto il territorio nazionale la presa in carico sanitaria non discriminatoria, non stigmatizzante e realizzata a beneficio del singolo e della comunità tutta.

Nello specifico le linee guida dovrebbero indicare tutte le buone prassi, le modalità di presa in carico e gestione dei migranti per quanto riguarda la salute psico-fisica e malattia di tutte le varie e singole fasi del processo di migrazione dalla prima accoglienza all'integrazione e inclusione nel territorio;

5) formare gli studenti alla salute, vulnerabilità e malattia in prospettiva trans-culturale durante il corso di studi in medicina, psicologia, sociologia, scienze infermieristiche etc., introducendo il tema come specifica materia ed esame;

6) rendere obbligatoria la formazione per tutti gli operatori del settore (inclusi i mediatori culturali) sui temi della salute, vulnerabilità e malattia in prospettiva trans-culturale attraverso la collaborazione con le università e l'attivazione di corsi di perfezionamento e/o master *ad hoc*;

7) favorire interventi di formazione attiva sul campo

facilitando attuazioni di *best practices*, scambio di competenze e condivisione continua al fine di veicolare i processi formativi virtuosi attraverso il miglioramento e l'attuazione degli stessi interventi;

8) stanziare risorse economiche al fine di assumere il personale sanitario previsto in pianta organica nei Dipartimenti di salute mentale al fine di attivare la creazione di unità operative o ambulatori dedicati alla presa in carico di migranti che prevedano la presenza di psichiatri, psicologi, infermieri, mediatori culturali e assistenti sociali formati in modo specifico sui temi della salute mentale dei migranti e della psichiatria culturale;

9) attivare o fare in modo che, presso le ASL, le eventuali unità operative dedicate alla tutela della salute dei migranti contemplino nel loro organico la presenza fissa di uno psichiatra al fine di attuare gli interventi necessari in tema di prevenzione del disagio psichico e non solo fisico. Dette unità operative dovrebbero garantire interventi presso le strutture di accoglienza ed i servizi psico-socio-sanitari pubblici, anche attraverso una operatività "mobile" favorendo il controllo e l'omogeneità degli interventi tra i centri, la prevenzione e la riduzione degli elementi di vulnerabilità, l'individuazione, l'emersione e la presa in carico integrata da parte dei servizi pubblici territoriali di quelle condizioni di vulnerabilità post-traumatica e con grave disagio psico-sanitario.

In tal modo, la presa in carico psico-socio-sanitaria potrebbe essere integrata e basarsi sulla collaborazione tra il servizio sanitario pubblico, il privato sociale e medicina di assistenza primaria, garantendo risposte efficaci ai bisogni di salute dei migranti attraverso modelli integrati di assistenza territoriale, strumenti informatici di condivisione della presa in carico assistenziale (diffusione della cartella clinica informatizzata ad esempio) e strumenti di monitoraggio in grado di verificare l'andamento del percorso sanitario al fine di meglio adattarlo al singolo destinatario.

Questa modalità operativa consentirebbe non solo di rispondere in modo accurato alla domanda di salute in tutti

quei casi di chiara manifestazione di malattia (si veda ad esempio al disturbo post traumatico da *stress*), ma anche di ridurre gli invii incongrui alle strutture del Dipartimento di salute mentale e di risparmiare quindi importanti risorse individuando casi che realmente trarrebbero giovamento dalla formulazione di un progetto terapeutico che possa avvalersi delle risorse disponibili nel campo della salute mentale;

10) favorire e diffondere l'utilizzo di strumenti innovativi (supporti informatici, cartella clinica informatizzata, etc.) per intercettare precocemente (sin dal primo *screening* sanitario) le condizioni di vulnerabilità psico-fisica (vittime di tortura e violenza estrema, vittime della tratta e minori stranieri non accompagnati a rischio dispersione) e modelli di intervento integrati in grado di agire efficacemente nel recupero del benessere psico-fisico. In questo ambito favorire tutti quei progetti nati dal lavoro di rete che mirano ad arricchire l'offerta di accoglienza lavorando sulla riduzione dello *stress* e della vulnerabilità;

11) favorire il coordinamento e la cooperazione tra enti di ricerca e servizi affinché le attività di ricerca vengano svolte in modo da offrire strumenti utili e ricadute vantaggiose per le esigenze concrete degli operatori impegnati nella promozione e tutela della salute mentale delle popolazioni migranti.

7.3 I CONTROLLI SANITARI ALL'ARRIVO E NELLE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA

I paragrafi che seguono hanno natura prevalentemente tecnica e si dividono in due parti, i primi riguardano i controlli all'arrivo e poi seguono alcuni paragrafi sui controlli da effettuare dopo un periodo, anche minimo, di permanenza.

7.3.1. I CONTROLLI ALL'ARRIVO

7.3.1.1. SCREENING SINDROMICO ALL'INGRESSO (SINO A 15 GG)

LINEA GUIDA I
CONTROLLI ALLA
FRONTIERA - LA

È stato predisposto e presentato, dopo una fase di revisione pubblica, il documento: “*Linee guida i controlli alla frontiera*”

DEI - *la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza*", sviluppato dall'Istituto nazionale salute migrazioni e povertà (INMP) in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (ISS) e con la Società italiana di medicina delle migrazioni S.I.M.M., nell'ambito del Programma Nazionale Linee Guida sulla salute dei migranti del Ministero della Salute¹⁷.

Inoltre gli *European Center for Disease Control (ECDC)* hanno promosso delle linee guida sulla prevenzione delle malattie infettive tra i migranti appena giunti in Europa che dovrebbero giungere alla pubblicazione entro il 2017¹⁸. Tale documento intende offrire raccomandazioni basate sulle migliori evidenze scientifiche sulla pratica dei controlli, per la quale esiste a tutt'oggi elevata incertezza e discrezionalità.

In particolare, nel contesto della visita medica all'ingresso in Italia, particolare attenzione deve essere posta all'anamnesi clinica, familiare e sociale, nonché alla ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose – in particolare tubercolosi, malaria, IST, parassitosi, anemia, diabete – ai fini di un tempestivo accesso alle cure. La visita medica deve includere la valutazione dello stato nutrizionale, dell'apparato cardiorespiratorio, dell'acuità visiva e uditiva, un'accurata ispezione della cute per l'identificazione di ectoparassitosi (di frequente riscontro nei migranti di recente arrivo) e la ricerca di segni di traumi e/o esiti di torture.

In considerazione della particolarità del *setting*, si raccomanda che il personale sociosanitario sia in possesso delle necessarie conoscenze circa il quadro epidemiologico

¹⁷ <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/Linea-Guida-Controlli-sanitari-all-arrivo-e-percorsi-di-tutela-sanitaria-per-i-migranti-ospiti-presso-i-centri-di-accoglienza-Presentazione-e-download>

¹⁸ (http://ecdc.europa.eu/en/press/events/_layouts/forms/Event_DispatchForm.aspx?ID=400&List=a8926334-8425-4aae-be6a-70f89f9d563c&Source=http%3A%2F%2Fecdc%2Eeuropa%2Eeu%2Fen%2Fhealthtopics%2Fmigrant%2Dhealth%2FPages%2Fmigrant%2Dhealth%2Easpx)

nei Paesi di provenienza e in quelli di transito, sia formato all'approccio transculturale e riceva adeguato supporto psicologico, nell'ottica di gestire situazioni emotivamente stressanti e prevenire il *burn-out*.

È raccomandato l'impiego di mediatori culturali in possesso di specifiche competenze sanitarie, al fine di supportare la relazione medico-paziente.

È inoltre raccomandato l'uso di strumenti informativi per la registrazione e la pronta disponibilità di dati sanitari, fatte salve le esigenze di tutela della *privacy* del paziente, lungo tutto il percorso di accoglienza.

PRINCIPALI SINDROMI
DA CONTROLLARE
NELLA PRIMA VISITA

Nell'attesa comunque che venga delineato con precisione tale percorso cui comunque si farà riferimento in futuro, si esplicitano le patologie infettive di cui tenere conto all'ingresso del migrante in Italia secondo un approccio sindromico e secondo l'area di origine e di transito del migrante.

7.3.1.2. SINDROME INFETTIVA RESPIRATORIA.

SINDROME INFETTIVA
RESPIRATORIA

Si consiglia di applicare lo *screening* clinico epidemiologico per la sindrome respiratoria acuta secondo le indicazioni OMS, essenzialmente ai fini di identificare eventuali casi di tubercolosi polmonare bacillifera.

La ricerca attiva della malattia tubercolare deve essere avviata precocemente, già al momento della valutazione sanitaria iniziale allo sbarco (o in altro punto di ingresso), e proseguita lungo tutto il percorso di accoglienza. È necessario fornire ai migranti informazioni adeguate sui sintomi d'esordio della tubercolosi e sulle modalità di contagio.

Se positivo allo *screening* clinico epidemiologico, il migrante deve essere avviato ad una delle divisioni di malattie infettive secondo procedure di sicurezza adeguate al sospetto clinico (ad esempio in isolamento respiratorio in caso di sospetta TB). Presso tale struttura il migrante sarà sottoposto alle

indagini diagnostiche necessarie a sciogliere il sospetto clinico di patologia tubercolare attiva o latente o di altra natura, in regime di degenza ordinaria, ambulatoriale o DH a seconda della opportunità e competenza¹⁹

7.3.1.3. SINDROME FEBBRILE SENZA ALTRO COINVOLGIMENTO D'ORGANO

SINDROME FEBBRILE
SENZA ALTRO
COINVOLGIMENTO
D'ORGANO

In caso di sindrome febbrile senza coinvolgimento d'organo, il migrante deve essere avviato ad una delle divisioni di malattie infettive distribuite in maniera capillare su tutto il territorio nazionale per eseguire una consulenza infettivologica.

Tale consulenza sarà finalizzata alla diagnosi di malaria (eseguire la ricerca di plasmodio malarico su microscopia ottica, test rapido, ecc.), febbri enteriche (salmonella), rickettsia, borrelia, febbre gialla (in relazione all'area geografica di provenienza o di transito) o arbovirosi (in relazione alla area geografica di provenienza o di transito), ecc.

7.3.1.4. SINDROME DIARROICA

SINDROME
DIARROICA

In caso di patologia acuta gastro enteritica, si consiglia di eseguire valutazione infettivologica in una delle divisioni di malattie infettive per la ricerca nelle feci diarroiche di microrganismi batterici (copro coltura per E. Coli, Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, ecc.), di parassiti (esame parassitologico feci su 3 campioni a caldo), e, in caso di epidemia, di virus enterici che rimangono comunque di difficile diagnosi eziologica.

7.3.2. I CONTROLLI DA EFFETTUARE DURANTE LA PERMANENZA PROLUNGATA (OLTRE I 15 GG)

POSSIBILI SCREENING
PROGRAMMATI

A seconda dell'approccio sindromico o della area geografica di origine o di transito del migrante sarà opportuno

¹⁹ Vedi il documento citato "Linea guida i controlli alla frontiera - la frontiera dei controlli".

programmare una serie di *screening* per specifiche patologie sempre nelle strutture divisionali di malattie infettive.

7.3.2.1. SINDROME RESPIRATORIA

SINDROME
RESPIRATORIA

In caso di patologia respiratoria subacuta o cronica è necessario escludere prioritariamente la patologia tubercolare. Il paziente va riferito per consulenza ad una delle divisioni di malattie infettive ove potrà eseguire gli esami volti a definire la eziologia tubercolare o meno.

7.3.2.2. SINDROME IPEREOSINOFILA PERIFERICA

SINDROME
IPEREOSINOFILA
PERIFERICA

In tutti i pazienti provenienti da area tropicale eseguire esame parassitologico feci su 3 campioni a caldo e parassitologico su 3 campioni di urine per schistosomiasi. Se negativo questo screening iniziale il paziente andrà riferito a un centro di maggiore capacità diagnostica dove eseguire esami di secondo livello (scopia diretta o sierologia x filaria, *Strongyloides*, *Schistosoma*, *Toxocara*, echinococco, ecc.).

7.3.2.3. SINDROME DIARROICA CRONICA O A ALVO ALTERNO

SINDROME
DIARROICA CRONICA
O A ALVO ALTERNO.

In paziente migrante con sintomatologia riconducibile ad alvo alterno, si consiglia di effettuare come *screening* l'esame parassitologico delle feci su 3 campioni a caldo e la ricerca del sangue occulto nelle feci. In caso di necessità, il paziente andrà riferito a un centro di maggiore capacità diagnostica dove eseguire esami di secondo livello.

7.3.2.4. SINDROMI SESSUALMENTE TRASMESSE (STD)

SINDROMI
SESSUALMENTE
TRASMESSE (STD).

A tutti i migranti, nell'ambito della presa in carico sanitaria, deve essere offerto un adeguato *counselling* che garantisca informazioni chiare ed esaustive sull'infezione da HIV, sull'AIDS e sulla possibilità di accedere a cure efficaci.

Tali informazioni devono essere fornite secondo una prospettiva culturalmente sensibile, possibilmente nella lingua madre, e avvalendosi di mediatore linguistico-culturale, con particolare attenzione ai migranti con storia di incarcerazione in paesi in transito, di violenza sessuale o con sospetto clinico di malattia sessualmente trasmessa.

7.3.2.5. SINDROME EPATITICA

SINDROME EPATITICA

Si raccomanda di offrire il test di *screening* per l'infezione da HBV(epatite B) ai migranti provenienti da Paesi a prevalenza di HBsAg²⁰ >2% e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, *partner* sessuali multipli, abuso sessuale, familiari stretti con infezione da HBV, terapia con immunosoppressori) e alle donne in gravidanza.

Il test di *screening* per l'infezione da HCV (epatite C) andrà offerto ai migranti provenienti da Paesi a prevalenza di HCV >3%* e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, parametri epatici alterati, pratiche che prevedono penetrazione della cute a scopo non terapeutico).

7.3.2.6. ASINTOMATICI O PAUCISINTOMATICI

ASINTOMATICI O
PAUCISINTOMATICI

Si raccomanda di offrire l'esame emocromocitometrico e la valutazione dei parametri vitali (polso e pressione arteriosa) a tutti i migranti, come parte integrante della valutazione dello stato di salute.

Nelle donne migranti deve essere valutato l'eventuale stato di gravidanza e offerto l'inserimento in programmi di

²⁰ La sigla **HBsAg** sta per *Hepatitis B surface antigen*. Si tratta dell'antigene di superficie dell'epatite B, anche conosciuto come **antigene Australia**.

screening del K cervice uterina (neoplasie dell'utero).

In soggetti asintomatici di età ≥ 35 anni, provenienti da Paesi ad alta prevalenza di diabete (Sub-continente indiano, Medio Oriente, Nord Africa, Africa sub-sahariana) e con specifici fattori di rischio (ipertensione, iperlipidemia, familiarità per malattia diabetica), può essere offerto lo *screening* glicemico.

In caso di migrante asintomatico proveniente da paese centro o sudamericano (specie Bolivia, con il 20% di sieroprevalenza) si può consigliare la sierologia per malattia di *Chagas* (o tripanosomiasi).

In caso di pazienti paucisintomatici con microematuria provenienti da aree tropicali, si può consigliare la sierologia per schistosomiasi e la ricerca delle uova di schistosoma su urine e feci.

8. CONCLUSIONI

NECESSITÀ DI UNA
CAMPAGNA
COMUNICATIVA

La presente relazione ha un prevalente e istituzionale scopo di approfondimento del tema delle condizioni di salute dei migranti e dei riflessi per la popolazione residente.

A questa finalità se ne affianca un'altra – per certi versi non meno importante – di carattere divulgativo.

Infatti, come emerge in più punti della relazione, appare indispensabile uno sforzo comunicativo che con una campagna di adeguate dimensioni contribuisca a dissipare paure e false percezioni sulle conseguenze del fenomeno migratorio in atto (in questo senso, del resto, si era pronunciato anche il documento conclusivo del Convegno tenutosi a Roma il 23-24 novembre 2015 sulla salute dei migranti e dei rifugiati, a cura dell'Organizzazione mondiale della sanità²¹).

Che l'arrivo in larga scala di rifugiati e migranti possa avere delle conseguenze (anche) sul piano sanitario è un tema da approfondire.

Ma, come si evince dal contenuto della presente relazione, i risultati possono essere diversi da quelli attesi da chi non ha avuto modo di approfondire il tema.

LE CONDIZIONI DI
SALUTE DEL
MIGRANTE,
ALL'ARRIVO E
DURANTE LA
PERMANENZA NEL
PAESE OSPITANTE

Come più volte rilevato nel corso della Relazione, gli immigrati, al momento del loro arrivo, presentano buone condizioni generali di salute, di norma migliori di quelle della popolazione dei Paesi di arrivo (cosiddetto “effetto migrante sano”), in quanto si tratta di una popolazione giovane, destinata a produrre una qualche forma di reddito e che si

²¹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf

sottopone a un viaggio non solo rischioso, ma anche estremamente faticoso. Appare pertanto ingiustificato il timore di una imminente diffusione incontrollata di malattie infettive (cosiddetta “Sindrome di Salgari”). Questa paura non è supportata da alcuna evidenza scientifica derivabile da studi epidemiologici formali o da sorveglianze sanitarie, né a livello nazionale né a livello mondiale. L’invocata campagna comunicativa dovrebbe pertanto essere indirizzata a fare chiarezza su questo punto, sottolineando che un controllo proporzionato sui rischi di diffusione di malattie infettive viene già effettuato dagli organismi preposti, soprattutto al momento dell’arrivo dei migranti in Italia, e che fino ad oggi non risultano evidenze che possano generare allarmi.

PEGGIORAMENTO
DELLA SALUTE DEI
MIGRANTI NEI PAESI
DI DESTINAZIONE

Al contrario, gli studi e le esperienze di sorveglianza condotte hanno evidenziato che è la popolazione migrante, esposta alle insidie della marginalità, a essere destinata a un sensibile peggioramento delle condizioni di salute (cosiddetto “effetto migrante esausto”).

Gli studi condotti mettono anche in risalto il fatto che il migrante in condizioni di difficoltà, in particolare di salute, tende a tornare nel Paese di origine, alleggerendo in questo modo il carico per i servizi sanitari (cosiddetto effetto *salmon bias*).

RAZIONALIZZAZIONE
DELLA RACCOLTA DEI
DATI

Ovviamente, una campagna di informazioni necessita di dati su cui fondare le proprie affermazioni. Non si può non sottolineare che allo stato manca un punto di raccolta complessiva di dati, in quanto da un lato il Ministero della salute si muove nelle consuete difficoltà di raccogliere dati diffusi a livello regionale e l’ISTAT inevitabilmente elabora dati non recentissimi, che per un fenomeno in continuo mutamento e in costante ascesa come quello migratorio costituisce un elemento non irrilevante. Del resto, come visto, anche l’Organizzazione mondiale della sanità indica come uno degli assi strategici di intervento il miglioramento della raccolta e dell’accesso alle informazioni sul tema della salute dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti. Un passo in

avanti in questo senso sarebbe agevolato da una forma di cooperazione con i paesi di origine, non sempre però possibile per motivi organizzativi e politici. In ogni caso, nelle attività di raccolta di dati di tipo sanitario dei Paesi di destinazione occorrerebbe inserire variabili e descrittori riferibili ai migranti, oltre ad immaginare indagini mirate, di cui i primi esempi, come visto, sono già stati predisposti (e riportati nella presente Relazione).

Una strategia comunicativa completa dovrebbe poi comprendere anche un'azione volta a fornire informazioni ai migranti sul sistema sanitario del Paese ospitante, con un linguaggio appropriato e tenendo conto dei fattori socioculturali e religiosi.

Per chiudere l'argomento, va sottolineato che lo stesso Piano di integrazione dei titolari di protezione internazionale indica due obiettivi su cui concentrare gli sforzi nella politica sull'immigrazione, ossia da un lato quello di "migliorare l'informazione sui diritti e sull'uso appropriato dei servizi sanitari" e dall'altro quello di "procedere ad una sistematica rilevazione dei bisogni della fascia di popolazione più vulnerabile che includa i titolari di protezione internazionale, con particolare riferimento a salute mentale e disabilità, minori, donne, mutilazioni genitali femminili (MGF), violenza di genere (GBV), e gruppi di persone LGBTI (*Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual and Intersexed*)".

LA MEDIAZIONE
CULTURALE

La necessità di creare un ponte tra migranti e mondo sanitario riguarda sia la fase di accesso ai servizi che il successivo intervento terapeutico: vi è infatti la necessità di aiutare il migrante nell'accesso alle cure, aiutandolo ad individuare dove e a chi chiedere assistenza adeguata e specializzata e ad interpretare correttamente il suo malessere.

In questo senso, l'incontro tra linguaggi ma soprattutto culture diverse necessita di apposite figure professionali, quelle dei mediatori culturali. Occorre infatti sottolineare che i migranti, dopo un viaggio faticoso in cui hanno nella maggior parte dei casi rischiato la vita e sopportato condizioni estreme, si presentano nel luogo di sbarco in condizioni di inferiorità, non parlando la lingua, versando in uno stato di paura e precarietà, con scarse informazioni (anche) sul sistema sanitario del Paese di accoglienza.

Allo stato manca, come visto, una normativa nazionale di riferimento. Tale mancanza di strutturazione rende problematico e sminuisce il ruolo fondamentale di questa professione, che richiede notevoli competenze personali e tecniche.

È dunque di centrale importanza il superamento di questa condizione giuridica con una codificazione normativa del profilo professionale della figura del mediatore linguistico-culturale.

Per quanto concerne la formazione dei mediatori è necessaria una preparazione multidisciplinare, per acquisire tutte le opportune conoscenze necessarie per garantire la piena tutela del diritto alla salute della popolazione straniera. Tale esigenza formativa scaturisce dal fatto che nel ruolo del mediatore sono fondamentali, oltre alle conoscenze linguistiche, molte altre competenze (ad esempio di natura giuridica, informatica, sanitaria, medica e psicologico-psichiatrica) e soprattutto una comprensione profonda della cultura di origine del migrante. Una preparazione professionale ampia ed adeguata è necessaria per evitare che i mediatori diventino soltanto dei meri traduttori, perdendo così la loro funzione di "ponte" fra schemi conoscitivi differenti. La formazione di base deve coprire le seguenti aree: sanitaria e socio-sanitaria, salute mentale in prospettiva culturale e delle migrazioni, etica e deontologica, giuridica e antropologica.

Un importante passo in avanti nella formazione della figura del mediatore culturale, potrebbe essere l'introduzione di una metodologia condivisa a livello europeo, tramite l'attivazione di specifici progetti, al fine di elaborare un approccio internazionale nella presa in carico dei migranti.

Si ricorda che lo stesso Piano di integrazione dei titolari di protezione internazionale indica fra le priorità da perseguire quella di “potenziare la formazione del personale sanitario anche sulla normativa vigente in tema di protezione internazionale, nonché sugli aspetti culturali che possono influire sulla valutazione clinica, aumentando anche l'utilizzo di mediatori e personale interculturale”.

COPERTURA
SANITARIA
INTEGRALE
E
GRATUITA PER TUTTI
GLI STRANIERI

Nel corso della Relazione è tornato più volte il tema della copertura sanitaria integrale e gratuita per tutti gli stranieri, indipendentemente dal titolo che ne giustifica (o meno) la presenza sul suolo italiano, attraverso l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 32 della Costituzione prevede che la Repubblica tuteli la salute “come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”. Si tratta di un tema di politica sociale per certi versi ineludibile, da affrontare però – come dimostra anche l'esperienza straniera (spagnola in particolare) - in un quadro complessivo che tenga conto della sostenibilità organizzativa e finanziaria.

Tuttavia, una ricognizione di rango parlamentare sulle tematiche sanitarie collegate al fenomeno dell'immigrazione è una premessa indispensabile di questo tipo di decisione.

Giova ricordare che il Piano di integrazione dei titolari di protezione internazionale indica l'obiettivo di “promuovere la revisione della normativa nazionale sull'esenzione del *ticket* sanitario in modo che tenga in considerazione anche le esigenze dei titolari di protezione internazionale”, nonché di consentire “l'iscrizione al servizio sanitario nazionale” e “l'esenzione dal pagamento del *ticket* per tutti i minori non

accompagnati, ancorché non sia stato ancora nominato un tutore”.

La stessa Organizzazione mondiale della sanità parla della necessità di “offrire un accesso equo ai servizi sanitari, superando discriminazioni e la stessa capacità di pagare per i servizi in questione”.

IL DISAGIO MENTALE

Anche il tema del disagio mentale e dell’assistenza psicologica richiama prepotentemente alcune delle questioni di metodo appena ricordate, quale quella della necessità di un mediatore culturale e quella di non concentrarsi solo sulla prima fase, ossia quella immediatamente successiva all’arrivo del migrante. Anche per questo aspetto appare necessario guardare ai fenomeni migratori in modo da passare dalla sola cura alla prevenzione, tutelando la salute mentale delle popolazioni migranti non solo e non tanto nella fase emergenziale quanto in quella di “normalità”, che troppo spesso significa disagio e solitudine.

LE DIFFICOLTÀ
DERIVANTI DAL
MANCATO
INSERIMENTO
SOCIALE

Per ridurre la vulnerabilità e il rischio che quest’ultima si trasformi poi in malattia (fisica e psichica), l’Organizzazione mondiale indica anche la necessità di intervenire sui “fattori determinanti della salute”, individuando come aree più critiche “la politica abitativa, l’accesso all’istruzione, la garanzia di un lavoro e di un reddito, affrontando anche le difficoltà (o discriminazioni) basate su genere, nazionalità, religione, possibilità finanziarie e orientamenti politici”.

POLITICA
PREVENZIONE

DI Restando sul piano più strettamente sanitario, appare fondamentale andare nella direzione del “potenziamento delle attività di prevenzione con particolare riferimento a vaccinazioni, screening e tutela della salute materno-infantile”, come recita il più volte citato Piano di integrazione.

LE CATEGORIE
VULNERABILI

Tra le priorità da affrontare rientra anche quella di una selezione delle categorie più bisognose di assistenza. Se è vero che i migranti costituiscono di per sé una categoria debole, è altresì vero che esistono categorie più in difficoltà, i

deboli fra i deboli. Si tratta di quelle che il legislatore definisce “categorie vulnerabili”. Sotto il profilo sanitario, l’attenzione per chi è più in difficoltà si traduce in una particolare attenzione a temi quali la salute sessuale e riproduttiva, la pianificazione familiare, le violenze di genere e gli stupri (cui si collegano fenomeni socio-culturali importanti, quali il matrimonio forzato e la gravidanza adolescenziale), la salute mentale i soggetti affetti da traumi o ferite, tra cui particolare importanza spetta alle vittime di tortura.

DALLA CURA DEL
PAZIENTE ALLA CURA
DELLA PERSONA

La sfida sanitaria posta alla nostra società dal fenomeno migratorio richiede pertanto interventi a tutti i livelli, creando una rete tra i vari organismi pubblici, le associazioni e i professionisti interessati, oltre che una maggiore consapevolezza della società nel suo complesso.

È tuttavia indispensabile, a livello politico, tenere contemporaneamente d’occhio anche strategie di medio periodo, che consentano di affrontare il fenomeno anche con riferimento alle seconde o terze generazioni di stranieri presenti sul territorio nazionale, nonché le concause sociali che possono portare ad aggravamenti della salute dei migranti e della popolazione residente.

Una adeguata e mirata prevenzione costituisce una sorta di investimento sanitario sul futuro, difficile da realizzare mentre si cerca di affrontare i problemi attuali. Se però si accetta l’idea che il fenomeno migratorio non è destinato a sparire nei prossimi anni, ma ci accompagnerà in maniera stabile, occorre mettere mano a politiche che possano alleggerire il sistema sanitario e la società nel suo complesso da aggravamenti prevedibili che possono essere evitati.