

La salute degli immigrati: luci ed ombre

di Salvatore Geraci, Responsabile Area sanitaria Caritas di Roma¹

Il 30 ottobre è stato presentato in contemporanea in 21 città italiane il XVII Dossier statistico sul-

l'immigrazione 2007 curato da Caritas/Migrantes. Come ogni due anni, un spazio è stato dedicato ai

temi sanitari. Riportiamo il capitolo del rapporto rivisto ed ampliato dallo stesso autore.

Un "new deal" anche per la salute degli immigrati

Politiche di sistema ed interventi di settore

Alla fine del 2006 alcuni segnali importanti hanno caratterizzato la riflessione sulla salute degli immigrati in Italia ed indicato possibili sviluppi circa le politiche sanitarie per questa popolazione. Ad ottobre il Ministro della salute Livia Turco, intervenendo a Catania al Convegno della Società Italiana di Igiene, incentra il suo discorso sull'immigrazione ed enfatizza la necessità di una integrazione a doppio senso: "... Non è efficace l'integrazione a senso unico: non è solo la persona immigrata che si deve <integrare> col sistema salute; è anche il sistema salute che si deve integrare con i nuovi italiani!..." anche perchè "...il nostro Sistema Sanitario è perfettamente in grado di curare i nuovi italiani senza costruire ghetti di isolamento Gli ultimi venti anni hanno visto, con governi diversi, una crescita dell'offerta e dell'accesso ai servizi della popolazione immigrata: oggi un immigrato, sia pure illegale, può ricevere un set di servizi essenziali dal servizio pubblico che, integrato all'ampia rete dei servizi sanitari erogati dal volontariato, rispondono ad alcune delle esigenze primarie di salute di questa popolazione. Allora che manca? 1) Manca un approccio culturale

all'immigrato che lo consideri una risorsa, non un guaio per il Paese. 2) Manca umanizzazione nel rapporto servizi-immigrati. 3) È insufficiente la mediazione culturale tra servizi sanitari pubblici e popolazioni immigrate. 4) È insufficiente la comunicazione: in moltissimi casi l'immigrato nemmeno conosce i suoi diritti alla salute. 5) Sul territorio italiano mancano meccanismi di omogenea contribuzione alla spesa sociale: gli immigrati regolarizzati pagano i contributi sanitari, ma non è raro che non ne usufruiscano.... 6) Manca la prevenzione: buona parte della consistente attività di prevenzione che il nostro Sistema Salute offre, non raggiunge le donne e gli uomini immigrati, vuoi per ostacoli di mediazione etnica con lingue e culture, vuoi per sfiducia dei nostri operatori verso il successo di azioni preventive verso gli immigrati ..."

Un'analisi attenta ed anche un programma chiaro che comincia a concretizzarsi quando, su "... sollecitazioni degli operatori del settore pubblico, del volontariato e del privato sociale, impegnati nel settore ed in particolare della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che in gran parte li rappresenta, per una adeguata azione di monitoraggio degli interventi, la tutela omogenea dei diritti sanitari ed una armonizzazione delle procedure su tutto il territorio nazionale...", a novembre 2006

viene istituita presso il dicastero della Turco la Commissione Salute e Immigrazione.

Obiettivi dichiarati sono:

- la promozione di interventi di prevenzione rivolti alla popolazione straniera;
- la promozione dell'accessibilità e della fruibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati presenti sul territorio nazionale in una prospettiva di garanzia dei percorsi assistenziali, con particolare attenzione alla componente femminile, ai bambini stranieri ed ai lavoratori;
- la valorizzazione delle competenze professionali degli stranieri in campo sanitario;
- il contrasto del pregiudizio sanitario nei confronti degli stranieri e il sostegno alla cooperazione internazionale;

La Commissione ha compiti di promozione della salute degli immigrati stranieri attraverso il miglior utilizzo dei servizi sanitari a finanziamento pubblico che si esplicano attraverso:

- monitoraggio, analisi e valutazione della qualità e dell'equità dei processi organizzativi attuati in materia di tutela della salute degli immigrati, regolari, irregolari e appartenenti alle fasce della fragilità sociale, dai diversi livelli istituzionali, dallo Stato agli Enti locali e alle Aziende del Servizio

¹ Per la parte relativa all'esperienza del Poliambulatorio Caritas con i cinesi ha collaborato Bianca Maisano. Tutti i documenti citati possono essere scaricati dal sito www.simmweb.it.

ITALIA - LA PRESENZA STRANIERA: TABELLA RIEPILOGATIVA (31/12/2006)

Regioni	Regolarmente soggiornanti				Genere			Flussi			Irregolarità			Residenti			Stranieri nati in Italia		
	Soggiornanti regolari	% Vert.	% nati stranieri su tot. occupati	Concessioni di cittadinanza (2005)	% donne su tot. occupati nati all'estero	% donne su tot. imprenditori	Domande per quote 2006	% Vert.	% flussi estero su tot. sogg.	Irregolari intercettati	Totale non ottemp.	Rimpatri % vert.	Stranieri residenti	di cui minori	% minori	Nuovi nati stranieri	% nati stranieri su tot. nati in Italia	Seconda generazione	
Val d'Aosta	6.325	0,2	10,4	54	40,3	14,5	925	0,2	14,6	694	361	0,7	5.534	1.209	21,8	122	9,8	711	
Piemonte	292.886	7,9	10,9	1.681	37,9	15,7	47.518	8,0	16,2	10.356	6.454	8,6	252.302	59.189	23,5	5.344	14,1	34.321	
Lombardia	850.873	23,1	13,2	3.109	33,5	14,9	118.907	20,0	14,0	22.720	13.190	21,0	728.647	175.205	24,0	16.118	18,9	105.835	
Liguria	94.446	2,6	11,9	533	36,8	13,5	13.982	2,3	14,8	6.493	3.448	6,7	80.735	16.772	20,6	1.272	10,5	9.230	
Nord Ovest	1.244.530	33,7	12,5	5.377	34,8	15,1	181.333	30,4	14,6	40.263	23.453	37,0	1.067.218	252.375	23,6	22.856	15,6	150.097	
Trentino	68.825	1,9	21,5	463	36,4	12,4	5.836	1,0	8,5	1.656	941	1,6	61.674	14.458	23,4	1.209	11,4	8.210	
Veneto	398.099	10,8	15,4	1.934	36,4	13,7	72.155	12,1	18,1	6.137	4.244	4,2	350.215	86.757	24,8	8.139	17,3	49.471	
Friuli V.G.	98.881	2,7	16,9	673	39,9	14,4	15.257	2,6	15,4	10.736	2.215	18,7	72.462	15.348	21,2	1.249	12,1	8.118	
Emilia Rom.	388.203	10,5	15,3	2.200	40,4	13,1	69.357	11,6	17,9	9.065	6.766	5,1	317.888	76.112	23,9	6.851	17,4	45.674	
Nord Est	954.008	25,9	16,2	5.270	38,2	13,4	162.605	27,3	17,0	27.594	14.166	29,5	802.239	192.675	24,0	17.448	16,2	111.473	
Nord	2.198.538	59,6	14,0	10.647	36,4	28,5	343.938	57,7	15,6	67.857	37.619	66,5	1.869.457	445.050	23,8	40.304	15,9	261.570	
Toscana	289.775	7,9	13,2	1.340	40,2	18,8	42.459	7,1	14,7	3.892	3.013	1,9	234.398	50.847	21,7	4.282	13,6	30.082	
Marche	115.715	3,1	14,1	852	39,1	18,5	19.100	3,2	16,5	3.822	2.034	3,9	99.285	24.047	24,2	1.974	14,3	13.148	
Umbria	77.924	2,1	14,4	365	35,9	26,3	13.690	2,3	17,6	1.239	1.033	0,5	63.861	14.664	23,0	1.196	15,3	8.081	
Lazio	500.007	13,6	10,1	1.374	41,6	19,9	74.428	12,5	14,9	16.460	10.469	13,2	330.146	64.765	19,6	5.127	9,9	46.162	
Centro	983.422	26,7	11,9	3.931	40,3	19,3	149.678	25,1	15,2	25.413	16.549	19,5	727.690	154.323	21,2	12.579	11,6	97.473	
Abruzzo	59.209	1,6	12,6	400	39,4	22,6	12.653	2,1	21,4	2.379	2.033	0,8	48.018	10.264	21,4	805	7,3	5.372	
Campania	168.285	4,6	6,2	413	43,1	27,1	31.754	5,3	18,9	4.750	4.390	0,8	98.052	15.278	15,6	1.138	1,8	9.601	
Molise	6.632	0,2	8,9	37	58,4	25,2	1.761	0,3	26,6	385	340	0,1	4.834	904	18,7	56	2,3	362	
Basilicata	10.735	0,3	6,0	56	36,6	18,4	3.140	0,5	29,2	416	409	0,0	6.726	1.230	18,3	79	1,8	563	
Puglia	73.610	2,0	5,6	311	49,6	25,6	14.821	2,5	20,1	5.735	3.013	6,0	51.242	11.228	21,9	770	2,0	6.177	
Calabria	57.822	1,6	6,3	183	55,4	16,1	14.991	2,5	25,9	8.657	7.348	2,9	35.216	6.393	18,2	441	2,4	3.148	
Sud	376.293	10,2	6,9	1.400	41,5	21,0	79.121	13,3	21,0	22.322	17.533	10,5	244.088	45.297	18,6	3289	2,4	25.223	
Sicilia	107.196	2,9	5,6	485	34,7	19,0	18.342	3,1	17,1	7.544	6.184	3,0	78.242	17.545	22,4	1.258	2,5	11.945	
Sardegna	24.603	0,7	3,8	169	45,8	12,2	4.816	0,8	19,6	1.247	1.049	0,4	19.445	3.411	17,5	235	1,8	1.994	
Isole	131.799	3,6	5,1	654	37,1	16,9	23.158	3,9	17,6	8.791	7.233	3,4	97.687	20.956	21,5	1.493	2,3	13.939	
Italia	3.690.052	100,0	12,5	19.266*	42,0	16,2	595.895	100,0	16,1	124.383	78.934	100,0	2.938.922	665.626	22,6	57.765	10,3	398.205	

* inclusi: 2.634 residenti all'estero.

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su fonti varie.

- Sanitario nazionale (Ssn);
- proposta di soluzioni dei problemi eventualmente individuati con interventi di tipo organizzativo, operativo, amministrativo, legislativo;
- promozione di interventi finalizzati all'integrazione socio-sanitaria;
- segnalazione di temi di ricerca e approfondimento specifico da parte di istituti specializzati;
- promozione di campagne di informazione e supervisione della loro realizzazione;
- promozione di progetti di formazione di operatori sanitari ai temi della medicina interculturale e di educazione sanitaria per le diverse comunità di immigrati;
- individuazione, in Italia e all'estero, e diffusione sul territorio nazionale, di esperienze di eccellenza attraverso seminari, convegni, pubblicazioni.

I lavori della Commissione dovranno approfondire prioritariamente: la salute nell'area materno-infantile, la salute sui luoghi di lavoro, la salute mentale e i disagi psichici, le malattie legate alle esperienze di prostituzione, tratta e senza fissa dimora, le mutilazioni genitali femminili, la formazione e l'inserimento lavorativo dei medici stranieri.

I lavori della Commissione potranno essere finalizzati alla progettazione di un piano integrato di intervento sul tema della salute degli immigrati, con azioni ed obiettivi complessi, che possa trovare attuazione attraverso azioni promosse dal Ministero della salute in collaborazione con le Regioni e gli enti locali o nell'ambito di progetti comunitari (dal decreto di istituzione della Commissione, 27 novembre 2007).

Ed ancora, l'aver previsto nella legge finanziaria del 2007 (L. 296/06) all'articolo 1, comma 827, il finanziamento di 25 milioni di euro in tre anni per la "realizzazione di un Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malat-

tie della povertà, con compiti di prevenzione, cura, formazione e ricerca sanitaria", istituito con Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2007, pur sollevando perplessità tra gli addetti ai lavori, ci auguriamo possa dare un ulteriore impulso alla ricerca in questo settore e speriamo anche alla definizione di strategie assistenziali efficaci, sostenibili e diffuse.

Nel disegno di legge delega sull'immigrazione (Ddl. Amato - Ferretto) presentato nell'aprile 2007, ci sono pochi accenni alla sanità ma è espresso un significativo intento di "razionalizzazione delle competenze in materia di assistenza sanitaria dei cittadini stranieri, in un'ottica di piena inclusione nel Sistema Sanitario Nazionale".

A maggio è stato presentato al Ministro Turco il rapporto sulle Linee guida per il contrasto delle mutilazioni genitali femminili ed il Ministero della salute ha investito risorse per la definizione di un piano strategico di settore specifico per gli immigrati.

Nel programma presentato il 27 giugno 2006 dal Ministro Turco nella sua audizione in Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, parla di un New Deal della salute e tra le 10 azioni prioritarie non si fa riferimento all'immigrazione (nel documento unico accenno è sulle donne straniere), ma alla luce di quanto detto, ci sembra che la promozione della salute degli immigrati si iscriva di fatto nel New Deal ed entri a pieno titolo nella programmazione socio-sanitaria attuale.

Il caso dei neocomunitari

A fronte di così tanto e qualificato impegno, l'azione politica ci è sembrata particolarmente debole nell'affrontare però il tema della tutela sanitaria dei neocomunitari. Il primo gennaio 2007 la Bulgaria e la Romania sono entrate nell'Unione Europea: evento importante e largamente previsto come da tempo era previsto l'impatto che tale provvedimento avrebbe provocato in

ambito di assistenza sanitaria se non adeguatamente preparato e gestito. Infatti improvvisamente migliaia di cittadini rumeni presenti irregolarmente in Italia, dal 1 gennaio hanno perso il diritto ad essere assistiti come Stp (Stranieri Temporaaneamente Presenti: definizione che comprende gli immigrati senza permesso di soggiorno) non acquisendo spesso altro titolo per l'assistenza. Come tutti i comunitari, essi possono circolare liberamente nell'Unione Europea (e non possono essere espulsi - anche i provvedimenti di espulsione attivi sono stati archiviati), possono lavorare anche senza entrare nei decreti flussi (è stato di immediata attuazione la possibilità di lavoro agricolo e turistico alberghiero, domestico e di assistenza alla persona, edilizio, metalmeccanico, dirigenziale e altamente qualificato; per le altre qualifiche tra un anno), possono quindi avere una carta di soggiorno ed iscrizione al Ssn. Ai sensi del D.Lgs. 30/2007, entrato in vigore l'11 aprile 2007 la carta di soggiorno, prima necessaria per soggiornare per periodi superiori a tre mesi, viene sostituita dall'iscrizione anagrafica. A livello sanitario i cittadini neocomunitari (come tutti i comunitari), nel caso di soggiorno di breve durata, hanno diritto di accedere alle prestazioni in natura che si rendono necessarie dal punto di vista medico richieste dal proprio stato di salute per consentire di continuare il soggiorno in condizioni sicure sotto il profilo medico, dietro esibizione della tessera europea di assicurazione malattia (Team). In realtà in molti casi i cittadini provenienti da Romania e Bulgaria, soprattutto se in condizioni di fragilità sociale, non sono in possesso di tale documento e, spesso, non risultano iscritti al Ssn del Paese di provenienza. Inoltre, a causa dell'assenza di accordi bilaterali specifici con tali paesi risulta comunque difficile, allo stato attuale, ottenere il rimborso delle prestazioni sanitarie eventualmente fruite dai cittadini di

questi paesi in Italia.

Nel corso dell'attività svolta da Medici Senza Frontiere (Msf) all'interno delle Asl in Campania, Calabria, Puglia e Sicilia per garantire l'accesso alle cure agli stranieri privi del permesso di soggiorno, è stato possibile constatare che i cittadini appartenenti ai nuovi Stati membri (anche la Polonia) hanno visto paradossalmente diminuire, dal 2004, le garanzie loro riconosciute sul piano dell'assistenza sanitaria. Di fatto molti cittadini neocomunitari si sono trovati nella situazione di non poter proseguire trattamenti terapeutici in corso o si sono visti negare l'assistenza sanitaria anche in situazioni delicate come la gravidanza.

All'interno degli ambulatori gestiti da Msf, le nazionalità rumena e bulgara sono le più rappresentate, costituendo, nel 2006, più del 40% degli accessi complessivi, dato dimezzatosi nel 2007.

Negli ambulatori di primo livello per immigrati irregolari aderenti alla rete della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, ancora oggi (dati a metà anno 2007) l'utenza rumena è significativamente presente (anzi è leggermente aumentata rispetto allo stesso periodo 2006 nel privato sociale, non vincolato dai limiti imposti per il rinnovo Stp) in base all'impossibilità di accesso ad altri percorsi assistenziali.

È opportuno chiarire che la maggior parte di queste persone non si trovano nel nostro paese per soggiorni di breve durata e non possono quindi accedere alle prestazioni sanitarie con la Tessera europea di assicurazione malattia.

Dall'altra parte chi lavora e soggiorna stabilmente in Italia non sempre è in grado di esibire un regolare contratto di lavoro e ottenere quindi l'iscrizione anagrafica e il rilascio della tessera sanitaria. Va aggiunto, inoltre, che coloro i quali sono titolari di regolare contratto di lavoro non sono comunque riusciti, in diversi casi, a effettuare l'iscrizione anagrafica dato che moltissimi uffici comunali hanno sospeso tali prati-

che sostenendo di non possedere, allo stato attuale, disposizioni chiare e una formazione adeguata per rispondere alle richieste. Inoltre, benché sia evidente che i titolari di iscrizione per motivi di lavoro hanno diritto all'iscrizione al Ssn (esattamente come avveniva prima per coloro i quali erano in possesso di carta di soggiorno), tale circostanza non è stata esplicitamente chiarita a livello normativo se non recentemente, ragione per cui diverse Asl si sono rifiutate comunque di procedere all'iscrizione.

Con notevole ritardo, a febbraio 2007 una circolare del Ministero dell'interno, ripresa dal Ministero della salute, proroga la possibilità di rinnovo per tutto il 2007 del tesserino Stp a favore di coloro che ne erano già in possesso nel 2006 e non hanno altro titolo all'assistenza sanitaria; a seguito anche di una interrogazione parlamentare, ad agosto 2007 il Ministero della salute pubblica una circostanziata circolare di precisazione e chiarimento sui percorsi e procedure per la copertura sanitaria dei comunitari ma che ancora una volta lascia dei dubbi in quanto non prevede percorsi strutturali di tutela per tutti i cittadini presenti, con particolare modo quelli in condizione di fragilità sociale (rom, donne in gravidanza, minori anche se non accompagnati). Di fatto in questo periodo molti operatori sanitari del pubblico e del privato sociale non sono stati in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni di una parte della popolazione rumena e bulgara presente in Italia da diverso tempo, o arrivata di recente, in particolare di quella più povera e sfruttata, creando dei vuoti assistenziali non coerenti con il nostro mandato costituzionale. Riteniamo pertanto necessario un periodo transitorio con norme più elastiche (per consolidare le procedure ed attivare accordi più cogenti con i Paesi di provenienza) per garantire il diritto alla salute come diritto inalienabile per ogni persona indipendentemente dallo status giuridico.

C'è un problema sui costi?

Oggi non è possibile pensare ad una politica sanitaria sganciata da un'analisi dei costi. Non sfugge a questa logica anche il tema specifico della salute degli immigrati. Non è un caso, quindi, che a margine di un importante, qualificato e partecipato convegno promosso dallo stesso Ministero della salute dal titolo "Immigrazione e Servizio Sanitario Nazionale. Le sfide, le risorse e le risposte" (aprile 2007) si sia sviluppato un dibattito al riguardo che deve assolutamente evitare di ridurre scelte così importanti per la vita di tutti i cittadini ad un mero calcolo economico, mettendo in discussione l'impostazione normativa italiana di accessibilità ai servizi sanitari per tutti. Perciò, l'analisi che qui proponiamo ha puramente finalità esemplificative.

Non esistono studi specifici d'economia sanitaria: nel 2004, nell'ambito dell'ottava Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione, fu presentata una comunicazione con un primo tentativo di analisi dove si evince come il costo sanitario medio pro capite degli immigrati in Italia era circa la metà del costo di un cittadino italiano. Ciò è coerente con la distribuzione per età degli immigrati e per l'"effetto migrante sano" per cui nelle prime fasi dell'immigrazione si selezionano in partenza individui giovani, sani e con maggior spirito d'iniziativa (maggiore stabilità psico-emotiva).

Più recentemente la rivista dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Nazionali (Assr) ha pubblicato uno studio sui costi dei ricoveri ospedalieri degli immigrati in Italia relativi al 2004.

Abbiamo più volte sottolineato come il ricovero ospedaliero costituisca solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali, esso è infatti in qualche misura un evento non rinviabile rispetto alla molteplicità delle situazioni cliniche che la popolazione in esame può richiedere. Ma la novità di questo studio riguarda la scelta di analizzare gli epi-

RICOVERI TOTALI DI PAZIENTI STRANIERI PER REGIONI E PROVINCE AUTONOME - ANNI 1998/2000/2003/2004

Regione	Ricoveri di pazienti stranieri				
	1998	2000	2003	2004	Variaz. % 00-04
Piemonte	17.709	24.978	31.786	35.608	42,6
Valle d'Aosta	337	640	851	871	36,1
Lombardia	53.176	70.049	94.642	111.550	59,2
Prov. Auton. Bolzano	4.694	4.842	7.857	7.503	55,0
Prov. Auton. Trento	2.938	3.386	4.554	5.020	48,3
Veneto	20.609	30.048	42.562	55.992	86,3
Friuli Venezia Giulia	4.143	5.780	8.063	9.296	60,8
Liguria	8.645	11.486	16.069	39.818	246,7
Emilia Romagna	18.841	26.910	40.639	46.257	71,9
Toscana	18.716	24.866	29.809	33.919	36,4
Umbria	3.240	6.151	8.974	9.983	62,3
Marche	3.287	5.685	8.660	11.016	93,8
Lazio	56.863	36.135	48.241	55.631	54,0
Abruzzo	1.765	3.067	5.312	6.571	114,2
Molise	568	264	304	416	57,6
Campania	6.781	11.093	16.835	18.240	64,4
Puglia	4.674	5.349	13.969	18.210	240,4
Basilicata	3.544	167	179	253	51,5
Calabria	1.800	2.534	4.603	5.231	106,4
Sicilia	4.923	7.586	12.700	12.810	68,9
Sardegna	1.074	3.136	4.460	4.967	58,4
Totale	238.327	284.152	401.069	489.162	72,1
Totale ricoveri nazionali	12.557.826	12.671.564	12.818.905	12.991.102	2,5
% ricoveri stranieri	1,9	2,2	3,1	3,8	67,9

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazione su dati Ministero della salute - anni 2003 (D.G. Sistema informativo e statistico - Ufficio di statistica), 2005 e 2007 (D.G. programmazione sanitaria dei livelli assistenza e principi etici di sistema - Ufficio VI).

sodi di ricovero disaggregandoli per onere di degenza così come definito dalla normativa vigente (D.Lgs. 286/1998; Dpr 394/1999; Circ. Min. Sanità Dps - X- 40, n. 5/2000), cioè per tipologia di soggetto cui spetta corrispondere le spese relative alle prestazioni di ricovero erogate a pazienti stranieri. È la prima volta che viene fatta una simile operazione e non si nascondono le difficoltà per la giusta attribuzione delle codifiche, per la catena di trasferimento dei dati (ospedale, azienda sanitaria, regione, ministero, agenzia) e per una corretta interpretazione.

Riportiamo i dati relativi alle valorizzazioni economiche (aggregati per ricoveri ordinari e day hospital) per singole categorie e singole regioni e una tabella riassuntiva nazionale con la valorizzazione di tutti i ricoveri effettuati in Italia.

Metodologicamente è bene evi-

denziare che la remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero, poste a carico Ssn, è stimata sulla base dell'ipotesi che ogni prestazione sia remunerata in ogni Regione secondo i valori delle tariffe nazionali di riferimento pubblicate nel Dm 30 giugno 1997. I valori riportati, pertanto, non coincidono con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera.

Nei ricoveri complessivi (numero e valorizzazione) non sono considerati ricoveri in reparti di lungodegenza (attualmente quasi esclusivamente appannaggio di pazienti nazionali). Infine va segnalato come ancora non sia ben consolidato il dato sui ricoveri dei cittadini stranieri in condizione di indigenza.

Quasi l'80% dei ricoveri è rappresentato da quelli erogati a soggetti obbligatoriamente iscritti al Ssn e quindi a suo totale carico; meno del

7% sono ricoveri effettuati su soggetti con dichiarazione d'indigenza (che, in quanto possessori di tessera 'Stp', dovrebbero corrispondere agli stranieri irregolarmente presenti), per la cui tipologia di prestazioni la normativa prevede che siano a totale carico del Ssn; poco più del 5% sono i ricoveri erogati a soggetti con dichiarazione d'indigenza per la cui tipologia di prestazioni la normativa prevede che siano a carico del Ministero dell'Interno; il 5% sono ricoveri effettuati su soggetti provenienti da paesi esteri che hanno sottoscritto con l'Italia specifici accordi/convenzioni, ricoveri che sono a carico del Ssn; poco più del 3% sono ricoveri erogati a persone che provvedono al pagamento in proprio per intero della prestazione. Segnaliamo in particolare come la 'remunerazione tariffaria media per ricovero' risulti complessiva-

VALORIZZAZIONE ECONOMICA DI RICOVERI OSPEDALIERI IN REGIME ORDINARIO O DI DAY HOSPITAL REGISTRATI IN ITALIA A CARICO DI PAZIENTI CON CITTADINANZA ESTERA - ANNO 2004: VALORI ASSOLUTI

Regione	Tipologia dell'onere di degenza					
	Ricoveri a totale carico del Ssn di soggetti obbligatoriamente iscritti	Ricoveri senza oneri a carico del Ssn (a carico degli assistiti)	Ricoveri a carico del Ssn di soggetti provenienti da Paesi convenzionati	Ricoveri a totale carico del Ssn di soggetti con dichiarazione di indigenza	Ricoveri a carico del Ministero dell'Interno di soggetti con dichiarazione di indigenza	Totale costi dei ricoveri per stranieri (a carico e no del Ssn)
Piemonte	50.279.901	1.129.464	1.240.475	7.466.248	3.764.707	63.880.795
Valle d'Aosta	1.550.189	42.744	124.028	3.621	0	1.720.582
Lombardia	150.036.677	6.385.541	3.299.553	12.073.512	18.850.186	190.645.469
P.A. Bolzano	6.638.195	2.300.896	0	0	65.313	9.004.404
P.A. Trento	7.203.143	424.788	218.190	144.508	1.107	7.991.736
Veneto	73.605.428	2.840.014	2.918.577	4.440.859	4.720.016	88.524.894
Friuli V.G.	15.286.345	1.126.139	1.374.183	418.622	0	18.205.289
Liguria	22.773.512	1.341.197	1.247.608	2.940.040	3.309.837	31.612.194
Emilia Rom.	75.512.618	1.733.334	2.953.692	3.220.189	5.562.684	88.982.517
Toscana	47.782.454	3.079.602	2.348.471	3.499.476	5.097.415	61.807.418
Umbria	13.557.836	759.288	594.860	773.292	334.325	16.019.601
Marche	17.882.344	533.805	555.432	589.804	1.041.527	20.602.912
Lazio	78.228.070	4.285.836	21.875.359	11.612.196	116.001.461	
Abruzzo	11.298.556	180.165	84.373	25.373	1.804	11.590.271
Molise	480.477	40.723	90.337	92.568	0	704.105
Campania	25.495.038	414.214	1.278.004	5.265.238	1.710.473	34.162.967
Puglia	25.992.855	287.003	607.122	785.457	733.332	28.405.769
Basilicata	563.404	0	0	9.448	0	572.852
Calabria	8.059.629	2.698	5.322	109.136	0	8.176.785
Sicilia	19.234.752	652.451	357.495	1.540.978	479.902	22.265.578
Sardegna	8.081.592	403.775	345.524	101.196	232.842	9.164.929
Totale	659.543.015	27.963.677	41.518.605	55.111.761	45.905.470	830.042.528

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2006).

mente inferiore a quella calcolata per i ricoveri dei cittadini italiani (2.450 euro), in particolare per la classe di maggior peso (quella dei ricoveri relativi a soggetti obbligatoriamente iscritti), ove risulta pari a 1.834 euro; le due categorie in cui la 'remunerazione tariffaria media per ricovero' risulta superiore a quella attribuibile agli italiani, assommando a circa il 9% del peso economico complessivo, sono quella dei soggetti non a carico del Ssn in quanto pagano in proprio e quella dei ricoveri su soggetti indigenti a carico del Ministero dell'Interno.

L'intera spesa dei ricoveri di cittadini stranieri ammonta al 2,79% della spesa nazionale complessiva per ricoveri (la spesa a carico del Ssn è del 2,51%) mentre i costi rela-

tivi ai ricoveri di Stp incidono per lo 0,34% della spesa complessiva, e per lo 0,19% della spesa a carico del Ssn.

Ricordiamo infine che la spesa ospedaliera incide complessivamente per il 34,05% sulla spesa sanitaria nazionale corrente annua (circa 87.233.162.000,00 euro nel 2004).

In buona salute con qualche area critica

Dati ancora deboli

Tra i tanti dibattiti aperti sull'immigrazione nel nostro paese, c'è anche quello relativo all'utilità di creare un filone di osservazione epidemiologica dedicata ai pazienti stranieri. Eppure disporre di dati disaggregati può aiutare nell'individuare situazioni di criticità sanita-

ria e bisogni specifici e quindi definire una politica e programmazione adeguata. Molte realtà locali (su base aziendale o regionale) si sono attivate ma a volte la non condivisione di criteri di rilevazione ed analisi rendono questi dati difficilmente comparabili. A livello nazionale ancora oggi la fonte più attendibile ed esaustiva è quella delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Questi dati infatti, pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico (ad esempio le analisi quantitative presentate sugli stessi dati dal Ministero della salute, dall'Istat e dall'Assr non sono sempre sovrapponibili), hanno il pregio di essere rappresentativi per consi-

RICOVERI OSPEDALIERI IN REGIME ORDINARIO O DI DAY HOSPITAL REGISTRATI IN ITALIA A CARICO DI PAZIENTI CON CITTADINANZA ESTERA, DISTINTI PER ONERE DI DEGENZA E RELATIVA VALORIZZAZIONE ECONOMICA E REMUNERAZIONE TARIFFARIA MEDIA E CONFRONTO CON RICOVERI DI ITALIANI - ANNO 2004: VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI

Tipologia onere di degenza	Ricoveri		Remunerazione tariffaria media (euro) ricovero (euro)	Valorizzazione economica (Val Ec)	% Val Ec sul totale
	Totali	%			
Ricoveri a totale carico del SSN di soggetti obbligatoriamente iscritti	359.540	83	1.834,00	659.543.015,00	79,5
Ricoveri senza oneri a carico del Ssn (a carico degli assistiti)	10.730	2,5	2.606,00	27.963.677,00	3,4
Ricoveri a carico del SSN di soggetti provenienti da Paesi convenzionati	17.343	4	2.394,00	41.518.605,00	5,0
Ricoveri a totale carico del SSN di soggetti con dichiarazione di indigenza	28.182	6,5	1.680,00	55.111.761,00	6,6
Ricoveri a carico del Ministero dell'Interno di soggetti con dichiarazione di indigenza	16.770	3,9	2.737,00	45.905.470,00	5,5
Totale	432.565	100	(1.919,00)	830.042.528,00	100,0
Totale ricoveri (Italiani e stranieri)	12.991.102		2.450,00	29.706.483.984	2,79 della spesa complessiva

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2007) e Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2006).

stenza numerica e distribuzione nazionale. I dati disponibili sono stati aggregati secondo la classificazione per area geografica ed i Paesi sono stati anche selezionati come Paesi a forte pressione migratoria (Pfp). La base dati include tutte le dimissioni effettuate in Italia presso strutture pubbliche e private e pertanto comprende i ricoveri di cittadini stranieri regolari e non regolari. Ciò può determinare una sovrastima dei tassi di ospedalizzazione (per poter fare un paragone sull'utilizzo con la popolazione autoctona) che sono riferiti ai permessi di soggiorno, ovvero alla presenza straniera regolarmente presente nel nostro Paese.

Nel 2004 in Italia sono stati ricoverati negli ospedali pubblici e privati quasi 490.000 cittadini stranieri, pari al 3,8% delle ricoveri totali (nel 1998 erano l'1,9%, nel 2000 il 2,3%).

Relativamente alla provenienza, il 9,5% delle dimissioni riguarda cittadini dell'Unione europea, il 90% riguarda pazienti provenienti dai Pfp. Tra questi il 43,5% proviene dall'Europa centro-orientale e in

particolare dalla Romania; il 29,6% dall'Africa (dove il paese più rappresentato è il Marocco); il 14,1% dall'Asia, con una maggior frequenza dalla Cina; il 12,7% dall'America latina e soprattutto dall'Ecuador (dati Istat, 2007).

Rispetto al 2000, si è osservato un incremento complessivo delle dimissioni (italiani e stranieri) pari al 9%, dovuto esclusivamente ad un aumento dei ricoveri in day hospital (+66%). Molto più consistente è stato l'incremento dei ricoveri di cittadini provenienti dai Pfp, aumentati del 72% tra il 2000 e il 2004, aumento che trova solo in parte spiegazione nell'incremento della presenza straniera regolare nel nostro Paese. Tale fenomeno ha riguardato sia i ricoveri ordinari, aumentati del 57% (rispetto a una tendenza alla diminuzione che si osserva per il complesso delle dimissioni), sia quelli in day hospital, più che raddoppiati. Nel 2004 i ricoveri in day hospital sono il 27,7% di tutti i ricoveri degli stranieri. L'Istat al fine di effettuare il confronto tra i due gruppi di popolazione (stranieri e residenti), considerando che la popolazione straniera

ha una struttura per età molto giovane, ha standardizzato i tassi di dimissione ospedaliera per età riferendosi solo ai maggiorenni anche per evitare distorsioni per la mancanza dei permessi di soggiorno nei minorenni.

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille persone riferiti ai cittadini stranieri maggiorenni dei Pfp sono sempre più bassi di quelli dei cittadini residenti (italiani e stranieri). Tale differenza è particolarmente evidente per gli uomini stranieri i cui tassi per i ricoveri in regime ordinario sono pari a 123,5 per mille e 160,1, rispettivamente per i cittadini dei Pfp e per i residenti, e a 43,4 per mille (Pfp) contro 67 (residenti) in caso di day hospital. Per le donne i divari sono molto più contenuti: 160,6 per mille (Pfp) e 161,3 (totale residenti) per il regime ordinario e 70 per mille (Pfp) contro 74, per il day hospital. Tuttavia, se si escludono dall'analisi dei ricoveri femminili gli eventi legati alla salute riproduttiva (parti naturali e complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio) - molto più frequenti tra le cittadine straniere ri-

DIMESSI CON CITTADINANZA ESTERA. RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL - ANNO 2004

Regione di ricovero	Continente di provenienza																		Totale dimessi																													
	Europa Ue						Europa non Ue						Africa						America						Asia						Oceania						Apolide						Non attribuibile					
	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Ric. ord.	Day Hosp.	Totale Hosp.	% Day Hosp. sul tot.										
Piemonte	1.717	632	10.652	5.133	8.676	2.915	2.415	1.323	1.426	505	21	5	94	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25.001	10.607	35.608	29,8												
Val d'Aosta	178	19	145	43	293	74	50	24	29	16	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	695	176	871	20,2													
Lombardia	4.997	1.537	22.028	7.645	25.977	6.539	11.512	6.147	13.742	3.812	67	30	22	4	3.622	3.851	29.583	111.550	26,5																													
P.A. Trento	3.506	232	1.210	278	736	130	231	58	519	115	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	386	87	900	7.503	12,0													
P.A. Bolzano	745	107	1.529	536	859	227	294	119	243	61	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	247	48	1.099	5.020	21,9													
Veneto	2.582	559	14.661	4.340	12.033	4.398	2.152	1.561	5.504	1.076	51	17	71	26	3.063	3.853	40.117	15.875	28,4																													
Friuli V.G.	839	196	3.442	1.104	1.489	483	657	215	526	169	23	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115	37	7.091	2.205	9.296	23,7												
Liguria	1.263	469	3.205	1.513	2.300	896	4.105	2.513	790	397	19	4	11	13	14.519	7.803	26.212	13.606	34,2																													
Emilia Rom.	2.429	682	12.408	4.105	13.585	3.062	2.064	797	5.340	1.450	11	2	161	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35.998	10.259	46.257	22,2														
Toscana	2.634	782	9.747	3.552	4.702	1.290	2.311	936	4.954	1.217	74	11	249	77	915	296	25.586	8.333	24,6																													
Umbria	829	300	3.128	1.125	1.671	431	932	397	375	129	9	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	499	155	2.539	9.983	25,4													
Marche	802	200	3.066	717	1.920	370	670	205	899	220	3	-	972	142	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.332	2.684	11.016	24,4													
Lazio	5.692	1.984	15.708	7.557	5.948	2.659	5.248	2.854	5.231	2.483	110	16	70	16	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38.008	17.623	55.631	31,7														
Abruzzo	581	207	2.451	844	794	219	514	211	349	114	25	4	39	3	106	74	4.859	1.712	26,1																													
Molise	72	20	129	48	45	14	52	9	23	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	323	93	416	22,4														
Campania	2.564	708	5.736	2.194	2.571	758	1.134	402	1.228	228	43	16	309	109	33	7	13.618	4.622	25,3																													
Puglia	954	87	3.398	478	1.026	156	283	47	397	47	10	2	5.649	1.515	23	4	11.740	6.470	35,5																													
Basilicata	72	11	85	29	14	2	11	2	8	6	4	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	198	55	253	21,7														
Calabria	909	329	1.479	640	623	126	324	169	181	42	35	10	8	1	251	97	3.810	1.421	27,2																													
Sicilia	1.486	712	1.778	871	2.894	1.606	680	397	1.380	703	38	37	108	44	6	6	8.370	4.440	34,7																													
Sardegna	1.605	665	632	285	700	284	350	97	221	84	20	4	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.538	1.429	4.967	28,8														
Totale dimessi	36.456	10.438	116.617	43.037	88.856	26.639	35.989	18.483	43.365	12.875	581	160	7.778	2.048	23.789	16.321	353.431	135.731	489.162	27,7																												
% sul totale	10,3	7,7	33,0	31,7	25,1	19,6	10,2	13,6	12,3	9,5	0,2	0,1	32,7	12,5	6,7	12,0	100,0	100,0																														

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazione su dati Ministero della salute - anni 2003 (D.G. Sistema informativo e statistico - Ufficio di statistica), 2005 e 2007 (D.G. programmazione sanitaria dei livelli assistenza e principi etici di sistema - Ufficio VI).

DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO DI PAZIENTI DI 18 ANNI E OLTRE, PER SESSO E DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE. STRANIERI DA PFPm E RESIDENTI - ANNO 2004 (VALORI ASSOLUTI, VALORI PERCENTUALI - ANCHE 2003 - E TASSI STANDARDIZZATI PER 1.000 ABITANTI)

Descrizione	Maschi					Femmine					
	Dimissioni Pfp	% Pfp		Tasso standardizzato maggiorenni Pfp	Tasso standardizzato maggiorenni residenti	Dimissioni Pfp	% Pfp		% Pfp (esclusi ricoveri salute riproduttiva)	Tasso standardizzato maggiorenni Pfp	Tasso standardizzato maggiorenni residenti
Icd9Cm		2004	2003				2004	2003			
Malattie infettive e parassitarie	4.000	5,7	5,9	4,2	2,4	2.479	1,7	1,9	3,9	3,0	1,7
Tumori	2.741	3,9	3,8	11,3	17,4	6.689	4,6	4,4	10,5	11,6	14,4
Malattie endocrine e immunitarie	1.113	1,6	1,6	2,6	2,7	1.469	1,0	1,0	2,3	3,2	4,2
Malattie sangue	412	0,6	0,5	1,0	1,2	798	0,5	0,5	1,3	1,3	1,3
Disturbi psichici	3.239	4,6	4,4	3,0	4,7	2.913	2,0	2,1	4,6	3,1	4,5
Malattie sistema nervoso	3.276	4,7	4,8	6,5	8,7	2.937	2,0	2,0	4,6	5,7	8,4
Malattie sistema circolatorio	6.572	9,4	8,6	26,3	38,0	4.693	3,2	3,2	7,4	18,0	23,6
Malattie apparato respiratorio	5.756	8,2	8,3	11,1	13,7	3.461	2,4	2,6	5,4	7,8	7,6
Malattie dell'apparato digerente	9.637	13,8	13,8	14,6	18,6	9.182	6,3	6,5	14,4	13,5	13,4
Malattie sistema genito-urinario	3.114	4,4	4,6	7,1	10,1	10.722	7,3	7,7	16,8	11,1	11,2
Gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	-	83.001	56,6	55,2	-	52,3	32,7
Malattie cute e sottocutaneo	1.098	1,6	1,8	1,4	2,0	730	0,5	0,5	1,1	1,0	1,5
Malattie sistema osteo-muscolare	4.222	6,0	5,9	5,6	10,3	3.123	2,1	2,1	4,9	6,6	11,4
Malformaz. congenite e perinatali	565	0,8	0,7	0,5	0,8	595	0,4	0,4	0,9	0,6	0,9
Stati morbosi mal definiti	4.005	5,7	6,2	7,2	7,8	4.759	3,2	3,4	7,5	7,3	6,1
Traumatismi e avvelenamenti	18.132	25,9	26,2	16,6	14,8	6.164	4,2	4,5	9,7	9,5	11,5
Fattori influenzanti stato salute	2.138	3,1	2,9	4,4	7,1	2.990	2,0	2,0	4,7	4,9	7,0
Totale	70.020	100,0	100,0	123,5	160,1	146.705	100,0	100,0	100,0	160,6	161,3

Fonte: Istat e Ministero della salute 2007.

spetto al complesso delle residenti - il divario si accentua: i tassi in regime ordinario diventano infatti rispettivamente pari a 108,3 (Pfp) e 128,6 (residenti). Questi eventi di ricovero spiegano anche le forti differenze di genere: i ricoveri femminili costituiscono il 62% del totale delle dimissioni di cittadini stranieri in regime ordinario e il 71% di quelle in day hospital (Fonte Istat).

Un determinante della salute: la fragilità sociale

Pur con la prudenza interpretativa sopra evidenziata, interessante appare l'approfondimento delle caratteristiche dell'ospedalizzazione dei cittadini stranieri provenienti dai Pfp in base alle cause di ricovero in regime ordinario, ovvero alle diagnosi alla dimissione aggregate nei grandi gruppi della classifica-

ne delle malattie.

Le cause più frequenti di ricovero negli uomini sono i traumatismi (25,9%), seguiti dalle malattie dell'apparato digerente (13,8%), del sistema circolatorio (9,4%) e quelle dell'apparato respiratorio (8,2%). Per questi problemi di salute, in termini di tassi emerge che i valori dei cittadini stranieri (Pfp) sono sempre più bassi rispetto ai residenti, con l'esclusione

dei traumatismi (16,6 per mille persone contro 14,8) e delle malattie infettive e parassitarie.

Per le donne dei Pfp ben il 56,6% delle dimissioni ha riguardato i parti naturali e le complicazioni delle gravidanze, del parto e del puerperio. Escludendo questa tipologia di ricoveri, le cause più frequenti sono dovute a malattie del sistema genito-urinario (16,8%), seguite dalle malattie dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%). Anche in questo caso i tassi delle cittadine straniere sono più bassi rispetto alle residenti ad esclusione di quelli relativi alle malattie infettive e parassitarie.

Da notare nel confronto con le frequenze percentuali dei singoli gruppi di malattie dell'anno precedente (2003), il leggero incremento dei tumori (maschi e femmine) e delle malattie del sistema cardio circolatorio (maschi); una tendenza iniziata da qualche anno, ad indicare che ci troviamo probabilmente sul crinale di un viraggio epidemiologico verso malattie più comuni nella nostra società, sia per l'invecchiamento progressivo della popolazione straniera, sia per l'acquisizione di stili e abitudini di vita che portano con sé specifici fattori di rischio.

Questi dati non evidenziano specifiche criticità sanitarie se non l'elevata frequenza di ricoveri per traumatismi (da imputare in genere all'elevato numero di incidenti lavorativi in particolare se lavoro in nero) ed un'espressione di rischio maggiore per le malattie infettive, seppur con tassi bassi e con un trend in diminuzione, che però sono quasi il doppio rispetto ai residenti.

Nei precedenti dossier abbiamo segnalato come molte delle malattie infettive riscontrate, siano espressione di una fragilità sociale tradotta spesso in promiscuità abitativa, difficoltà di accesso ai servizi, scarsa igiene negli ambienti di vita e lavoro e poca attenzione alla prevenzione.

La fruibilità: la vera sfida

Se la capacità di accoglienza e di

concrete politiche di inserimento ed integrazione possono modificare sensibilmente il profilo sanitario dell'immigrato, riducendo specifici fattori di rischio, dobbiamo anche sottolineare come il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari rappresenta per il Ssn una questione cruciale per tutelare questa popolazione: l'accessibilità dipendendo prevalentemente dalla normativa e dall'organizzazione, la fruibilità dalla capacità "culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità dei nuovi utenti.

A titolo esemplificativo abbiamo scelto di riportare due ambiti di approfondimento: il primo relativo ad una "categoria" di migranti particolarmente vulnerabile quali i "richiedenti asilo, rifugiati e persone titolari di protezione umanitaria" (Raru) per le esperienze di persecuzione, violenza e conflitto subite, per la costrizione a partire, la situazione di precarietà insita nella procedura di asilo, la situazione abitativa instabile e la posizione economica e sociale inadeguata; il secondo relativo ad una comunità dove l'alterità culturale e l'invisibilità socio-assistenziale sono particolarmente evidenti, quella cinese.

Una ricerca sulla relazione tra rifugiati e richiedenti asilo ed il Ssn

Alla fine di ottobre è stato presentato un rapporto, commissionato dal Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (Sprar), che ha indagato l'accesso e l'effettiva fruibilità dei servizi socio-sanitari da parte dei beneficiari del Sistema. Ciò è stato individuato come criterio chiave in base al quale si è anche analizzata l'assistenza socio-sanitaria che ricevono i richiedenti asilo, rifugiati e persone titolari di protezione umanitaria in Italia.

Sono stati visitati telefonicamente tutti i progetti dello Sprar attivi nel 2006 (102 progetti territoriali in 95 aree del Paese con a disposizione 2.428 posti di accoglienza, che hanno consentito di dare protezione lo

scorso anno a 5.347 persone), intervistando 109 operatori: sono stati rilevati ed analizzati 801 interventi sanitari, effettuati nel solo mese di Novembre 2006, che hanno visto il coinvolgimento di 696 beneficiari del Sistema.

Nel formulare gli obiettivi della ricerca si era ipotizzato di individuare, nel corso delle interviste, delle modalità di assistenza socio-sanitaria che potessero essere indicate come significative di buone prassi; in realtà sono stati raccontati dagli intervistati molti problemi nei rapporti con le strutture sanitarie ma è emerso con forza come percorso virtuoso il rapporto individuale con professionisti sanitari, in particolare con il medico di medicina generale (Mmg), spesso sensibili ed attenti, che facilitano il percorso all'interno delle strutture.

Sembra che anche nell'ambito dell'assistenza alla categoria specifica dei Raru il sistema sanitario ricalchi un'impostazione che si ritrova in quasi tutto il suo campo d'azione: una volta che la persona con un bisogno sanitario è "penetrato" nel sistema, la capacità di risposta specifica al suo problema è buona, con punte di eccellenza, trovando clinici e sanitari in genere che con competenza trattano la patologia.

I risultati raccolti evidenziano infatti che il Ssn offre una buona risposta ai bisogni/problemi dei beneficiari, con oltre il 70% di risposte di soddisfazione per beneficiari e operatori dei progetti. Inoltre, la forte coerenza tra problemi e servizi e l'alta incidenza delle visite dal Mmg suggeriscono un uso sostanzialmente corretto del Ssn. La distribuzione territoriale della soddisfazione dei beneficiari non è comunque omogenea e non è possibile delineare un gradiente geografico in quanto gli opposti nella scala di questa percezione sono territori limitrofi (soddisfazione più alta in Piemonte, quella più bassa in Lombardia).

Quando però il bisogno è più in generale di "presa in carico" cioè di assunzione di responsabilità da par-

INDICAZIONI PRELIMINARI PER UNA POLITICA PER LA SALUTE DEI RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO: SINTESI IN 15 PUNTI

(queste indicazioni tengono conto della presenza di Raru nei progetti dello Sprar, e non sono tarate sulle esigenze della presenza di Raru in centri più o meno grandi di identificazione, di accoglienza collettiva o in agglomerati più o meno spontanei - alloggi occupati)

Sul piano delle politiche

- Promuovere politiche di integrazione per favorire l'autonomia economico-abitativa dei Raru in particolare con l'inserimento nel mondo lavorativo.
- Semplificare le norme e le procedure per l'iscrizione al Ssn dei beneficiari anche nel tempo che intercorre dall'arrivo, dalla presentazione della domanda al rilascio del primo pds, e sempre nelle more del rinnovo del pds, anche con indicazioni regionali che superino eventuali ostacoli burocratico-amministrativi locali.
- Favorire politiche integrate in ambito locale in particolare nella definizione dei piani di zona per l'integrazione socio-sanitaria, con la partecipazione dei soggetti istituzionali e con il coinvolgimento di quelle organizzazioni di specifica esperienza.
- Identificare politiche sanitarie (di sanità pubblica e di promozione della salute) che tengano conto dei Raru come soggetti particolarmente vulnerabili sul piano sociale e sanitario.

Sul piano organizzativo

- Favorire l'accessibilità ai servizi sanitari, valorizzando il ruolo del Mmg non solo in ambito clinico ma anche come riferimento locale per i percorsi sanitari e con compiti di monitoraggio e di orientamento eventualmente rafforzandolo, nelle zone di maggiore presenza di Raru, con figure specifiche di supporto (mediatori linguistico-culturali).
- Concentrare gli sforzi sulla presa in carico socio-psico-assistenziale del beneficiario, favorendo un approccio dialogico-relazionale integrato tra i vari soggetti presenti e pianificando eventuali (anche se spesso non necessari) interventi di screening come successivi al colloquio/incontro/visita con il Mmg.
- Rafforzare localmente gli ambiti di maggiore criticità assistenziale quali l'odontoiatria, la fisioterapia e l'oculistica, potenziandone i servizi (anche in un'ottica di integrazione pubblico-privato) e garantendone la diffusa e pronta disponibilità.
- Promuovere nelle strutture pubbliche équipe nell'area della sofferenza psichica che sappiano rapportarsi con l'alterità culturale e con situazioni di estrema fragilità psico-sociale; in questo ambito appare determinante il rapporto con organizzazioni del settore e favorire forme di coordinamento, collegamento e scambio di esperienze e competenze.
- Favorire nei rapporti con le Aziende sanitarie locali in primo luogo percorsi amministrativi veloci e certi e quando possibile tavoli di confronto per ridurre barriere e avviare anche percorsi formativi comuni.
- Sollecitare da parte delle Aziende sanitarie, l'utilizzazione di mediatori linguistico-culturali negli ambiti di maggiore criticità dei percorsi assistenziali.
- Prevedere una costante supervisione dei progetti e degli operatori con particolare riferimento agli aspetti psico-socio-culturali.

Sul piano della formazione

- Promuovere ed investire nella formazione del personale socio-sanitario a tutti i livelli, ivi compreso quello amministrativo, sui temi della c.d. "medicina delle migrazioni" (scenari socio-sanitari, indicazioni epidemiologiche specifiche, area dei diritti, delle leggi e dei percorsi amministrativi, approccio relazionale-culturale) al fine di dotare il Ssn e le sue articolazioni, di strumenti culturalmente adeguati per la relazione e la presa in carico dei bisogni di salute degli immigrati ed in particolare dei Raru.
- Prevedere una specifica formazione del personale socio-sanitario ed in particolare del personale impiegato nell'assistenza psicologico-psichiatrica, in merito al disagio psico-sociale, alla dimensione culturale della malattia e della salute mentale e alla psicotraumatologia.
- Definire dei percorsi di formazione specifica per la mediazione culturale in ambito sanitario, con particolare riferimento alla dimensione psicologica e psicotraumatologica.
- Favorire interventi di supervisione anche in ambito organizzativo con particolare riferimento all'esigenza del lavoro di équipe integrata tra le varie articolazioni dell'Azienda sanitaria, degli Enti (pubblici e privati) impegnati nell'assistenza ai Raru integrandoli con il supporto dei mediatori linguistico-culturali.

Fonte: Società Italiana di Medicina delle Migrazioni su dati e considerazioni IOM - Unità Psicossociale e Caritas - Area sanitaria, 2007.

te del Ssn sulla tutela della salute delle persone, che richiede misure di organizzazione sanitaria, quale l'accessibilità alle strutture, lo snellimento delle pratiche burocratiche, le liste d'attesa, misure di promozione della salute, quali la prevenzione attiva, con attività di informazione e di educazione sanitaria, ed offerta attiva di servizi alle categorie più fragili, misure di formazione del personale perché l'aspetto relazionale venga sempre più considerato una misura terapeutica, allora tale bisogno viene quasi del tutto disatteso.

Emergono anche come alcune criticità assistenziali nel nostro sistema siano enfatizzate proprio nella mancata risposta a soggetti più fragili: l'ambito dell'odontoiatria, quello della riabilitazione fisioterapia e protesica, quello ancora più delicato delle risposte all'area del sostegno psicologico e/o di intervento psichiatrico, nel quale la componente culturale, sia nell'interpretazione del disagio, sia la "terapeuticità" della relazione medico-paziente, giocano un ruolo particolarmente rilevante.

E questa esigenza diviene ancora più inconfutabile quando si tratta di persone portatrici di una alterità culturale spiccata, con riferimento ad altri sistemi medici e ad altre modalità di cura; la difficoltà a relazionarsi con la diversità nel Ssn è particolarmente evidente.

Rimandiamo ad una lettura del Rapporto l'analisi più dettagliata delle criticità e delle buone prassi, riproponendo una sintesi in 15 punti delle indicazioni preliminari emerse dalla ricerca.

Una esperienza romana con i cinesi

La comunità cinese rappresenta oltre il 5% degli stranieri presenti in Italia mentre di gran lunga inferiore è la percentuale del loro accesso ai servizi sanitari sia pubblici che del privato sociale, specialmente al primo livello (medicina di base).

Le ipotesi più diffuse per spiega-

re questa discrepanza nei dati sono:

- a. la comunità cinese è in grado di rispondere parzialmente (primo livello) con il suo sistema tradizionale alla domanda di salute dei propri membri, mentre si rivolge ai livelli superiori in caso di maggior gravità;
- b. il forte impegno lavorativo e la difficoltà nella richiesta al datore di lavoro di permessi per la prevenzione e la tutela della propria salute fa sì che la medicina di base venga trascurata e non costituisca comunque una priorità;
- c. la domanda di assistenza non trova, soprattutto nel primo livello del sistema sanitario, ambiti favorevoli alla sua espressione creando i presupposti per un progressivo scadimento della salute di questa popolazione che accede al sistema solo in casi di grave malattia, e quindi direttamente al secondo ed al terzo livello.

In diverse parti d'Italia, si sono sviluppati interventi specifici per la comunità cinese con buoni risultati (pensiamo a Prato, Firenze, Reggio Emilia), ma si registra globalmente una invisibilità di questa popolazione nei servizi.

Dal 1983 la Caritas di Roma ha attivato un Centro medico per coloro che si trovano in condizioni di difficoltà sociale, economica e culturale e non riescono o non possono usufruire del Ssn con particolare riferimento alla medicina di primo livello. Rom, immigrati irregolari e clandestini, senza dimora sono l'utenza "storica" del servizio connotatosi negli anni come ambulatorio a bassa soglia d'accesso ed ad alto impatto relazionale. In circa 25 anni di attività sono stati quasi 90.000 i pazienti presi in carico, provenienti da 140 nazioni diverse ma, per molti anni, pur essendo l'ambulatorio in zona centrale e vicino ad uno dei quartieri maggiormente popolato da cinesi, questa popolazione era praticamente assente tra l'utenza della struttura: dal 1983 all'inizio del 2001 solo 91 pazienti cinesi su oltre 65.000 immigra-

UTENZA CINESE PRESSO IL POLIAMBULATORIO CARITAS DI ROMA - ANNI 1983-2007

Anni di attività	Pazienti cinesi visitati per la prima volta	% su pazienti totali
1983-1990	4	0,03
1991	3	0,07
1992	4	0,09
1993	12	0,27
1994	17	0,47
1995	12	0,39
1996	13	0,45
1997	9	0,31
1998	7	0,23
1999	6	0,16
2000	4	0,18
2001	54	2,06
2002	122	4,33
2003	214	9,29
2004	193	7,97
2005	260	10,77
2006	317	13,82
2007 *	133	13,38
Totale 83-07	1.384	1,69
Totale 01-07	1.293	8,15

* Primi sei mesi
Fonte: Banca Dati Poliambulatorio Caritas, 2007.

ti visitati fino ad allora. Nel 2001 l'equipe dell'Area sanitaria della Caritas ha avviato un progetto di ricerca-azione rivolto a questa comunità, tuttora in corso, con l'obiettivo non solo di conoscere maggiormente la realtà sanitaria (percorsi e profilo) della popolazione immigrata cinese presente a Roma ma anche quello di utilizzare la conoscenza come motore di cambiamento al fine di arrivare ad individuare delle proposte utili per politiche di tutela della salute rispondenti in modo sempre più efficace al contesto multiculturale e più precisamente alla domanda di salute della comunità cinese residente nella capitale.

Alla consueta raccolta e analisi quantitativa dei dati relativi ai pazienti cinesi visitati dal 2001 al 1° semestre 2007 (realizzata dalla Banca Dati presso il Poliambulatorio Caritas utilizzando i codici internazionali ICD-9) è stata infatti affiancata l'analisi qualitativa realizzata mediante

la costituzione di un focus group permanente formato da una quindicina di interpreti di cinese volontari che hanno affiancato il personale sanitario durante l'accettazione, la realizzazione delle visite mediche e l'orientamento ai servizi facilitando la comunicazione.

Questo impegno ha determinato il progressivo aumento dei pazienti cinesi presso il servizio sanitario della Caritas: dalle poche unità di nuovi pazienti cinesi registrate negli anni novanta si è passati già dal 2001 a 53 ed al successivo costante incremento.

Attualmente la presenza di nuovi pazienti cinesi ha raggiunto il secondo posto, dopo quella dei rumeni e rappresenta oltre il 13% del totale dei nuovi pazienti. Le donne che sono il 61,6% della popolazione cinese osservata, sono spesso coloro che creano il primo contatto con il poliambulatorio grazie alla loro innata capacità di trasformare un

bisogno in un'occasione relazionale. L'età media complessiva è di 37 anni (36 i maschi e 37 le femmine) ed è in crescita l'afflusso dei bambini (il 5% dei pazienti cinesi) al servizio di pediatria. Il 39% riferisce di essere senza occupazione regolare.

Il livello di scolarità è abbastanza basso se rapportato con quello delle altre comunità immigrate, infatti solo il 19% ha più di 12 anni di scolarità (complessivamente il dato rilevato tra gli utenti del poliambulatorio è mediamente del 55%); il 70% dei pazienti cinesi è senza permesso di soggiorno.

Per quanto riguarda il profilo di salute rilevabile dall'analisi delle principali cause di visita e dalle diagnosi di malattia, esso rispecchia la distribuzione delle varie casistiche di ambulatori di primo livello per immigrati e conferma la considerazione di una popolazione sana ma fragile, a causa di condizioni sociali spesso inadeguate e per la persistente difficoltà di accesso ai servizi.

Rispetto al dato generale (la frequenza di malattie dell'intera utenza del Poliambulatorio Caritas nel periodo considerato), è possibile evidenziare tra i cinesi alcune peculiarità: tra i maschi, sono quelli che soffrono maggiormente di malattie degli apparati respiratorio e genito-urinario ed hanno una frequenza di malattie infettive e di eventi traumatici minori rispetto alle altre comunità; tra le femmine il ricorso alla struttura sanitaria della Caritas è principalmente per il controllo della gravidanza con frequenza maggiore rispetto agli altri gruppi.

Tra gli ostacoli che impediscono l'accesso ai servizi sanitari di base, una ricerca tra la popolazione cinese romana pone in primo luogo la paura, la diffidenza, più forte per i migranti irregolari che sono la maggioranza dei pazienti dell'ambulatorio Caritas.

Al secondo posto tra gli ostacoli all'accesso viene segnalata la lingua, per lo meno per quelle persone che

non hanno potuto studiare l'inglese come la maggior parte dei cinesi che frequentano il poliambulatorio e provengono dalla provincia cinese meridionale dello Zhejiang, in particolare dalla Prefettura di Wenzhou, dall'omonimo capoluogo, da Qingtian e da altre località limitrofe.

Un'altra barriera importante sono i percorsi amministrativi, complessi, e spesso disomogenei e poco trasparenti e leggibili.

Solo agli ultimi posti e con un peso nettamente inferiore vengono segnalati gli aspetti relativi alla priorità del lavoro sulla salute, quelli socio-culturali e per quanto riguarda il poliambulatorio Caritas, quelli religiosi.

Il focus group permanente ha cercato di lavorare su ciascuno di questi aspetti mettendo in atto interventi atti a facilitare soprattutto l'accesso al poliambulatorio Caritas attraverso la riduzione al minimo degli aspetti amministrativi e la concentrazione dell'attenzione sugli aspetti comunicativi e relazionali.

Se oggi la barriera linguistica si può considerare superata dentro il poliambulatorio, si ripresenta all'uscita e in particolare per le visite specialistiche che si rendono ne-

cessarie presso le varie strutture sanitarie pubbliche non dotate di interpreti.

L'analisi quali-quantitativa dei dati preliminari rilevati, ha portato a risultati che fanno intravedere la complessità della realtà osservata: infatti se da una parte supportano prevalentemente l'ipotesi della inadeguata risposta dei servizi sanitari (ipotesi iniziale c), nello stesso tempo documentano una certa difficoltà legata al tipo di lavoro e ad ostacoli di tipo socio-culturali (ipotesi b) e collateralmente fanno emergere la preesistente coabitazione della medicina tradizionale ed occidentale continuata anche in terra d'emigrazione soprattutto da coloro che provengono da contesti urbani con una integrazione dei due sistemi di medicina (ipotesi a).

Queste esperienze collocano il tema della fruibilità dei servizi sanitari come ineludibile impegno di sanità pubblica e, citando ancora il ministro Turco, di una reale e fattiva convivenza. "... E dunque della fatica ma anche della bellezza del conoscersi e del riconoscersi. Integrità della persona, interazione, integrazione sociale, sviluppo di una democrazia più inclusiva: questa è la sfida che ci sta di fronte." ■

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, *Tutti i ricoveri per categoria diagnostica*, in "Focus on Immigrati e assistenza sanitaria. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute", Anno V, n. 18, 2006; 8:25
- GERACI S., *Gli immigrati e il "sistema salute" italiano*, in "Immigrazione Dossier Statistico 2007. XVII Rapporto sull'immigrazione", Caritas/Migrantes. Idos, 2007; 105:113
- GERACI S., *Salute senza esclusione: l'impegno dell'area sanitaria della Caritas romana*, in "Rapporto su Roma 2005. La città presente. Povertà, esclusione, disagio, solidarietà e politiche sociali", a cura di Deriu F. e Sgritta G.B., Franco Angeli, Milano, 2005; 381:395
- GERACI S., DE GAETANO A., *Costi e benefici dell'assistenza sanitaria agli immigrati: prime ipotesi e considerazioni*, in "Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM", Lampedusa (Ag), 2004; 492:500
- MARCECA M., *Aree di attenzione: la salute*, in "Dodicesimo rapporto sulle migrazioni 2006", Fondazione ISMU, FrancoAngeli, Milano, 2007; 149:164
- MARCECA M., GERACI S., MARTINO A., *Esperienza migratoria, salute e diseguaglianze*, in "A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale", Edizioni ETS, Pisa, 2006; 304:318
- Sprar, IOM, Caritas Roma, *Servizi socio-sanitari e Rifugiati. Rapporto di ricerca*, Roma, 2007 (scaricabile dal sito <http://www.caritasroma.it>)
- TURCO L., *La prevenzione per la promozione della salute e l'integrazione dei popoli, Relazione al 42° Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene*, Catania, 27 Ottobre 2006 (scaricabile <http://www.sitinazionale.com/cont/2300art/0611/1700/>)